

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

ÉVALUATION DE L'EFFET DES RENCONTRES PARENTALES ÉDUCATIVES
ET THÉRAPEUTIQUES « *PARENTS, PARLONS TOC!* » CHEZ LES PARENTS
DE JEUNES PRÉSENTANT UN TROUBLE OBSESSIONNEL-COMPULSIF

THÈSE

PRÉSENTÉE

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR

ANNIE SURPRENANT

FÉVRIER 2021

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cette thèse 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.10-2015). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

Plusieurs personnes ont contribué à la réalisation de cette thèse doctorale. Tout d'abord, je souhaiterais remercier sincèrement ma directrice de thèse Julie Leclerc de m'avoir donné ma chance au doctorat et de croire constamment en mes capacités. Merci de ton soutien, de ta confiance, de ton écoute, de ton énergie et de ta douceur. Tu as su me guider et me conseiller à travers cet ambitieux projet.

J'aimerais aussi remercier Kieron O'Connor, you have contributed enormously in my professional cursus. I learned a lot by collaborating and getting involved in your research projects. Thank you for the beautiful opportunities you offered me.

Je remercie mes collègues et amis du laboratoire d'étude des troubles de la pathologie en enfance (LETOPE), Stéphanie, Mathieu, Mélyane, Gabrielle, Catherine, Juliette, Carole-Ann, Mélanie, Joanie, Audrey, Maude, Marc-André, Lysandre ainsi que tous les assistants de recherche ayant contribué de près ou de loin au projet de recherche. Merci pour vos réflexions constantes et vos fous rires.

Un grand merci à l'équipe du Centre d'études sur les troubles obsessionnels-compulsifs et les tics (CETOCT), Philippe Valois, Karine Bergeron, Natalia Koszegi et Laurie Bonenfant-Ménard ainsi que tous les étudiants croisés au fil des années, notamment Marie-Ève St-Pierre-Delorme et Magalie Purcell-Lalonde, pour leur soutien et leur inspiration.

Je tiens à remercier les professeurs de l'Université du Québec à Montréal (UQAM) pour leur enseignement scolaire hors pair et leur soutien tout au long de mon parcours ainsi que les comités d'éthique à la recherche du CIUSSS de l'est-de-l'Île-de-Montréal et de l'UQAM pour vos remarques constructives.

Un grand merci également à tous ses parents et leurs enfants que j'ai côtoyés à travers ce projet de recherche. Sans votre collaboration, ce projet n'aurait pu être réalisé. Le courage dont vous faites preuve en faisant face au TOC m'inspire et me touche tous les jours.

Sur un plan plus personnel, je me dois de remercier du plus profond de mon cœur mon entourage.

Merci à mes merveilleux amis pour votre présence et votre folie. Vous contribuez tous, chacun à votre façon, à me faire sentir si bien entourée et me permettez de me changer les idées. Un merci tout spécial à mes collègues et amies Stéphanie Hamaoui et Marie-Laurence Paré pour votre écoute et vos encouragements durant les six dernières années.

Je souhaite remercier mon conjoint, Pierre-Luc, pour le soutien indéfectible et l'équilibre que tu m'apportes dans la vie. Grâce à tes sacrifices, je suis allée au bout de ce rêve. Merci également à tous les membres de ma belle-famille pour leur ouverture et leur curiosité.

Finalement, j'adresse mes plus sincères remerciements à mon papa, ma maman, mon frère et ma grand-mère. Je suis excessivement reconnaissante de votre amour jour après jour, de vos encouragements, de votre réconfort, de votre protection, de votre aide et de votre appui au cours des 29 dernières années.

DÉDICACE

À tous les enfants, adolescents, parents et grands-parents que j'ai cotoyés au cours des dernières années. Vos témoignages à l'égard du TOC ont fait naître une idée qui s'est avérée être un projet de recherche doctoral ambitieux. J'espère de tout cœur que cette recherche permettra de répondre aux grands besoins des familles en terme de soutien et de compréhension vis à vis le TOC.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	iii
DÉDICACE.....	v
TABLE DES MATIÈRES	vi
Liste des tableaux.....	xi
Liste des figures.....	xiii
Liste des abréviations, des sigles et des acronymes	xiv
RÉSUMÉ.....	xvi
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE I	
RECENSION DES ÉCRITS SUR LE TROUBLE OBSESSIONNEL-COMPULSIF CHEZ LES ENFANTS ET LES TRAITEMENTS EXISTANTS.....	5
1.1 Critères diagnostiques du trouble obsessionnel-compulsif.....	6
1.2 Épidémiologie.....	7
1.2.1 Prévalence	7
1.2.2 Développement du trouble obsessionnel-compulsif	7
1.2.3 Étiologie	9
1.3 Troubles concomitants.....	10
1.4 Perturbations du fonctionnement dans différentes sphères de vie.....	11
1.4.1 Perturbations dans le fonctionnement social.....	11
1.4.2 Perturbations dans le fonctionnement scolaire.....	12
1.5 Perturbations dans le fonctionnement familial	13

1.5.1	Accommodation familiale.....	13
1.5.2	Environnement familial.....	15
1.5.3	Attitudes et habiletés parentales.....	16
1.6	Traitements individuels pour le trouble obsessionnel-compulsif chez les enfants	18
1.6.1	Traitements pharmacologiques	18
1.6.2	Thérapie cognitive comportementale basée sur l'exposition avec prévention de la réponse	19
1.6.3	Traitements combinés de médication et de thérapie cognitive comportementale basée sur l'exposition avec prévention de la réponse	21
1.6.4	Thérapie basée sur les inférences.....	22
1.7	Traitements psychothérapeutiques impliquant la famille dans le traitement du trouble obsessionnel-compulsif.....	25
1.8	Variabilités dans les traitements psychothérapeutiques impliquant la famille..	28
1.8.1	Approche du traitement.....	28
1.8.2	Forme de l'engagement.....	28
1.8.3	Nombre de rencontres	29
1.8.4	Contenu des rencontres	30
1.9	Programmes d'entraînement aux habiletés parentales.....	31
1.9.1	Définitions.....	31
1.9.2	Effet des programmes d'entraînement aux habiletés parentales sur les comportements des enfants et des parents	32
1.10	Problématique	33
	Références.....	34
CHAPITRE II		
	Élaboration du guide méthodologique des rencontres parentales éducatives et thérapeutiques : « Parents, parlons TOC! »	46
2.1	Processus d'élaboration des rencontres éducatives et thérapeutiques	47
2.2	Modalités des rencontres parentales éducatives et thérapeutiques	50
2.3	Contenu du guide de rencontres éducatives et thérapeutiques « Parents, parlons TOC! ».....	51
	Références.....	66

CHAPITRE III

Rencontres parentales éducatives et thérapeutiques pour le TOC : Effet sur l'accommodation familiale.....	70
3.1 Introduction.....	73
3.2 Accommodation familiale	74
3.3 Interventions parentales pour le TOC.....	76
3.4 Objectifs de l'étude.....	78
3.5 Méthode	79
3.5.1 Critères d'inclusion et d'exclusion.....	79
3.5.2 Instruments de mesure.....	79
3.5.3 Procédure.....	82
3.6 Études de cas.....	84
3.7 Résultats.....	87
3.8 Discussion.....	90
3.8.1 Limites et forces de l'étude.....	93
3.8.2 Perspectives futures.....	94
3.9 Conclusion	95
Financement	96
Déclaration de liens d'intérêts.....	96
Références	97

CHAPITRE IV

The effect of educational and therapeutic parental meetings for children obsessive-compulsive disorder: A Preliminary Trial.....	113
4.1 Introduction.....	116
4.2 Family variables affected by obsessive compulsive disorder.....	116
4.3 Family accommodation	118
4.4 Parental interventions for OCD	119
4.5 Objectives of the study	122
4.6 Method.....	122
4.6.1 Participants.....	122
4.6.2 Measures	123

4.6.3	Procedure.....	125
4.6.4	Treatment condition	127
4.7	Results.....	127
4.7.1	Clinical and family outcomes.....	127
4.7.2	Obsessive-compulsive symptoms	129
4.7.3	Drop-out	130
4.7.4	Attendance.....	130
4.7.5	Satisfaction.....	131
4.8	Discussion.....	131
4.9	Implications for research, policy and practice.....	136
4.10	Conclusion	137
	Aknowledgements.....	138
	Conflict of interest.....	138
	References.....	139

CHAPITRE V

	DISCUSSION GÉNÉRALE	150
5.1	Résultats empiriques et interprétations cliniques de la thèse.....	152
5.1.1	Accommodation familiale.....	152
5.1.2	Environnement familial.....	156
5.1.3	Attitudes parentales négatives.....	157
5.1.4	Habiletés parentales	159
5.1.5	Symptômes obsessionnels-compulsifs de l'enfant.....	160
5.2	Modèle intégratif de compréhension du rôle des variables familiales impliquées dans le traitement du trouble obsessionnel-compulsif	162
5.3	Abandon, assiduité et satisfaction des rencontres parentales	166
5.3.1	Pourcentage d'abandon du projet de recherche	166
5.3.2	Taux d'assiduité aux rencontres.....	166
5.3.3	Satisfaction des rencontres parentales.....	166
5.4	Considérations méthodologiques.....	167
5.4.1	Intégrité de traitement des rencontres éducatives et thérapeutiques	167
5.4.2	Révision du guide méthodologique (parents et thérapeute).....	168
5.4.3	Limites de la thèse.....	170
5.4.4	Forces de la thèse	173
5.5	Pistes de recherches futures.....	175

Références	176
CONCLUSION	180
APPENDICE A Guide méthodologique (parents et thérapeute) de « Parents, parlons TOC! » : rencontres parentales éducatives et thérapeutiques	181
APPENDICE B Feuilles explicatives pour le thérapeute et l'intégrité de traitement 310	
APPENDICE C Affiche de recrutement et pamphlet d'informations	341
APPENDICE D Protocole téléphonique du projet de recherche	346
APPENDICE E Formulaire d'information et de consentement.....	349
APPENDICE F Certificats d'approbation éthique.....	355
APPENDICE G Questionnaires complétés par les parents.....	359
APPENDICE H Preuve d'autorisation pour l'utilisation de l'échelle des attitudes et comportements des parents	380
APPENDICE I Questionnaire complété avec l'enfant.....	382
APPENDICE J Questionnaire d'appréciation du programme parental	401
APPENDICE K Preuves des soumissions des articles	408
BIBLIOGRAPHIE	414

LISTE DES TABLEAUX

Tableau		Page
2.1	Thèmes et objectifs des rencontres parentales éducatives et thérapeutiques	53
3.1	Thèmes et objectifs des rencontres parentales éducatives et thérapeutiques	105
3.2	Comportements d'accommodations rapportés par les participantes	107
3.3	Scores globaux avant et après le programme des variables familiales et parentales de la participante 1.....	110
3.4	Scores globaux avant et après le programme des variables familiales et parentales de la participante 2.....	111
3.5	Scores globaux avant et après le programme des variables familiales et parentales de la participante 3.....	112
4.1	<i>Themes and objectives of educational and therapeutic parental meetings .</i>	145
4.2	<i>Parent and child characteristics.....</i>	147
4.3	<i>Pre-treatment and post-treatment results on obsessive compulsive disorder severity</i>	147
4.4	<i>Pre-treatment and post-treatment results</i>	148
4.5	<i>Problematic cohesion in family environment relative to each participant..</i>	149

4.6 *Problematic problem-solving in parental skills relative to each participant*
..... 149

LISTE DES FIGURES

Figure	Page
1.1 La séquence obsessionnelle	22
3.1 Cycle du trouble obsessionnel-compulsif et rôle de l'accommodation familiale	104
3.2 Graphique représentant la diminution du niveau d'accommodation familiale des participantes	109
5.1 Modèle intégratif de compréhension du rôle des variables familiales impliquées dans le traitement du trouble obsessionnel-compulsif	165

LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES

ABI	Approche basée sur les inférences
APA	<i>American Psychiatric Association</i>
CBT	<i>Cognitive-behavioral therapy</i>
CERPE	Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains
CITA	Clinique d'intervention pour les troubles anxieux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CPIC	Clinique pédopsychiatrique d'interventions ciblées
CRIUSMM	Centre de recherche de l'institut universitaire en santé mentale de Montréal
CY-BOCS	<i>Children's Yale-Brown obsessive compulsive scale</i>
CY-BOCS-PR	<i>Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive-Parent Report</i>
DSM-5	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>
EPR	Exposition avec prévention de la réponse
FAD	<i>McMaster Family Assessment Device</i>
FAS-PR	<i>Family Accommodation Scale-parent report</i>
FCBT	<i>Family Cognitive Behavioral Therapy</i>

FES	<i>Family Environment Scale</i>
ISRS	Inhibiteurs sélectifs de recapture de la sérotonine
OCD	<i>Obsessive compulsive disorder</i>
PABS	<i>Parental Attitudes and Behaviors Scale</i>
PEHP	Programme d'entraînement aux habiletés parentales
POTS	<i>Pediatric OCD Treatment Study</i>
SPACE	<i>Supportive Parenting for Anxious Childhood Emotions</i>
SOC	Symptômes obsessionnels-compulsifs
TBI	Thérapie basée sur les inférences
TCC	Thérapie cognitive-comportementale
TDAH	Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité
TOC	Trouble obsessionnel compulsif
UQAM	Université du Québec à Montréal

RÉSUMÉ

Le trouble obsessionnel compulsif (TOC) se caractérise par des obsessions ou des compulsions entraînant des conséquences fonctionnelles dans les sphères sociales, scolaires et familiales. Un niveau d'accommodation familiale élevé, un environnement familial caractérisé par des conflits et moins de cohésion, des attitudes parentales négatives d'hostilité et de blâme ainsi que des habiletés parentales déficitaires en résolution de problème et en communication sont observés. Étant donné les répercussions négatives de ce trouble sur la famille, il est primordial de trouver des traitements efficaces. Bien que les traitements cognitivo-comportementaux usuels pour le traitement du TOC soient largement enseignés et diffusés, ils montrent des résultats ambigus et peu d'effets à long terme chez les enfants. Certains auteurs ont proposé d'engager directement les parents dans les protocoles de traitement, mais ceux-ci sont variables et nébuleux quant à la forme de cet engagement parental. À notre connaissance, peu d'études ont envisagé la possibilité d'évaluer les effets de rencontres destinées aux parents, sans la présence de l'enfant, afin de les soutenir et de favoriser de bonnes habiletés parentales pour faire face aux symptômes du TOC. De ce fait, Surprenant et Leclerc (2017) ont créé un guide « Parents, parlons TOC ! » de dix rencontres parentales éducatives et thérapeutiques visant à cibler la compréhension du TOC ainsi que l'amélioration du soutien et du fonctionnement familial.

Cette thèse permet d'évaluer les effets des rencontres parentales sur l'accommodation familiale, sur l'environnement familial (p. ex., conflits et cohésion), sur les attitudes parentales négatives (p. ex., hostilité et blâme), sur les habiletés parentales (p. ex., résolution de problèmes et communication) et sur les symptômes obsessionnels-compulsifs (SOC) de l'enfant. Le projet s'est déroulé en deux étapes fondamentales. La première étape cible l'élaboration des rencontres éducatives et thérapeutiques basées sur la littérature scientifique et les données probantes et ne représente pas un objectif de la thèse. La deuxième étape vise l'implantation des rencontres parentales éducatives et thérapeutiques et l'évaluation de son effet sur les différentes variables familiales et les SOC des enfants et, ainsi, à répondre aux objectifs de la thèse. En plus du guide « Parents, parlons TOC ! », deux articles empiriques sont issus de cette thèse. Le premier article propose des études de cas quant à l'effet des rencontres parentales sur l'accommodation familiale et le fonctionnement familial de trois mères d'enfants présentant un TOC. Le deuxième article présente l'ensemble des données à la suite de l'implantation des rencontres parentales.

Seize parents ayant un enfant atteint de TOC ont participé aux rencontres et ont rempli les questionnaires avant et après les rencontres afin de mesurer les variables. Cette étude relève d'un protocole à cas unique à niveaux de base multiples. Les résultats montrent qu'à la suite des rencontres parentales, les parents ont un niveau d'accommodation familiale significativement inférieur ($p = 0,020$, $d = -0,80$). Les parents montrent une augmentation de la cohésion familiale et des habiletés parentales en résolution de problèmes ainsi qu'une diminution des niveaux d'hostilité et de blâme, mais ces différences ne sont pas significatives. Les parents rapportent également une diminution significative des SOC de leurs enfants ($p = 0,000$, $d = -1,52$). Les enfants rapportent également une diminution significative des SOC ($p = 0,004$, $d = -1,47$). Les études futures devront évaluer les effets de ces rencontres dans une procédure de recherche à répartition aléatoire et intégrer en parallèle les rencontres parentales aux traitements chez les jeunes.

Mots clés : rencontres parentales ; trouble obsessionnel-compulsif ; accommodation familiale ; environnement familial ; attitudes et habiletés parentales.

INTRODUCTION

Le trouble obsessionnel-compulsif (TOC) est un trouble de santé mentale se caractérisant par la présence d'obsessions et de compulsions entraînant une perte de temps ainsi qu'une détresse significative (APA, 2013). L'apparition du TOC à l'enfance semble associée à une augmentation de la persistance, de la sévérité ainsi qu'à la chronicité du trouble (APA, 2013; Stewart et al., 2004). Le TOC génère des conséquences fonctionnelles dans les sphères sociales, scolaires et familiales dont un niveau d'accommodation familiale élevé, c'est-à-dire, la participation des membres de la famille dans les rituels de l'enfant, un environnement familial caractérisé par des conflits et moins de cohésion entre les membres de la famille, des attitudes parentales négatives d'hostilité et de blâme ainsi que des habiletés parentales déficitaires en résolution de problèmes et en communication (Peris et coll., 2012). Par conséquent, étant donné la prévalence et les répercussions négatives de ce trouble sur la famille, il est primordial de trouver des traitements efficaces visant à diminuer les symptômes obsessionnels-compulsifs des enfants ainsi qu'améliorer le fonctionnement familial.

Bien que les traitements cognitivo-comportementaux (TCC) usuels pour le traitement du TOC soient largement enseignés et diffusés, ils montrent des résultats ambigus et peu d'effets à long terme chez les enfants (Peris et coll., 2012; Barrett et coll., 2008; Storch et coll., 2008; Franklin et coll., 2015). Aussi, certains chercheurs proposent l'approche basée sur les inférences (ABI) comme une approche innovatrice afin de traiter le TOC puisqu'elle ne cible pas les mêmes processus cognitifs que les TCC traditionnels (O'Connor, Aardema et Pélissier, 2005). Certains auteurs ont par ailleurs proposé d'engager directement les parents dans les protocoles de traitement, mais ces derniers sont variables et nébuleux quant à la forme de cet engagement parental. À ce

jour, peu d'études ont envisagé la possibilité d'évaluer les effets de rencontres éducatives et thérapeutiques portant sur le TOC destinées aux parents, sans la présence de l'enfant, afin de les soutenir et de favoriser de bonnes habiletés parentales pour faire face aux symptômes du TOC. Pourtant, des rencontres similaires sont offertes dans le traitement de problématiques telles que les troubles de comportement et le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité et les résultats se sont avérés prometteurs (Lee, Niew, Yang, Chen, & Lin, 2012; Lundahl et al., 2006).

De ce fait, Surprenant et Leclerc (2017) ont créé un guide « Parents, parlons TOC! » de dix rencontres parentales éducatives et thérapeutiques visant à cibler la compréhension du TOC de leurs enfants ainsi que l'amélioration du soutien et du fonctionnement familial. Ces rencontres sont destinées aux parents de jeunes de 9 à 16 ans ayant un diagnostic de TOC de manière individuelle (seul ou en couple). Ce guide méthodologique a été utilisé en expérimentation afin de répondre aux objectifs de la thèse.

Compte tenu de ce qui précède, l'objectif de cette thèse est d'évaluer les effets des rencontres parentales éducatives et thérapeutiques sur l'accommodation familiale, sur l'environnement familial (p.ex. conflits et cohésion), sur les attitudes parentales négatives (p.ex. hostilité et blâme), sur les habiletés parentales (p.ex. résolution de problèmes et communication) ainsi que sur les symptômes obsessionnels-compulsifs de l'enfant. L'étude relève d'un protocole à cas unique à niveaux de base multiples (pré-traitement et post-traitement). Les hypothèses avancées sont que les rencontres parentales éducatives et thérapeutiques permettront de diminuer le niveau d'accommodation familiale, les attitudes parentales négatives et les symptômes obsessionnels-compulsifs de l'enfant ainsi qu'améliorer l'environnement familial et les habiletés parentales.

Afin de répondre aux objectifs et aux hypothèses, cette thèse comprend cinq chapitres. Le premier présente une recension des écrits sur le TOC chez les enfants ainsi que les traitements usuels afin de traiter ce trouble. Le deuxième chapitre fait état du processus d'élaboration du guide méthodologique des rencontres parentales éducatives et thérapeutiques de « Parents, parlons TOC! ». L'objectif des rencontres est de cibler la compréhension du TOC ainsi que l'amélioration du soutien et du fonctionnement familial pour aider les parents de jeunes présentant un TOC. Les rencontres se basent sur la recension des écrits, sur les conclusions de certaines études et les recommandations de la clinique pédiopsychiatrique d'interventions ciblées (CPIC), anciennement la Clinique d'intervention pour les troubles anxieux (CITA), de l'Hôpital Rivière-des-Prairies. Le guide méthodologique des rencontres pour les parents et le thérapeute, soit les dix fascicules remis aux parents et les dix feuilles explicatives du thérapeute sont présentés aux appendices A et B.

Le troisième chapitre présente le premier article empirique de la thèse. Il est rédigé en français et s'intitule « Rencontres parentales éducatives et thérapeutiques pour le TOC : effet sur l'accommodation familiale ». À la suite du processus de publication, une version modifiée de l'article a été re-soumise et acceptée à la Revue québécoise de psychologie (accusé de réception à l'appendice K). Cet article empirique présente trois études de cas correspondant aux premières participantes du projet de recherche, selon un recrutement chronologique. L'objectif est de mesurer l'effet des rencontres parentales sur l'accommodation familiale et le fonctionnement familial rapportés par des mères ayant un enfant atteint de TOC. Les résultats des trois participantes montrent une diminution significative des comportements d'accommodation familiale.

Le quatrième chapitre présente le second article empirique de la thèse. Il a été rédigé en anglais et s'intitule « *The effect of educational and therapeutic parental meetings for children obsessive compulsive disorder : A Preliminary Trial* ». Il est soumis pour publication dans le « *Journal of Cognitive Psychotherapy* » (accusé de réception à

l'appendice K). Cet article empirique rapporte l'effet des rencontres parentales éducatives et thérapeutiques sur les différentes variables familiales des participants ($n=16$) ayant participé au projet de recherche ainsi que sur les symptômes obsessionnels-compulsifs des enfants ($n=10$). Après l'intervention, les parents ont un niveau d'accommodation familiale significativement inférieur ($p = 0,020$, $d = -0,80$). Les parents montrent une augmentation de la cohésion familiale et des habiletés parentales en résolution de problèmes ainsi qu'une diminution des niveaux d'hostilité et de blâme, mais ces différences ne sont pas significatives. Les parents rapportent par ailleurs une diminution significative des SOC de leurs enfants ($p = 0,000$, $d = -1,52$). Les enfants montrent également une diminution significative des SOC ($p = 0,004$, $d = -1,47$). Les études futures devront évaluer les effets de ces rencontres dans un essai clinique à répartition aléatoire et intégrer cette intervention aux traitements chez les jeunes atteints de TOC.

La discussion générale souligne l'apport global de la thèse et présente les conclusions de celle-ci en débutant par un rappel des résultats empiriques et des interprétations cliniques en lien avec les objectifs. Par la suite, un modèle intégratif de compréhension du rôle des variables familiales impliquées dans le traitement du TOC est proposé. Finalement, les considérations méthodologiques de la thèse sont présentées, notamment les forces et les limites, et des pistes de recherche futures sont explorées. Afin de simplifier la lecture et de respecter la mise en forme des originaux, les références, les tableaux et les figures sont présentés à la fin de chaque chapitre.

CHAPITRE I

RECENSION DES ÉCRITS SUR LE TROUBLE OBSESSIONNEL- COMPULSIF CHEZ LES ENFANTS ET LES TRAITEMENTS EXISTANTS

1.1 Critères diagnostiques du trouble obsessionnel-compulsif

Le trouble obsessionnel-compulsif (TOC) s'inscrit dans la section des troubles obsessionnels-compulsifs et apparentés du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (*DSM-5*) de l'American Psychiatric Association (APA, 2013; APA, 2015). Le TOC se caractérise par la présence d'obsessions et/ou de compulsions entraînant une perte de temps (plus d'une heure par jour), une détresse cliniquement significative et une altération du fonctionnement dans plusieurs sphères de vie (APA, 2013). Les symptômes obsessionnels-compulsifs ne doivent pas être attribuables aux effets physiologiques d'une substance. Finalement, le TOC ne doit pas être mieux expliqué par les symptômes d'un autre trouble de santé mentale.

Les obsessions se définissent comme des pensées, des pulsions ou des images récurrentes, persistantes, intrusives et non désirées (APA, 2013). Les obsessions génèrent des sentiments négatifs tels que l'anxiété, la peur, le dégoût et la honte (March & Mulle, 1998) ainsi qu'une détresse importante. Les obsessions sont souvent égodystoniques, c'est-à-dire qu'elles sont en conflit ou dissonantes avec les besoins, les buts et l'image de soi de la personne (O'Connor, Aardema, & Pélissier, 2005). Les personnes souffrant d'obsessions vont tenter d'ignorer, de supprimer ou de neutraliser ces pensées, pulsions ou images avec d'autres pensées ou actions telles que les compulsions. Les compulsions se définissent par des comportements et des actes mentaux répétitifs (p.ex., compter ou vérifier mentalement) que l'individu se sent obligé d'exécuter en réponse aux obsessions ou selon des règles rigides qu'il s'impose (APA, 2013). Ces comportements et ces actes mentaux ont pour but de prévenir ou de réduire l'anxiété et la détresse occasionnées par les obsessions.

Les critères diagnostiques du TOC ne diffèrent pas chez les adultes et les enfants. Néanmoins, les enfants montrent fréquemment une faible introspection dans la nature

de leurs obsessions en raison de leurs capacités verbales limitées ce qui augmente la difficulté à émettre des diagnostics chez la population pédiatrique (Geller, 2006). Les enfants peuvent être incapables d'identifier les raisons pour lesquelles ils effectuent les compulsions ou les actes mentaux et, par le fait même, ils ont de la difficulté à cibler les obsessions (APA, 2013).

1.2 Épidémiologie

1.2.1 Prévalence

Plusieurs auteurs rapportent que la prévalence du TOC chez les enfants varie entre 0,5 % et 2 % (Barrett, Farrell, Pina, Peris, & Piacentini, 2008; Flament et al., 1988; March & Mulle, 1998; Mullick & Goodman, 2005). Selon l'APA (2015), la prévalence internationale se situerait entre 1,1 % à 1,8 %. Les garçons atteints du TOC ont plus de chances d'avoir un autre membre de la famille présentant un TOC (APA, 2013). Durant l'enfance, le nombre de garçons atteints du TOC est supérieur au nombre de filles (APA, 2013). Par contre, durant l'adolescence, les ratios de garçons et de filles atteints du TOC semblent s'égaliser (APA, 2013; March & Mulle, 1998).

1.2.2 Développement du trouble obsessionnel-compulsif

Chez 25 % des garçons souffrant du TOC, les premiers symptômes apparaissent avant l'âge de dix ans ou à la puberté (APA, 2013). Les filles, quant à elles, ont plus de chances d'avoir les premiers symptômes du TOC durant l'adolescence (March & Mulle, 1998). Selon Stewart et al. (2004), l'âge de début du TOC et la durée depuis l'apparition

du trouble sont tous les deux associés à une augmentation de la persistance et de la sévérité des symptômes. Pour la plupart des enfants, le début à l'enfance ou à l'adolescence semble mener à un TOC présent pour toute la durée de vie (APA, 2013).

Le contenu, la fréquence et la durée des symptômes obsessionnels-compulsifs (SOC) semblent plus variables chez les enfants. Des différences dans le contenu des obsessions et des compulsions des enfants possiblement liées aux différents stades de développement sont observées comparativement à celles des adultes (APA, 2013). Les enfants ont des taux plus élevés d'obsessions de contamination et de malheur (p. ex., peurs d'événements catastrophiques comme la maladie ou la mort pour soi-même ou les autres). Les enfants ont également rapporté plus fréquemment des obsessions agressives ou liées au mal (APA, 2013; Geller, 2006). Par exemple, ils peuvent avoir peur de faire du mal aux autres ou d'effectuer de mauvais comportements tels que sacrer, cracher et frapper. Par rapport aux populations adultes, les rituels de vérification, d'organisation et de comptage ont été trouvés plus fréquemment chez les enfants et impliquaient plus souvent les membres de la famille (p. ex., vérification verbale avec les parents pour rassurer les enfants) (Geller, 2006). À l'adolescence, les craintes de contamination, la scrupulosité religieuse et les obsessions sexuelles sont plus souvent signalées (APA, 2013; Geller, 2006). Chez les adolescents, les rituels de lavage ont été rapportés plus souvent que chez les enfants ou les adultes (Geller, 2006). Quelques différences selon le genre sont remarquées dans le contenu des obsessions et des compulsions. Les filles ont tendance à avoir plus de SOC associés au nettoyage tandis que les garçons ont plus de SOC associés à la symétrie et à ce qui est interdit ou défendu (APA, 2013).

1.2.3 Étiologie

L'étiologie du TOC demeure en partie inconnue et des recherches sont nécessaires afin d'approfondir les causes possibles. Les principales théories étiologiques peuvent être regroupées selon un modèle triadique biopsychosocial. En effet, certains auteurs proposent qu'une interaction entre des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux puisse expliquer le développement et le maintien du TOC (Berthiaume, Turgeon, & O'Connor, 2004; March & Mulle, 1998). Ce serait l'interaction entre ces facteurs qui influence le déclenchement et le maintien du TOC et non un seul facteur pris individuellement. Par ailleurs, certains auteurs suggèrent que le stress pourrait jouer un rôle significatif dans l'étiologie et le maintien des symptômes du trouble obsessionnel-compulsif (Adams et al., 2018).

Le *DSM-5* présente certains facteurs de risques soit environnementaux, génétiques et physiologiques concernant le TOC (APA, 2013). Les enfants présentant une internalisation de leurs difficultés, une émotivité négative ainsi qu'une inhibition comportementale auraient plus de chances de développer un TOC. Aussi, des abus physiques ou sexuels durant l'enfance ou d'autres événements stressants ou traumatiques ont été associés à un risque de développer un TOC (APA, 2013). Par ailleurs, la prévalence du TOC chez les enfants de parents ayant un TOC est approximativement le double et multiplié par dix si les symptômes du parent ont débuté dans l'enfance. La transmission familiale est due à des facteurs environnementaux (p.ex. apprentissage social) et génétiques. Des altérations neurobiologiques (p.ex., cortex orbitofrontal, cortex cingulaire antérieur et striatum) pourraient être également impliquées dans le développement du TOC (APA, 2013).

1.3 Troubles concomitants

Le développement du TOC est souvent complexifié par la présence d'autres troubles émotionnels ou psychologiques (APA, 2013). Selon Geller, Biederman, Griffin, Jones, et Lefkowitz (1996), 75 % à 84 % des enfants présentent un trouble concomitant au TOC. Selon l'APA (2013) et Fibbe et Cath (2011), environ 30 % des individus souffrant de TOC reçoivent un diagnostic de troubles de tics au cours de leur vie. Ce trouble concomitant est plus fréquent chez les garçons dont le TOC apparaît à l'enfance. En effet, le TOC est aussi élevé chez les enfants atteints du syndrome de Gilles de la Tourette (11 % à 80 %) (Geller, 2006; Mol Debes, 2013). Aussi, la concomitance du TOC et du trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) (24 % à 51 %) peut être également observée chez les enfants (Geller, 2006; Lebowitz et al., 2012). Néanmoins, certains auteurs ont documenté et rapporté une grande variabilité en raison de difficultés méthodologiques (p.ex., faible introspection, perceptions erronées des symptômes, ambiguïté dans les critères diagnostiques) dans la concomitance du TOC et du TDAH (0 % à 60 %) chez les enfants et les adolescents (Abramovitch, Dar, Mittelman, & Wilhelm, 2015). Le TOC peut être concomitant à certains troubles associés à l'impulsivité tels que le trouble oppositionnel avec provocation (51 %) (Geller, 2006). Le TOC pédiatrique est également concomitant à des difficultés de sommeil (42 %) (Sevilla-Cermeño et al., 2019).

Selon l'APA (2013), environ 50 % des adultes présentant un TOC ont des idées suicidaires au cours de leur vie et jusqu'à 25 % font des tentatives de suicide en raison de la détresse et de l'envahissement qu'engendre ce trouble (APA, 2013). Les adultes peuvent présenter en concomitance avec le TOC des troubles anxieux (76 %), un trouble dépressif (41 %) et le trouble de personnalité obsessionnelle compulsive (23 % à 32 %). De plus, chez les adultes atteints de schizophrénie, la prévalence du TOC est approximativement de 12 %.

1.4 Perturbations du fonctionnement dans différentes sphères de vie

Le TOC est associé à des perturbations dans le fonctionnement social, scolaire et familial ainsi qu'à une réduction de la qualité de vie (Peris, Sugar, et al., 2012; Weidle, Jozefiak, Ivarsson, & Thomsen, 2014). Piacentini, Bergman, Keller et McCracken (2003) ont constaté que près de 90 % des enfants de 5 à 17 ans atteints de TOC avaient au moins un dysfonctionnement significatif à l'école, à la maison ou socialement. De plus, au moins 50 % des enfants de 5 à 17 ans atteints de TOC montraient un dysfonctionnement dans les trois sphères (Piacentini et al., 2003). Ces perturbations sont souvent associées à la sévérité des symptômes du TOC et peuvent être causées, en outre, par le temps passé à effectuer les obsessions ou les compulsions ou par l'évitement de certaines situations qui pourraient déclencher celles-ci (Peris, Sugar, et al., 2012). Les prochains paragraphes décriront les principales perturbations du fonctionnement dans les sphères sociales, scolaires et familiales.

1.4.1 Perturbations dans le fonctionnement social

Les effets nuisibles du TOC complexifient l'établissement de relations interpersonnelles durables et de qualité (Stewart et al., 2004). Selon l'APA (2013), les enfants et les adolescents atteints du TOC peuvent éviter certains contacts sociaux avec leurs pairs (p. ex., par peur de faire du mal aux autres), certains endroits ou certaines choses (p. ex., évitement des toilettes et des transports par peur d'être contaminé) qui déclenchent leurs obsessions et leurs compulsions. L'enfant peut avoir peur de se faire juger, ridiculiser et même penser qu'il est un danger pour les autres. Certains enfants passent tellement de temps à effectuer leurs obsessions et leurs compulsions qu'ils ne passent pas de temps à s'amuser, à créer des liens d'amitié et à jouer avec les autres

élèves (Dansereau & Bouchard, 2004). Selon l'étude de Piacentini et al. (2003), les enfants atteints de TOC rapportent des difficultés à se faire des amis et à les garder (14 % à 16 %), à côtoyer de nouvelles personnes ou des étrangers (28 %) ainsi qu'à participer à des activités courantes de l'enfance telles que la soirée pyjama (22 %), essayer des vêtements (18 %) et sortir manger (14 %). Selon l'APA (2013), lorsque le TOC débute dans l'enfance, les adolescents peuvent rencontrer des difficultés telles qu'éviter de rencontrer leurs pairs, avoir du mal à quitter la maison, manquer d'autonomie et d'indépendance.

1.4.2 Perturbations dans le fonctionnement scolaire

Selon certains auteurs, les symptômes du TOC peuvent perturber le fonctionnement scolaire et diminuer la réussite scolaire des enfants et des adolescents qui présentent un TOC puisqu'il génère des effets cognitifs et comportementaux négatifs chez ceux-ci (Stewart et al., 2004; Dansereau & Bouchard, 2004). Les préoccupations scolaires fréquemment rapportées étaient associées à la concentration (26 %) et à l'achèvement du travail (37 %) (Piacentini et al., 2003). En effet, l'élève peut manifester des difficultés d'attention dues à ses obsessions puisqu'il va tenter d'ignorer, de supprimer ou de neutraliser celles-ci avec d'autres pensées ou compulsions. De plus, le TOC à l'école peut entraîner un épuisement mental chez les enfants parce qu'ils tentent de cacher leurs comportements afin de pouvoir se mêler aux autres élèves (Dansereau & Bouchard, 2004). L'enfant ayant un TOC peut également éprouver des difficultés et même des échecs scolaires, car il est plus lent dans l'exécution des tâches imposées et est incapable de terminer les exercices (APA, 2013; Dansereau & Bouchard, 2004). Il peut arriver en retard à l'école en raison du temps consacré aux rituels lors du départ de la maison. Aussi, l'enfant peut s'interroger et poser beaucoup de questions avant

d'accomplir plusieurs actions ou gestes et demander à l'enseignant de répéter les consignes ou les explications (Dansereau & Bouchard, 2004).

1.5 Perturbations dans le fonctionnement familial

D'une part, les symptômes obsessionnels-compulsifs ont des conséquences sur la famille, notamment dans les relations familiales qui en découlent. La famille peut également influencer les symptômes obsessionnels-compulsifs de leur enfant par leurs attitudes et leurs comportements. Les prochains paragraphes décriront quatre variables impliquées et inter-influencées dans le fonctionnement des familles ayant un enfant souffrant de TOC soit l'accommodation familiale, l'environnement familial (p. ex., les conflits et la cohésion entre les membres de la famille), les attitudes négatives des parents (p. ex., l'hostilité et le blâme) et les habiletés parentales (p. ex., la résolution de problème et la communication).

1.5.1 Accommodation familiale

L'accommodation familiale se définit comme la participation des membres de la famille dans les rituels de l'enfant, par la modification de la routine en fonction des symptômes obsessionnels-compulsifs de l'enfant ou par certains comportements d'évitement (Freeman et al., 2008). Le trouble obsessionnel-compulsif est associé à des taux élevés d'accommodation familiale (Peris, Sugar, et al., 2012). Selon une étude de Flessner, Freeman, et al. (2011), 99 % des parents ($n = 74$) rapportent s'engager dans au moins un comportement d'accommodation, 77,1 % des parents rapportent s'engager quotidiennement à des comportements d'accommodation et 63,5 % des parents

rapportent réassurer leurs enfants quotidiennement. De prime abord, l'accommodation familiale semble positive. Cependant, puisque l'accommodation familiale diminue temporairement l'anxiété du jeune, elle renforce insidieusement les obsessions et les compulsions, ce qui maintient le cycle obsessionnel-compulsif. Bien que plusieurs études se soient intéressées à l'accommodation familiale, une compréhension claire des mécanismes qui sous-tendent celle-ci est encore limitée (Lebowitz, Panza, & Bloch, 2016). L'accommodation familiale implique souvent les parents et d'autres proches (p. ex., frères, sœurs, familles élargies, enseignants, amis) au point que l'enfant est incapable de fonctionner sans un soutien intensif (Franklin, Freeman, & March, 2018). Ce niveau de soutien crée généralement une dynamique de surdépendance et de stress au sein du système familial (Calvocoressi, Lewis, Harris, & Trufan, 1995). Par ailleurs, certains auteurs ont signalé que les enfants deviennent souvent insistants et agressifs dans leurs demandes lorsque les parents refusent de les accommoder (Albert et coll., 2010; Lebowitz et al., 2016).

Gushanas (2019) affirme que les parents anxieux ayant un enfant atteint de TOC ont un risque accru d'effectuer des comportements d'accommodation familiale puisqu'ils tentent d'éviter ou de contrôler leur propre anxiété et celle de leur enfant face à l'expérience stressante du TOC. Deux études pédiatriques ont constaté que la psychopathologie parentale et la sévérité du TOC chez l'enfant étaient associées à un engagement parental plus élevé dans les rituels (Storch et coll., 2007; Peris, Bergman, et al., 2008). Albert et al. (2010) ont suggéré que les parents d'enfants ayant un TOC pourraient nécessiter des interventions parentales supplémentaires pour les aider à réduire progressivement leur engagement dans les rituels des enfants.

Un taux élevé d'accommodation familiale en début de traitement psychothérapeutique pour le TOC chez l'enfant est associé à une pauvre réponse à ce dernier (Garcia et al., 2010; Peris, Benazon, Langley, Roblek, & Piacentini, 2008). En effet,

l'accommodation familiale est une barrière au traitement puisqu'elle renforce négativement les comportements d'évitement ce qui diminue l'efficacité des exercices proposés dans les traitements du TOC chez les enfants (Merlo, Lehmkuhl, Geffken, & Storch, 2009; Piacentini et al., 2011).

1.5.2 Environnement familial

Un environnement familial plus critique et moins chaleureux semble être observé en contexte de TOC chez les enfants. Certains auteurs ont rapporté des taux élevés de conflits familiaux (Peris, Benazon, et al., 2008). Les enfants ayant un TOC tentent d'imposer des règlements et des interdictions aux membres de leur famille à cause de leur TOC ce qui peut mener à de la frustration, une exaspération, une irritabilité et à plusieurs conflits avec les parents. Les familles des personnes atteintes de TOC subissent un fardeau plus important en raison d'une plus grande colère exprimée par l'enfant lorsque les membres de la famille ne répondent pas à l'accommodation familiale (Vikas, Avasthi, & Sharan, 2011). Plus spécifiquement, des niveaux élevés de stress, d'anxiété et de tristesse chez les parents ainsi que de la frustration et de la colère chez l'enfant ont été observés lorsqu'ils sont confrontés à une altercation verbale et comportementale en lien avec le TOC (Stewart et coll., 2017). De plus, certains symptômes peuvent créer des difficultés supplémentaires. Par exemple, les obsessions à propos de la peur de faire du mal aux autres membres de la famille peuvent faire en sorte que les relations familiales soient évitées. Des relations familiales conflictuelles chez les familles ayant un enfant souffrant de TOC diminueraient les effets à long terme des traitements (Barrett, Farrell, Dadds, & Boulter, 2005).

De plus, la cohésion familiale est plus faible chez les familles ayant un enfant qui présente un TOC (Peris, Sugar, et al., 2012). La cohésion familiale est définie par la

façon dont les membres d'une même famille se soutiennent et s'encouragent (Peris, Sugar, et al., 2012). Les symptômes obsessionnels-compulsifs peuvent interférer dans les relations interpersonnelles familiales, comme la relation mère-enfant (APA, 2013), puisque certains parents montrent un engagement affectif faible à leur enfant souffrant de TOC.

Aussi, certains auteurs mentionnent que l'organisation familiale serait plus faible chez les familles dont l'un des membres présente un TOC (Peris, Benazon, et al., 2008; Storch et al., 2005). Selon Stewart et coll. (2017), les activités fréquemment perturbées à cause du TOC comprennent les routines au coucher (69,5 %), les routines du matin (65 %), les heures de repas (44,4 %), les rendez-vous (20,5 %) et les pratiques religieuses (13,3 %). Les routines matinales perturbées et les inquiétudes concernant une arrivée tardive à l'école ou au travail peuvent accroître la vulnérabilité à l'accommodation familiale ainsi que les conflits familiaux.

1.5.3 Attitudes et habiletés parentales

Les parents peuvent avoir différentes attitudes et habiletés face au TOC de leurs enfants. Les perturbations dans les relations familiales peuvent entraîner une détresse familiale élevée (Peris, Sugar, et al., 2012). La détresse et un fonctionnement familial perturbé sont présents chez 60 % à 90 % des familles (Piacentini et al., 2003; Renshaw, Steketee, & Chambless, 2005). Compte tenu des frustrations, de l'exaspération, de l'irritabilité et des conflits en lien avec le TOC, des attitudes parentales négatives comme l'hostilité et le blâme sont observés en contexte de TOC chez les enfants. Des études ont montré que jusqu'à 85 % des familles présentent de faibles niveaux de soutien social et des niveaux élevés d'hostilité et de critique (Hibbs et al., 1991; Leonard et al., 1993;

Stewart et al., 2017). Selon Peris, Benazon, et al. (2008), les résultats au questionnaire autorapporté « *Parental Attitudes and Behavior Scale* » ($n=287$) montrent que l'hostilité et le blâme sont associés à la sévérité des symptômes du TOC. Aussi, les compulsions sont associées à des réponses parentales de blâme et d'hostilité supérieures que les obsessions (Peris, Benazon, et al., 2008). La dynamique familiale affective comme les émotions négatives exprimées, des reproches fréquents et des punitions excessives de la part des parents est également associée à des perturbations dans le fonctionnement familial (Calvocoressi et al., 1995; Chambless & Steketee, 1999; Peris, Benazon, et al., 2008). Les parents reconnaissent insuffisamment les répercussions sociales et scolaires du TOC sur leur enfant, ce qui peut conduire à des reproches mal dirigés en raison de la détérioration des notes scolaire et l'isolement social (Stewart et al., 2017). Par ailleurs, l'étude de Timpano, Keough, Mahaffey, Schmidt, et Abramowitz (2010) suggère qu'un style parental autoritaire (p.ex., une faible chaleur et éducation parentale, un contrôle comportemental élevé, une rigidité) prédit une augmentation de la sévérité des symptômes du TOC. Peris et Piacentini (2013) ont également trouvé que l'hostilité parentale et le blâme sont associés à de moins bonnes réponses au traitement dans les traitements pour le TOC chez les enfants.

Les parents d'enfants qui présentent un TOC montrent davantage de pauvres habiletés dans la résolution de problèmes et une diminution de la confiance qu'ils portent envers leur enfant (Peris, Benazon, et al., 2008). La communication entre les membres de la famille serait moindre lorsqu'un enfant présente un problème de santé mentale (Peris, Benazon, et al., 2008; Storch et al., 2005). Aussi, certains auteurs mentionnent que les rôles de chaque membre de la famille seraient plus faibles chez les familles dont l'un des membres présente un TOC (Peris, Benazon, et al., 2008; Storch et al., 2005).

Les attitudes et les habiletés parentales tels que l'émotion exprimée et le style parental, la modélisation sociale anxieuse et l'implication dans les rituels de TOC semblent jouer un rôle dans le développement et le maintien du TOC (Boileau, 2011; Franklin et al.,

2018; Henin & Kendall, 1997; Lebowitz et al., 2012; Waters & Barrett, 2000). Ces attitudes et habiletés de la part des parents sont liés à de pauvres réponses aux traitements de l'enfant et un plus grand risque de rechute (Amir, Freshman, & Foa, 2000; Chambless & Steketee, 1999; Leonard et al., 1993).

1.6 Traitements individuels pour le trouble obsessionnel-compulsif chez les enfants

1.6.1 Traitements pharmacologiques

Selon Bouvard et Dupont (2006), les traitements pharmacologiques se basent sur la prémisse que le TOC serait causé par des déséquilibres neurobiologiques touchant les systèmes sérotoninergique et dopaminergique. Certains médicaments se sont révélés efficaces dans le traitement du TOC. Par contre, il faut compter entre huit et dix semaines avant d'évaluer les effets de cette médication. Les inhibiteurs sélectifs de recapture de la sérotonine (ISRS) (Zoloft®, Paxil®, Seroplex®, Seropram®, Celexa®, Prozac®) jouent un rôle dans la diminution des symptômes et sont à ce jour les médicaments privilégiés (Abramowitz, Whiteside, & Deacon, 2005; Barrett et al., 2008; Franklin et al., 2015). D'autres catégories de médicaments sont utilisées afin de traiter le TOC chez les enfants soit les antidépresseurs tricycliques ou imipraminiques (Anafranil®), les anxiolytiques (Rivotril®, Ativan®, Valium®), les inhibiteurs de la monoamine oxydase (Nardil®, Parnate®), les antipsychotiques (Haldol®, Orap®) et les régulateurs de l'humeur (Lithium, L-Tryptophan) (Abramowitz, Whiteside, & Deacon, 2005; Barrett et al., 2008; Franklin et al., 2015).

Selon une méta-analyse de Franklin et al. (2015), les résultats montrent que les taux de réponse à la médication varient de 21 % à 30 %. Ainsi, plusieurs experts concluent que

les effets de la médication sur la réduction des symptômes obsessionnels-compulsifs seraient inférieurs à 50 % (Bouvard & Dupont, 2006; Foa et al., 2005), d'où l'importance de trouver des traitements alternatifs et complémentaires.

1.6.2 Thérapie cognitive comportementale basée sur l'exposition avec prévention de la réponse

Le modèle théorique sous-jacent à l'exposition avec prévention de la réponse (EPR) s'inspire de la théorie des deux facteurs ou de l'évitement de Mowrer (1960) et de l'acquisition de la peur (Rachman, 1977). Cette théorie propose que la peur soit due à deux types d'apprentissages : un conditionnement classique et un conditionnement opérant. Selon ce modèle, l'obsession apparaît de manière intrusive et involontaire. L'obsession est anxiogène (réponse inconditionnelle) ce qui augmente la détresse (réponse interne) de l'enfant qui en souffre. La réponse interne de l'enfant se voit alors pairée à l'obsession (p.ex., peut-être que la porte n'est pas bien barrée) et à son déclencheur (p.ex., je quitte la maison). Ainsi, dû au conditionnement classique, le déclencheur (stimulus neutre devenu stimulus conditionnel) provoquera la réponse interne de l'enfant. Lorsque l'enfant est incapable de supporter l'obsession, il effectue une compulsion. Cette dernière réduit l'anxiété et l'obsession disparaît. Il s'agit d'un conditionnement opérant, plus précisément, un processus de renforcement négatif puisque la prochaine fois que l'enfant sera dans cette situation, il aura tendance à utiliser la compulsion afin de réduire son anxiété et ainsi éliminer l'obsession renforçant la séquence obsessionnelle. L'EPR se base sur une méthode comportementale visant une désensibilisation systématique aux situations anxiogènes occasionnant le plus d'obsessions et de compulsions. La prémisse est que plus l'enfant se familiarisera avec les situations anxiogènes, moins elles le seront et moins l'enfant fera des compulsions. Peu à peu l'enfant est confronté selon son rythme aux situations

qu'il a identifiées au préalable. Une exposition graduelle est à favoriser puisqu'elle permet à l'enfant d'avoir un plus grand contrôle sur les situations anxiogènes. Ainsi, l'enfant s'accoutume à tolérer l'anxiété et le TOC suit une courbe d'habituation à l'anxiété.

La thérapie cognitive comportementale (TCC) basée sur l'EPR commence par une éducation psychologique à propos du TOC (March & Mulle, 1998). Par la suite, l'enfant s'entraîne à l'aide du thérapeute à trouver des stratégies cognitives et comportementales afin de diminuer l'anxiété occasionnée par les obsessions et les compulsions (March & Mulle, 1998). En général, plus de la moitié des séances y sont consacrées. C'est à cette étape que l'enfant détermine avec le psychologue les situations occasionnant le plus d'obsessions et de compulsions. Ces situations anxiogènes sont placées selon une hiérarchie soit de la moins à la plus anxiogène. La TCC basée sur l'EPR se termine par une série de rencontres visant la prévention de la rechute (March & Mulle, 1998). En moyenne, les experts recommandent une durée de traitement de 21 rencontres (March & Mulle, 1998). Auparavant, les études privilégiaient des traitements individualisés pour le TOC chez les enfants où la présence des parents est limitée aux dernières minutes de chaque rencontre afin d'avoir un résumé de l'évolution de l'enfant et des exercices hebdomadaires (POTS, 2004).

L'efficacité des traitements psychothérapeutiques dont la TCC basée sur l'EPR pour le traitement du TOC chez les enfants et les adolescents est établie depuis plusieurs années (Franklin et al., 2011; POTS, 2004; Thienemann, Martin, Cregger, Thompson, & Dyer-Friedman, 2001). Les résultats de méta-analyses examinant les taux d'efficacité de la TCC à travers divers essais cliniques pour le traitement du TOC indiquent une robuste et large taille d'effet variant entre $d = 0,998$ et $d = 1,45$ (Olatunji, Davis, Powers, & Smits, 2013; Watson & Rees, 2008). Les études portant sur l'efficacité de la TCC basée sur l'EPR ont obtenu des taux de rémission des symptômes obsessionnels-compulsifs variant de 39 % ($n = 112$, âge 7-17) à 61 % ($n = 96$, âge 10-

18) (Bolton et al., 2011; Freeman et al., 2008 ; Bolton & Perrin, 2008; POTS, 2004) ainsi que de 40 % à 85 % ($n = 478$, âge 5-17) (Barrett et al., 2008). Cependant, 14 % à 54 % des enfants tendent à ne pas répondre ou à répondre partiellement à la TCC basée sur l'EPR (Barrett et al., 2008; Peris, Sugar, et al., 2012; Storch et al., 2008). En effet, dans leur étude, Storch et al. (2008) ont trouvé que 43 % ($n = 60$, âge 7-17) des enfants de leur échantillon étaient résistants à la TCC basée sur l'EPR.

1.6.3 Traitements combinés de médication et de thérapie cognitive comportementale basée sur l'exposition avec prévention de la réponse

Selon la méta-analyse de Franklin et al. (2015), en utilisant un traitement combiné de médication et de TCC basée sur l'EPR, une diminution supérieure des symptômes obsessionnels-compulsifs est observée. En effet, les résultats montrent un taux de réponse variant de 54 % ($n = 112$, âge 7-17) à 69 % ($n = 124$, âge 7-17) (POTS, 2011 ; POTS, 2004). Cependant, lors de l'arrêt ou de la diminution de la médication, les symptômes ont tendance à réapparaître.

Ainsi, les études impliquant la TCC basée sur l'EPR montre des taux d'efficacité variables et près de la moitié des enfants montrent une résistance face aux traitements. L'explication avancée par des chercheurs est que les thérapies cognitives comportementales ne cibleraient pas les déclencheurs du TOC, c'est-à-dire les doutes obsessionnels, mais uniquement les comportements compulsifs (O'Connor et al., 2005). Ainsi, des chercheurs suggèrent la thérapie basée sur les inférences (TBI) comme un traitement innovateur afin de traiter le TOC.

1.6.4 Thérapie basée sur les inférences

La thérapie basée sur les inférences découle de l'approche basée sur les inférences (ABI). L'ABI est une approche cognitive comportementale distincte pour cibler spécifiquement les obsessions du TOC. Dans ce modèle, le TOC commence avec un doute qui incite l'enfant à se méfier de ses cinq sens et à croire à ce doute que les chercheurs appellent « le doute obsessionnel » (O'Connor et al., 2005). Par conséquent, la séquence obsessionnelle (voir la figure 1.1) commence avec un doute obsessionnel. Ce doute précède les conséquences anticipées et les évaluations de la réalité présentes dans la séquence obsessionnelle. Les doutes obsessionnels sont créés et maintenus par l'enfant à travers ses processus de raisonnement. L'ABI propose que d'éliminer le doute obsessionnel va éliminer toutes les autres composantes de la séquence obsessionnelle puisque ce sont les doutes qui créent les obsessions et qui conduisent à la séquence des pensées obsessionnelles et des comportements compulsifs.

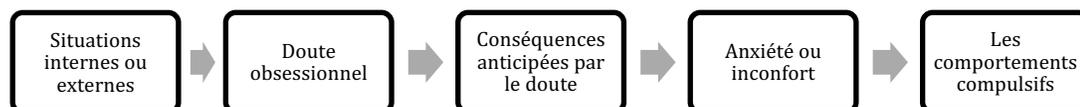


Figure 1.1. Selon l'ABI, la séquence obsessionnelle

La thérapie basée sur les inférences (TBI) porte sur le doute obsessionnel et le processus de raisonnement sous-jacent à ce doute. La TBI comprend trois phases soit l'éducation, l'intervention et la consolidation où 12 thèmes sont élaborés par O'Connor et Aardema (2011). La phase d'éducation consiste à comprendre la séquence obsessionnelle du TOC et à prendre conscience de son histoire obsessionnelle et de son thème de vulnérabilité. La phase d'intervention consiste à trouver des stratégies cognitives afin de discriminer la réalité et l'histoire obsessionnelle comme se fier à ses

cinq sens. Finalement, la phase de consolidation consiste à créer une histoire narrative au doute obsessionnel et à prévenir les rechutes.

Dans le cadre de son essai doctoral, Fontaine (2012) a adapté le programme de la TBI aux besoins spécifiques des enfants de 9 à 12 ans souffrant de TOC. Elle a adapté pour les enfants les étapes originales de la TBI pour les adultes (O'Connor et al., 2005). Par ailleurs, Fontaine (2012) a créé un cahier d'activités, un blogue destiné à l'enfant ainsi que quatre livres racontant la vie et la démarche thérapeutique de quatre enfants souffrant de TOC. Fontaine, Berthiaume, et O'Connor (2018) ont créé un guide méthodologique de thérapie destiné aux thérapeutes.

Les résultats de la TBI chez les enfants montrent des effets prometteurs quant à la réduction des symptômes obsessionnels-compulsifs et à l'amélioration du fonctionnement social et scolaire. Selon une étude de cas (Bombardier et al., 2018), 14 rencontres ont été effectuées pour aborder les différents thèmes de la TBI chez l'enfant. Avant la thérapie, la présence de symptômes obsessionnels-compulsifs sévères et des difficultés importantes dans la sphère scolaire sont rapportées. En effet, l'enfant déclare avoir des difficultés de concentration et de la difficulté à faire ses devoirs puisqu'elle tente d'ignorer et de supprimer ces obsessions avec d'autres pensées ou des compulsions occasionnant ainsi un épuisement mental. Durant la thérapie et après la thérapie, le diagnostic de TOC est retiré puisqu'aucune compulsion n'est observée. Finalement, après 6 mois et 1 an, aucun symptôme de TOC n'est réapparu. De plus, à la suite de la complétion d'un questionnaire autorapporté par son enseignante, une amélioration complète du fonctionnement de l'enfant dans la sphère scolaire est observée. Cette thérapie est présentement appliquée dans un protocole de recherche à la Clinique pédopsychiatrique d'interventions ciblées (CPIC), anciennement la Clinique d'intervention pour les troubles anxieux (CITA), de l'Hôpital Rivière-des-Prairies.

Bien que ces résultats soient prometteurs, quelques modifications doivent être apportées à la TBI chez les enfants. La TBI pour les enfants doit être épurée de manière à réduire le contenu et la durée des rencontres (Bombardier et al., 2018). Aussi, la TBI chez les enfants ne comprend qu'une seule rencontre familiale portant sur l'éducation psychologique du TOC. Par ailleurs, les parents sont invités à la fin de chaque rencontre pour prendre connaissance des pratiques et des changements initiés en thérapie et qu'ils maintiendront à la maison. Cependant, selon Dre Caroline Berthiaume, coordonnatrice clinique de la CPIC, (communication personnelle, 2013), la mise en place de la TBI chez les enfants est difficile sans l'apport et l'implication quotidienne des parents ; les enfants ont de la difficulté à maintenir les acquis de la TBI lorsqu'ils retournent à temps plein dans leur famille. Par conséquent, une seule rencontre familiale ne semble pas suffisante.

En résumé, les traitements usuels dans le traitement du TOC sont la médication, les thérapies cognitives comportementales ou une combinaison des deux. Cependant, certains enfants montrent une résistance face à ces traitements et ces derniers montrent des taux d'efficacité variables (Barrett et al., 2008; Peris, Sugar, et al., 2012; Storch et al., 2008) et peu d'effets à long terme (Franklin et al., 2015). Certaines hypothèses sont avancées par ces chercheurs afin d'expliquer cette résistance au traitement. Les enfants résistants au traitement auraient un nombre significativement plus élevé d'obsessions et de compulsions et ces symptômes occasionneraient de plus grandes perturbations fonctionnelles dans les différentes sphères de vie (Storch et al., 2008). De plus, les parents des enfants résistants à la TCC basée sur l'EPR présenteraient un niveau d'accommodation familiale supérieure, une plus grande détresse familiale ainsi que des attitudes parentales négatives et des relations familiales conflictuelles (Peris, Sugar, et al., 2012; Storch et al., 2008). Ce climat familial néfaste pourrait empêcher les enfants d'effectuer les exercices suggérés à la maison et de transposer les apprentissages et les acquis faits en thérapie à leur quotidien (Barrett et al., 2008; Peris, Sugar, et al., 2012;

Storch et al., 2008). Ces études proposent que l'ajout d'une composante parentale à ces traitements puisse améliorer leur efficacité (Storch et al., 2008).

1.7 Traitements psychothérapeutiques impliquant la famille dans le traitement du trouble obsessionnel-compulsif

Plusieurs études montrent l'importance d'engager directement les membres de la famille dans les traitements psychothérapeutiques pour le TOC et de s'intéresser au fonctionnement familial (Freeman et al., 2008; Lewin et al., 2005; Peris, Sugar, et al., 2012; Piacentini et al., 2011). Une étude appliquant la TCC basée sur l'EPR sous forme de thérapie familiale a indiqué que grâce à la participation des parents dans la thérapie, les enfants connaissent une diminution des symptômes allant jusqu'à 50 %, et ce, jusqu'à trois mois après la fin du traitement (Lewin et al., 2005). Dans une autre étude sous forme de thérapie familiale, Freeman et al. (2008) a obtenu un taux de rémission de seulement 20 % ($n = 42$, âge 5-8). Cependant, les protocoles d'intervention utilisés dans ses deux études sont variables et peu détaillés.

Nonobstant, la participation des parents dans la thérapie ne favorise pas toujours une amélioration des résultats ou des symptômes de l'enfant. L'ajout d'une composante parentale chez des familles ayant un enfant présentant un trouble anxieux montre des résultats contradictoires et mitigés (Lebowitz, Omer, Hermes, & Scahill, 2014). La possible explication de ces résultats mitigés quant à l'inclusion des parents peut être l'absence d'interventions ciblant spécifiquement les comportements des parents au contexte de l'anxiété chez les enfants ainsi que les symptômes anxieux que présentent souvent eux-mêmes les parents (Lebowitz et al., 2014).

La « *family cognitive behavioral therapy* » (FCBT) consiste en une TCC basée sur

l'EPR à laquelle plusieurs composantes parentales sont ajoutées. Elle est la seule intervention qui aborde spécifiquement les pratiques parentales en contexte de TOC pédiatrique et qui offre des rencontres parentales parallèlement aux rencontres des enfants. Cette thérapie mise sur pied par Piacentini et al. (2011) comprend 12 rencontres sur une période de 14 semaines. Il y a deux semaines de pause entre les séances 10 et 11. Chaque rencontre est d'une durée de 90 minutes et est scindée en deux. La première partie est d'une durée de 60 minutes et est un traitement cognitif comportemental individualisé pour l'enfant basée sur l'EPR. La deuxième partie est d'une durée de 30 minutes et consiste en un traitement familial. Le traitement familial porte sur les composantes suivantes : la diminution de l'accommodation familiale dans les symptômes obsessionnels-compulsifs, la réduction du blâme, la différenciation entre les comportements TOC et non-TOC, la mise en place des limites et l'identification de possibles barrières au traitement. Piacentini et al. (2011) ont comparé la FCBT et une thérapie comprenant des exercices de relaxation et une éducation psychologique. La thérapie comprenant des exercices de relaxation et une éducation psychologique consistait en des séances au cours desquelles les parents assistaient aux quinze dernières minutes pour avoir un résumé de l'évolution de leur enfant et des exercices hebdomadaires. Les résultats de cette étude ont montré que l'accommodation familiale diminuait de façon plus marquée chez les enfants ayant reçu la FCBT (47 %, $n = 39$, âge 8-17) que chez les enfants ayant reçu la thérapie comprenant des exercices de relaxation et une éducation psychologique (16 %, $n = 17$, âge 8-17). De plus, la FCBT était associée à un taux de rémission (c.-à-d. absence de symptômes obsessionnels-compulsifs) plus de deux fois supérieur (43 %, $n = 50$, âge 8-17) qu'à la thérapie comprenant des exercices de relaxation et une éducation psychologique (18 %, $n = 21$, âge 8-17). Finalement, la FCBT obtient un taux de réponse (c.-à-d. une diminution des symptômes obsessionnels-compulsifs) de 57 % ($n = 50$, 8-17) tandis que la thérapie comprenant des exercices de relaxation et une éducation psychologique avait un taux de réponse de 23 % ($n = 21$, 8-17) (Piacentini et coll., 2011).

Le programme *Supportive Parenting for Anxious Childhood Emotions (SPACE)* est destiné aux parents ayant un enfant atteint de trouble anxieux. Comme *SPACE* se concentre entièrement sur le changement des parents et implique uniquement les parents, il peut être mis en place lorsque l'enfant refuse un traitement psychothérapeutique. Le programme comprend de 10 à 12 rencontres d'une durée de 60 minutes. Ce programme est unique puisqu'il cible l'accommodation familiale comme élément central. Les rencontres proposent d'identifier les comportements d'accommodation familiale et de développer des stratégies afin de réduire l'accommodation familiale. Le programme soutient également les parents à faire face aux réactions émotionnelles et comportementales de leur enfant lorsque l'accommodation familiale diminue. En plus de l'accommodation familiale, *SPACE* comprend également des modules afin de favoriser des habiletés parentales quant à la résolution de problème et la communication. Un essai pilote (Lebowitz, Omer, Hermes, & Scahill, 2014) du programme *SPACE* a fourni un premier appui à sa faisabilité, à son acceptabilité et son efficacité potentielle. Les parents d'enfants atteints de trouble anxieux ($n = 10$, âgés de 9 à 13 ans) ont participé à des rencontres du programme *SPACE*. Tous les participants ont terminé le traitement et ont montré une satisfaction élevée. Par ailleurs, l'accommodation familiale et l'anxiété des enfants ont été considérablement réduites après l'intervention. Une autre étude pilote (Lebowitz, 2013) du programme *SPACE*, avec des parents ayant un enfant atteint de TOC ($n = 6$), a également montré une diminution significative de l'accommodation familiale, une amélioration significative des symptômes obsessionnels-compulsifs et une grande satisfaction.

Les répercussions de l'engagement des parents dans les traitements varient grandement d'une étude à l'autre, mais de manière générale, l'implication des parents dans le traitement du TOC chez les enfants est positive. En effet, selon une méta-analyse, les protocoles impliquant la famille visant la diminution des symptômes obsessionnels-compulsifs montrent une large taille d'effet ($k = 28$, $d = 1,68$, $SE = 0,14$, $IC\ 95\ \% =$

1,41—1,95, $z = 12,23$, $p < 0,001$) (Thompson-Hollands, Edson, Tompson, & Comer, 2014).

1.8 Variabilités dans les traitements psychothérapeutiques impliquant la famille

Un constat se dégage de la méta-analyse de Thompson-Hollands et al. (2014) ; les protocoles utilisés dans ses études ($n = 29$) sont variables quant à l'approche du traitement, la forme de l'engagement des parents, le nombre de rencontres avec les parents et le contenu des rencontres.

1.8.1 Approche du traitement

L'approche du traitement se définit par les traitements individuels pour la famille, c'est-à-dire, une seule famille avec le psychothérapeute ou les traitements de groupe, c'est-à-dire, plusieurs familles avec le psychothérapeute. Les traitements individuels ($\kappa = 11$, $d = 1,10$, $SE = 0,17$, $IC\ 95\ \% = 0,76—1,43$, $z = 6,41$, $p < 0,001$) montrent des effets supérieurs sur le fonctionnement global de l'enfant avec le TOC que les traitements de groupe ($\kappa = 3$, $d = 0,56$, $SE = 0,07$, $IC\ 95\ \% = 0,42—0,70$, $z = 7,79$, $p < 0,001$) (Thompson-Hollands et al., 2014).

1.8.2 Forme de l'engagement

La forme de l'engagement des parents se définit par la présence des parents aux rencontres. Les parents peuvent assister en totalité à chaque rencontre, à une portion de chaque rencontre, à des rencontres d'introduction ou à des rencontres prédéfinies.

- Les rencontres peuvent se dérouler en totalité en présence de l'enfant et du parent sous forme de thérapie familiale (Freeman et al., 2008; Storch et al., 2011; Storch et al., 2007; Storch et al., 2010).
- Certaines rencontres peuvent se dérouler en présence de l'enfant uniquement tandis que d'autres rencontres se déroulent en famille (enfant et parent) (Benazon, Ager, & Rosenberg, 2002; Bolton & Perrin, 2008; De Haan et al., 1997; Franklin et al., 2011; Keeley, Geffken, Ricketts, McNamara, & Storch, 2011; March, Mulle, & Herbel, 1994; Piacentini, Bergman, Jacobs, McCracken, & Kretchman, 2002; POTS, 2004; Thienemann et al., 2001; Valderhaug, Larsson, Götestam, & Piacentini, 2007; Wever & Rey, 1997).
- Dans une même rencontre, l'enfant peut être seul avec le clinicien durant quelques minutes et la famille se joint, par la suite, à la rencontre (Keeley et al., 2011; Peris, Yadegar, Asarnow, & Piacentini, 2012; Piacentini et al., 2011; Piacentini et al., 2002; Thienemann et al., 2001; Valderhaug et al., 2007; Wever & Rey, 1997).
- Dans une même rencontre, l'enfant peut être seul avec le clinicien durant quelques minutes, les parents peuvent être seuls avec le clinicien durant quelques minutes et un résumé en famille termine la rencontre (Barrett et al., 2005; Barrett, Healy-Farrell, & March, 2004).
- Des rencontres parentales sans la présence de l'enfant sont offertes : 2 rencontres parentales précèdent le traitement de l'enfant (Freeman et al., 2008) ou des rencontres parentales de groupe (Jacqueline & Margo, 2005).

1.8.3 Nombre de rencontres

Le nombre de rencontres avec les parents varie de 1 à 17 rencontres selon les études ($N = 28$). Plus le nombre de rencontres est élevé, plus les résultats sur les symptômes obsessionnels-compulsifs sont significatifs ($\kappa = 28$, $\beta = 0,09$, $SE = 0,04$, $IC\ 95\ \% = 0,02—0,16$, $z = 2,55$, $p < 0,01$) (Thompson-Hollands et al., 2014).

1.8.4 Contenu des rencontres

Le contenu des rencontres peut comprendre l'éducation psychologique sur le TOC, un entraînement aux habiletés parentales, des exercices d'exposition avec prévention de la réponse, une éducation psychologique sur l'accommodation familiale, des techniques de relaxation ou des techniques de gestion de l'anxiété. Il y a un effet significatif quant à l'inclusion de l'accommodation familiale comme élément du traitement. Les protocoles ayant accordé une attention spécifique à la réduction de l'accommodation familiale montrent des améliorations supérieures du fonctionnement global de l'individu atteint de TOC, mais pas directement sur les symptômes obsessionnels-compulsifs ($\kappa = 12$, $d = 1,09$, $SE = 0,16$, $IC\ 95\ \% = 0,76—1,41$, $z = 6,58$, $p < 0,001$), comparativement aux protocoles qui n'abordent pas cet élément ($\kappa = 3$, $d = 0,58$, $SE = 0,09$, $IC\ 95\ \% = 0,41—0,76$, $z = 6,52$, $p < 0,001$). Ces résultats sont compatibles avec les résultats des études qui suggèrent que l'accommodation familiale est un médiateur entre la sévérité des symptômes obsessionnels-compulsifs des enfants et le dysfonctionnement familial (Storch et al., 2007). Ainsi, une réduction de l'accommodation familiale pourrait précéder une amélioration des symptômes obsessionnels-compulsifs de l'enfant (Piacentini et al., 2011). Agir sur l'accommodation familiale permettrait de diminuer les répercussions des symptômes obsessionnels-compulsifs sur le dysfonctionnement familial. De plus, en aidant les

parents à élaborer des stratégies afin de réduire progressivement l'accommodation familiale, l'enfant peut utiliser ses propres stratégies ou outils thérapeutiques enseignés en traitement, ce qui semble entraîner une amélioration du fonctionnement global des enfants. La prochaine section présente un type d'intervention destiné spécifiquement aux parents, sans la présence de l'enfant, qui aborde spécifiquement les pratiques parentales sur les troubles du comportement et sur les symptômes du trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH).

1.9 Programmes d'entraînement aux habiletés parentales

1.9.1 Définitions

Un programme d'entraînement aux habiletés parentales (PEHP) représente une forme d'intervention offerte aux parents dans le but de leur enseigner de nouvelles compétences et des techniques permettant de comprendre, de gérer et de modifier les comportements problématiques de leur enfant (Kazdin, 2008; Thorley & Yule, 1982). De manière générale, les PEHP visent à améliorer les pratiques éducatives, les compétences parentales, les connaissances et la qualité de la relation parent-enfant (Barkley, 2013; Webster-Stratton, 2016). Les programmes s'inspirent et se basent sur les principes de la psychoéducation, du conditionnement opérant, de la théorie de l'apprentissage social et de l'approche systémique (Briesmeister & Schaefer, 2007; Gagné, Letarte, & Cliche, 2015; Hauth-Charlier, 2014; Kazdin, 2008; Sanders & Kirby, 2015). Selon Kazdin (2008), les programmes d'entraînement aux habiletés parentales s'inscrivent dans la perspective selon laquelle les comportements des parents ont une influence sur les comportements de l'enfant et que les problèmes sociaux, émotionnels et comportementaux des enfants peuvent être modifiés. Kazdin (2008) ajoute que les PEHP doivent comporter un ensemble de principes cohérents duquel découlent des

techniques d'intervention ; doivent impliquer un entraînement actif visant le développement d'habiletés parentales ; doivent prévoir une évaluation des objectifs et des défis des parents ainsi que les moyens à mettre en place pour les atteindre. Les PEHP sont offerts sous différentes modalités (p. ex., en groupe ou en individuel, en clinique ou à la maison, avec l'enfant ou non) (Bartlett, Kotake, Fauth, & Easterbrooks, 2017; Corcoran, 2000; Sanders & Kirby, 2015). Selon Lundahl, Risser, et Lovejoy (2006), les programmes d'entraînement aux habiletés parentales comprennent en moyenne 10 rencontres ($M= 9,77$; $SD=3,81$).

1.9.2 Effet des programmes d'entraînement aux habiletés parentales sur les comportements des enfants et des parents

Les PEHP ont montré leur efficacité sur les troubles du comportement et sur les symptômes du trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) (Anastopoulos, Shelton, DuPaul, & Guevremont, 1993; Barkley, 2013; Barkley, Edwards, Laneri, Fletcher, & Metevia, 2001; Fabiano et al., 2009; Hauth-Charlier, 2009; Hauth-Charlier & Clément, 2014; Lee et coll., 2012; Scahill et al., 2006). Les résultats d'une méta-analyse concernant l'entraînement aux habiletés parentales des parents d'enfants présentant un TDAH ont montré que 28 études avaient des effets positifs (r variant entre 0,90 et 0,06) (Lee, Niew, Yang, Chen, & Lin, 2012). Un effet modéré ($r = 0,34$, $k = 40$) a été trouvé concernant l'entraînement aux habiletés parentales en tant qu'intervention efficace pour améliorer le comportement des enfants et des parents (Lee et al., 2012). Les résultats d'une autre méta-analyse de l'entraînement aux habiletés parentales (Lundahl et al., 2006) ont également montré des tailles d'effets modérés en ce qui concerne le comportement de l'enfant ($d = 0,42$, $k = 68$, $IC = 0,35-0,49$, $Q_w = 101,84$, $p = 0,01$) et des tailles d'effets modérés en ce

qui concerne le comportement des parents ($d = 0,47$, $k = 51$, $IC = 0,40-0,54$, $Q_w = 90,81$, $p = 0,01$).

1.10 Problématique

À notre connaissance, peu d'études ont envisagé la possibilité d'évaluer les effets de rencontres éducatives et thérapeutiques portant spécifiquement sur le TOC destinées aux parents, sans la présence de l'enfant, afin de les soutenir et de favoriser de bonnes habiletés parentales pour faire face aux symptômes du TOC. Pourtant, des rencontres similaires sont offertes dans le traitement de problématiques telles que les troubles de comportements et le TDAH et les résultats se sont avérés prometteurs et intéressants sur les comportements problématiques. Étant donné la dynamique familiale des familles ayant un enfant qui présente un TOC caractérisée par l'accommodation familiale, les conflits familiaux, la faible cohésion entre les membres de la famille, les attitudes parentales négatives d'hostilité et de blâme ainsi que les habiletés parentales déficitaires, des interventions impliquant les parents pourraient être bénéfiques. De ce fait, Surprenant et Leclerc (2017) ont créé un guide « Parents, parlons TOC ! » de dix rencontres parentales éducatives et thérapeutiques visant à cibler la compréhension du TOC de leurs enfants ainsi que l'amélioration du soutien et du fonctionnement familial.

Le deuxième chapitre de la thèse présente le processus d'élaboration du guide méthodologique des rencontres parentales éducatives et thérapeutiques de « Parents, parlons TOC ! ». Le guide des rencontres pour les parents et le thérapeute, soit les dix fascicules remis aux parents sont présentés à l'appendice A et les dix feuilles explicatives du thérapeute sont présentés à l'appendice B. Le troisième chapitre et le quatrième chapitre présentent les deux articles de la thèse. Finalement, une discussion générale souligne l'apport global de la thèse et présente les conclusions de celle-ci.

Références

- Abramovitch, A., Dar, R., Mittelman, A., & Wilhelm, S. (2015). Comorbidity between attention deficit/hyperactivity disorder and obsessive-compulsive disorder across the lifespan: a systematic and critical review. *Harvard Review of Psychiatry*, 23(4), 245.
- Abramowitz, J. S., Whiteside, S. P., & Deacon, B. J. (2005). The effectiveness of treatment for pediatric obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *Behavior Therapy*, 36(1), 55-63.
- Adams, T. G., Kelmendi, B., Brake, C. A., Gruner, P., Badour, C. L., & Pittenger, C. (2018). The role of stress in the pathogenesis and maintenance of obsessive-compulsive disorder. *Chronic Stress*, 2, 2470547018758043.
- Albert, U., Bogetto, F., Maina, G., Saracco, P., Brunatto, C., & Mataix-Cols, D. (2010). Family accommodation in obsessive-compulsive disorder : Relation to symptom dimensions, clinical and family characteristics. *Psychiatry Research*, 179(2), 204-211.
- Amir, N., Freshman, M., & Foa, E. B. (2000). Family distress and involvement in relatives of obsessive-compulsive disorder patients. *Journal of Anxiety Disorders*, 14(3), 209-217.
- Anastopoulos, A. D., Shelton, T. L., DuPaul, G. J., & Guevremont, D. C. (1993). Parent training for attention-deficit hyperactivity disorder: Its impact on parent functioning. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 21(5), 581-596.
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5 (5e éd.)*. Arlington, VA : American Psychiatric Publishing.
- Barkley, R. A. (2013). *Defiant children: A clinician's manual for assessment and parent training*: Guilford Press.

- Barkley, R. A., Edwards, G., Laneri, M., Fletcher, K., & Metevia, L. (2001). The efficacy of problem-solving communication training alone, behavior management training alone, and their combination for parent–adolescent conflict in teenagers with ADHD and ODD. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*(6), 926.
- Barrett, P., Farrell, L., Dadds, M., & Boulter, N. (2005). Cognitive-behavioral family treatment of childhood obsessive-compulsive disorder: Long-term follow-up and predictors of outcome. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 44*(10), 1005-1014.
- Barrett, P., Healy-Farrell, L., & March, J. S. (2004). Cognitive-behavioral family treatment of childhood obsessive-compulsive disorder: a controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 43*(1), 46-62.
- Barrett, P. M., Farrell, L., Pina, A. A., Peris, T. S., & Piacentini, J. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for child and adolescent obsessive–compulsive disorder. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 37*(1), 131-155.
- Bartlett, J. D., Kotake, C., Fauth, R., & Easterbrooks, M. A. (2017). Intergenerational transmission of child abuse and neglect: Do maltreatment type, perpetrator, and substantiation status matter? *Child Abuse & Neglect, 63*, 84-94.
- Benazon, N., Ager, J., & Rosenberg, D. (2002). Cognitive behavior therapy in treatment-naïve children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: an open trial. *Behaviour Research and Therapy, 40*(5), 529-539.
- Berthiaume, C., Turgeon, L., & O'Connor, K. (2004). L'évaluation et le traitement psychologique du trouble obsessionnel-compulsif chez les enfants et les adolescents : Découvertes récentes. *Journal de thérapie comportementale et cognitive, 14*(1), 35-46.
- Berthiaume, C. (2013). *Rencontre de discussion du projet Maître à Bord*. Clinique d'intervention des troubles anxieux, Hôpital Rivière-des-Prairies.

- Boileau, B. (2011). A review of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 13(4), 401.
- Bolton, D., & Perrin, S. (2008). Evaluation of exposure with response-prevention for obsessive compulsive disorder in childhood and adolescence. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39(1), 11-22.
- Bolton, D., Williams, T., Perrin, S., Atkinson, L., Gallop, C., Waite, P., & Salkovskis, P. (2011). Randomized controlled trial of full and brief cognitive-behaviour therapy and wait-list for paediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(12), 1269-1278.
- Bombardier, M., Blanchet, M. M., Leclerc, J. B., Berthiaume, C., Fontaine, A., & O'Connor, K. (2018). Thérapie basée sur les inférences ciblant les enfants ayant un trouble obsessionnel-compulsif : cas clinique. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 28(2), 55-64.
- Bouvard, M., & Dupont, H. (2006). *Les troubles obsessionnels compulsifs : principes, thérapies, applications* : Paris : Masson.
- Briesmeister, J. M., & Schaefer, C. E. (2007). *Handbook of parent training: Helping parents prevent and solve problem behaviors*: Wiley.
- Calvocoressi, L., Lewis, B., Harris, M., & Trufan, S. J. (1995). Family accommodation in obsessive-compulsive disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 152(3), 441.
- Chambless, D. L., & Steketee, G. (1999). Expressed emotion and behavior therapy outcome: A prospective study with obsessive-compulsive and agoraphobic outpatients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(5), 658.
- Corcoran, J. (2000). Family interventions with child physical abuse and neglect: A critical review. *Children and Youth Services Review*, 22(7), 563-591.
- Dansereau, V., & Bouchard, G. (2004). Le trouble obsessionnelcompulsif chez les enfants : Quel est le rôle de l'enseignant? Repéré à <http://www.comportement.net/bibliotheque/toc.PDF>

- De Haan, E., Van Oppen, P., Van Balkom, A., Spinhoven, P., Hoogduin, K., & Van Dyck, R. (1997). Prediction of outcome and early vs. late improvement in OCD patients treated with cognitive behaviour therapy and pharmacotherapy. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *96*(5), 354-361.
- Fabiano, G. A., Pelham Jr, W. E., Coles, E. K., Gnagy, E. M., Chronis-Tuscano, A., & O'Connor, B. C. (2009). A meta-analysis of behavioral treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clinical Psychology Review*, *29*(2), 129-140.
- Fibbe, L., & Cath, D. (2011). Obsessive compulsive disorder with tics : a new subtype? *Tijdschrift Voor Psychiatrie*, *53*(5), 275-285.
- Flament, M. F., Whitaker, A., Rapoport, J. L., Davies, M., Berg, C. Z., Kalikow, K., . . . Shaffer, D. (1988). Obsessive compulsive disorder in adolescence : an epidemiological study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *27*(6), 764-771.
- Flessner, C. A., Freeman, J. B., Sapyta, J., Garcia, A., Franklin, M. E., March, J. S., & Foa, E. (2011). Predictors of parental accommodation in pediatric obsessive-compulsive disorder: Findings from the pediatric obsessive-compulsive disorder treatment study (POTS) trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *50*(7), 716-725.
- Foa, E. B., Liebowitz, M. R., Kozak, M. J., Davies, S., Campeas, R., Franklin, M. E., . . . Schmidt, A. B. (2005). Randomized, placebo-controlled trial of exposure and ritual prevention, clomipramine, and their combination in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, *162*(1), 151-161.
- Fontaine, A. (2012). *Adaptation d'une thérapie ciblant l'imagination pour les enfants de 9 à 12 ans aux prises avec un trouble obsessionnel-compulsif*. (Essai doctoral). Université de Montréal, Montréal.
- Fontaine, A., Berthiaume, C., & O'Connor, K. (2018). *Programme de la thérapie basée sur les inférences pour les enfants de 9 à 12 ans souffrant du TOC : programme maître à bord*. Manuel du thérapeute. Montréal, Canada.

- Franklin, M. E., Freeman, J. B., & March, J. S. (2018). *Treating OCD in Children and Adolescents: A Cognitive-Behavioral Approach* : Guilford Press.
- Franklin, M. E., Kratz, H. E., Freeman, J. B., Ivarsson, T., Heyman, I., Sookman, D., . . . March, J. (2015). Cognitive-behavioral therapy for pediatric obsessive-compulsive disorder : empirical review and clinical recommendations. *Psychiatry Research*, 227(1), 78-92.
- Franklin, M. E., Sapyta, J., Freeman, J. B., Khanna, M., Compton, S., Almirall, D., . . . Edson, A. L. (2011). Cognitive behavior therapy augmentation of pharmacotherapy in pediatric obsessive-compulsive disorder: the Pediatric OCD Treatment Study II (POTS II) randomized controlled trial. *JaMa*, 306(11), 1224-1232.
- Freeman, J. B., Garcia, A. M., Coyne, L., Ale, C., Przeworski, A., Himle, M., . . . Leonard, H. L. (2008). Early childhood OCD: Preliminary findings from a family-based cognitive-behavioral approach. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47(5), 593-602.
- Gagné, K., Letarte, M., & Cliche, J. (2015). L'approche collaborative au sein des groupes de parents dans le cadre de « Ces années incroyables ». *Au cœur de l'intervention de groupe : Nouvelles pratiques psychoéducatives*, 205-219.
- Garcia, A. M., Sapyta, J. J., Moore, P. S., Freeman, J. B., Franklin, M. E., March, J. S., & Foa, E. B. (2010). Predictors and moderators of treatment outcome in the Pediatric Obsessive Compulsive Treatment Study (POTS I). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(10), 1024-1033.
- Geller, D. A. (2006). Obsessive-compulsive and spectrum disorders in children and adolescents. *Psychiatric Clinics*, 29(2), 353-370.
- Geller, D. A., Biederman, J., Griffin, S., Jones, J., & Lefkowitz, T. R. (1996). Comorbidity of juvenile obsessive-compulsive disorder with disruptive behavior disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35(12), 1637-1646.

- Gushanas, K. L. (2019). *The role of parental experiential avoidance (PEA) in the accommodation of pediatric obsessive-compulsive disorder (POCD)*.
- Hauth-Charlier, S. (2009). Évaluation du Programme d'entraînement aux habiletés parentales de Barkley pour les parents d'enfant ayant un TDA/H issus d'une population française. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 19(4), 163-166.
- Hauth-Charlier, S. (2014). Articulation des programmes de formation aux habiletés parentales et des interventions en milieu scolaire dans le cadre du TDA/H : vers une collaboration école-famille. *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation*(4), 71-84.
- Hauth-Charlier, S., & Clément, C. (2014). Abord développemental du TDAH : Efficacité d'un programme d'entraînement aux habiletés parentales. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 46(2), 107.
- Henin, A., & Kendall, P. C. (1997). Obsessive—Compulsive Disorder in Childhood and Adolescence. In *Advances in Clinical Child Psychology* (pp. 75-131): Springer.
- Hibbs, E. D., Hamburger, S. D., Lenane, M., Rapoport, J. L., Kruesi, M. J., Keysor, C. S., & Goldstein, M. J. (1991). Determinants of expressed emotion in families of disturbed and normal children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 32(5), 757-770.
- Jacqueline, M. L., & Margo, T. (2005). Group cognitive-behavior therapy with family involvement for middle-school-age children with obsessive-compulsive disorder: A pilot study. *Child Psychiatry and Human Development*, 36(1), 113-127.
- Kazdin, A. E. (2008). *Parent management training: Treatment for oppositional, aggressive, and antisocial behavior in children and adolescents*: Oxford University Press.

- Keeley, M. L., Geffken, G. R., Ricketts, E., McNamara, J. P., & Storch, E. A. (2011). The therapeutic alliance in the cognitive behavioral treatment of pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 25*(7), 855-863.
- Lebowitz, E. R., Motlagh, M. G., Katsovich, L., King, R. A., Lombroso, P. J., Grantz, H., . . . Singer, H. S. (2012). Tourette syndrome in youth with and without obsessive compulsive disorder and attention deficit hyperactivity disorder. *European Child & Adolescent Psychiatry, 21*(8), 451-457.
- Lebowitz, E. R., Omer, H., Hermes, H., & Scahill, L. (2014). Parent training for childhood anxiety disorders: The SPACE program. *Cognitive and Behavioral Practice, 21*(4), 456-469.
- Lebowitz, E. R. (2013). Parent-based treatment for childhood and adolescent OCD. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders, 2*(4), 425-431.
- Lebowitz, E. R., Panza, K. E., & Bloch, M. H. (2016). Family accommodation in obsessive-compulsive and anxiety disorders: a five-year update. *Expert Review of Neurotherapeutics, 16*(1), 45-53.
- Lee, P.-c., Niew, W.-i., Yang, H.-j., Chen, V. C.-h., & Lin, K.-c. (2012). A meta-analysis of behavioral parent training for children with attention deficit hyperactivity disorder. *Research in Developmental Disabilities, 33*(6), 2040-2049.
- Leonard, H. L., Swedo, S. E., Lenane, M. C., Rettew, D. C., Hamburger, S. D., Bartko, J. J., & Rapoport, J. L. (1993). A 2-to 7-year follow-up study of 54 obsessive-compulsive children and adolescents. *Archives of General Psychiatry, 50*(6), 429-439.
- Lewin, A. B., Storch, E. A., Merlo, L. J., Adkins, J. W., Murphy, T., & Geffken, G. A. (2005). Intensive Cognitive Behavioral Therapy for Pediatric Obsessive Compulsive Disorder : A Treatment Protocol for Mental Health Providers. *Psychological Services, 2*(2), 91.

- Lundahl, B., Risser, H. J., & Lovejoy, M. C. (2006). A meta-analysis of parent training: Moderators and follow-up effects. *Clinical Psychology Review, 26*(1), 86-104.
- March, J. S., & Mulle, K. (1998). *OCD in children and adolescents: A cognitive-behavioral treatment manual*: Guilford Press.
- March, J. S., Mulle, K., & Herbel, B. (1994). Behavioral psychotherapy for children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: an open trial of a new protocol-driven treatment package. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 33*(3), 333-341.
- Merlo, L. J., Lehmkuhl, H. D., Geffken, G. R., & Storch, E. A. (2009). Decreased family accommodation associated with improved therapy outcome in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*(2), 355.
- Mol Debes, N. M. (2013). Co-morbid disorders in Tourette syndrome. *Behavioural Neurology, 27*(1), 7-14.
- Mowrer, O. (1960). Learning theory and behavior.
- Mullick, M. S. I., & Goodman, R. (2005). The prevalence of psychiatric disorders among 5–10 year olds in rural, urban and slum areas in Bangladesh. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 40*(8), 663-671.
- O'Connor, K., & Aardema, F. (2011). *Clinician's handbook for obsessive compulsive disorder: inference-based therapy*: Wiley.
- O'Connor, K., Aardema, F., & Pélissier, M.-C. (2005). *Beyond reasonable doubt: Reasoning processes in obsessive-compulsive disorder and related disorders*: Wiley.
- Olatunji, B. O., Davis, M. L., Powers, M. B., & Smits, J. A. (2013). Cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis of treatment outcome and moderators. *Journal of Psychiatric Research, 47*(1), 33-41.
- Peris, T. S., Benazon, N., Langley, A., Roblek, T., & Piacentini, J. (2008). Parental attitudes, beliefs, and responses to childhood obsessive compulsive disorder: The

- Parental Attitudes and Behaviors Scale. *Child & Family Behavior Therapy*, 30(3), 199-214.
- Peris, T. S., Bergman, R. L., Langley, A., Chang, S., McCracken, J. T., & Piacentini, J. (2008). Correlates of accommodation of pediatric obsessive-compulsive disorder: parent, child, and family characteristics. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47(10), 1173-1181.
- Peris, T. S., & Piacentini, J. (2013). Optimizing treatment for complex cases of childhood obsessive compulsive disorder: a preliminary trial. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 42(1), 1-8.
- Peris, T. S., Sugar, C. A., Bergman, R. L., Chang, S., Langley, A., & Piacentini, J. (2012). Family factors predict treatment outcome for pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(2), 255.
- Peris, T. S., Yadegar, M., Asarnow, J. R., & Piacentini, J. (2012). Pediatric obsessive compulsive disorder: Family climate as a predictor of treatment outcome. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 1(4), 267-273.
- Piacentini, J., Bergman, R. L., Chang, S., Langley, A., Peris, T., Wood, J. J., & McCracken, J. (2011). Controlled comparison of family cognitive behavioral therapy and psychoeducation/relaxation training for child obsessive-compulsive disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 50(11), 1149-1161.
- Piacentini, J., Bergman, R. L., Jacobs, C., McCracken, J. T., & Kretchman, J. (2002). Open trial of cognitive behavior therapy for childhood obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 16(2), 207-219.
- Piacentini, J., Bergman, R. L., Keller, M., & McCracken, J. (2003). Functional impairment in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 13(2, Supplement 1), 61-69.

- POTS, T. (2004). Cognitive-Behavior Therapy, Sertraline, and Their Combination for Children and Adolescents With Obsessive-Compulsive Disorder The Pediatric OCD Treatment Study (POTS) Randomized Controlled Trial. *JaMa*, 292(16), 1969-1976. doi:10.1001/jama.292.16.1969
- Rachman, S. (1977). The conditioning theory of fearacquisition: A critical examination. *Behaviour Research and Therapy*, 15(5), 375-387.
- Renshaw, K. D., Steketee, G., & Chambless, D. L. (2005). Involving family members in the treatment of OCD. *Cognitive Behaviour Therapy*, 34(3), 164-175.
- Sanders, M. R., & Kirby, J. N. (2015). Surviving or thriving: Quality assurance mechanisms to promote innovation in the development of evidence-based parenting interventions. *Prevention Science*, 16(3), 421-431.
- Scahill, L., Sukhodolsky, D. G., Bearss, K., Findley, D., Hamrin, V., Carroll, D. H., & Rains, A. L. (2006). Randomized trial of parent management training in children with tic disorders and disruptive behavior. *Journal of Child Neurology*, 21(8), 650-656.
- Sevilla-Cermeño, L., Andrén, P., Hillborg, M., Silverberg-Morse, M., Mataix-Cols, D., & de la Cruz, L. F. (2019). Insomnia in pediatric obsessive–compulsive disorder: prevalence and association with multimodal treatment outcomes in a naturalistic clinical setting. *Sleep Medicine*, 56, 104-110.
- Stewart, S., Geller, D., Jenike, M., Pauls, D., Shaw, D., Mullin, B., & Faraone, S. (2004). Long-term outcome of pediatric obsessive–compulsive disorder : a meta-analysis and qualitative review of the literature. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110(1), 4-13.
- Stewart, S. E., Hu, Y.-P., Leung, A., Chan, E., Hezel, D. M., Lin, S. Y., . . . Pauls, D. L. (2017). A multisite study of family functioning impairment in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 56(3), 241-249. e243.
- Storch, E. A., Caporino, N. E., Morgan, J. R., Lewin, A. B., Rojas, A., Brauer, L., . . . Murphy, T. K. (2011). Preliminary investigation of web-camera delivered

- cognitive-behavioral therapy for youth with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*, 189(3), 407-412.
- Storch, E. A., Geffken, G. R., Merlo, L. J., Jacob, M. L., Murphy, T. K., Goodman, W. K., . . . Grabill, K. (2007). Family accommodation in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 36(2), 207-216.
- Storch, E. A., Lehmkuhl, H. D., Ricketts, E., Geffken, G. R., Marien, W., & Murphy, T. K. (2010). An open trial of intensive family based cognitive-behavioral therapy in youth with obsessive-compulsive disorder who are medication partial responders or nonresponders. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 39(2), 260-268.
- Storch, E. A., Merlo, L. J., Larson, M. J., Marien, W. E., Geffken, G. R., Jacob, M. L., . . . Murphy, T. K. (2008). Clinical features associated with treatment-resistant pediatric obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 49(1), 35-42.
- Storch, E. A., Shapira, N. A., Dimoulas, E., Geffken, G. R., Murphy, T. K., & Goodman, W. K. (2005). Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale : the dimensional structure revisited. *Depression and Anxiety*, 22(1), 28-35.
- Surprenant, A., & Leclerc, J. B. (2017). *Parents, parlons TOC ! : Rencontres parentales éducatives et thérapeutiques* [Guides méthodologiques (parents et thérapeute)]. Centre d'études pour les troubles obsessionnels-compulsifs et les tics, Université du Québec à Montréal.
- Thienemann, M., Martin, J., Cregger, B., Thompson, H. B., & Dyer-Friedman, J. (2001). Manual-driven group cognitive-behavioral therapy for adolescents with obsessive-compulsive disorder : A pilot study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(11), 1254-1260.

- Thompson-Hollands, J., Edson, A., Tompson, M. C., & Comer, J. S. (2014). Family involvement in the psychological treatment of obsessive-compulsive disorder : A meta-analysis. *Journal of Family Psychology, 28*(3), 287.
- Thorley, G., & Yule, W. (1982). A Role-Play Test of Parent-Child Interaction. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 10*(2), 146-161.
- Timpano, K. R., Keough, M. E., Mahaffey, B., Schmidt, N. B., & Abramowitz, J. (2010). Parenting and obsessive compulsive symptoms: Implications of authoritarian parenting. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 24*(3), 151-164.
- Valderhaug, R., Larsson, B., Göttestam, K. G., & Piacentini, J. (2007). An open clinical trial of cognitive-behaviour therapy in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder administered in regular outpatient clinics. *Behaviour Research and Therapy, 45*(3), 577-589.
- Vikas, A., Avasthi, A., & Sharan, P. (2011). Psychosocial impact of obsessive-compulsive disorder on patients and their caregivers: a comparative study with depressive disorder. *International Journal of Social Psychiatry, 57*(1), 45-56.
- Waters, T. L., & Barrett, P. M. (2000). The role of the family in childhood obsessive-compulsive disorder. *Clinical Child and Family Psychology Review, 3*(3), 173-184.
- Watson, H. J., & Rees, C. S. (2008). Meta-analysis of randomized, controlled treatment trials for pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 49*(5), 489-498.
- Webster-Stratton, C. (2016). The incredible years: Use of play interventions and coaching for children with externalizing difficulties. *Reddy, TM Empirically Based Play Interventions for Children, 2*.
- Weidle, B., Jozefiak, T., Ivarsson, T., & Thomsen, P. H. (2014). Quality of life in children with OCD with and without comorbidity. *Health and Quality of Life Outcomes, 12*(1), 152.
- Wever, C., & Rey, J. M. (1997). Juvenile obsessive-compulsive disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 31*(1), 105-113.

CHAPITRE II

ÉLABORATION DU GUIDE MÉTHODOLOGIQUE DES RENCONTRES
PARENTALES ÉDUCATIVES ET THÉRAPEUTIQUES : « PARENTS,
PARLONS TOC! »

2.1 Processus d'élaboration des rencontres éducatives et thérapeutiques

L'inspiration globale pour la rédaction du guide de rencontres parentales provient de la littérature scientifique au sujet des traitements existants pour le TOC chez les enfants, des programmes d'entraînement aux habiletés parentales pour d'autres problématiques et de différents témoignages reçus au cours des dernières années dans le cadre d'une implication bénévole auprès de la fondation québécoise pour le trouble obsessionnel-compulsif. La recension des écrits sur le TOC et les traitements existants chez les enfants montre une problématique inquiétante. En plus des symptômes obsessionnels-compulsifs et de la détresse qu'ils peuvent engendrer, un niveau d'accommodation familiale élevée, un environnement familial caractérisé par des conflits et moins de cohésion entre les membres de la famille, des attitudes parentales négatives d'hostilité et de blâme et des habiletés parentales déficitaires en résolution de problème et en communication sont observés. Étant donné les répercussions négatives de ce trouble sur la famille, il est primordial de trouver des traitements efficaces afin de réduire les symptômes obsessionnels-compulsifs des enfants et conséquemment améliorer la dynamique familiale. Bien que les traitements cognitivo-comportementaux usuels pour le traitement du TOC soient largement enseignés et diffusés, ils montrent des résultats ambigus et peu d'effets à long terme chez les enfants (Barrett et al., 2008; Peris, Sugar, et al., 2012; Storch et al., 2008; Franklin et al., 2015). Certains auteurs ont proposé d'impliquer directement les parents dans les traitements, mais les protocoles d'intervention sont variables et imprécis quant à la forme de cet engagement parental. À notre connaissance, peu d'études ont envisagé la possibilité d'évaluer les effets de rencontres destinées aux parents, sans la présence de l'enfant, ciblant la compréhension du TOC ainsi que l'amélioration du soutien et du fonctionnement familial. La création de rencontres parentales éducatives et thérapeutiques destinées aux familles ayant un enfant présentant un TOC s'avérerait pertinente puisque les parents peuvent jouer un rôle dans le maintien et l'intervention de cette problématique. L'élaboration des rencontres

parentales s'inscrit dans la recherche de traitements efficaces afin d'améliorer le fonctionnement des familles aux prises avec ce trouble de santé mentale et de réduire les symptômes obsessionnels-compulsifs chez les enfants. Ces rencontres sont novatrices dans le traitement du TOC chez les enfants parce qu'elles sont spécifiquement destinées aux parents. De plus, il s'agit d'un contenu 100 % francophone alors que la plupart de la littérature scientifique et les protocoles d'intervention sur le TOC sont rédigés en anglais. L'objectif principal du programme est de cibler la compréhension des mécanismes sous-jacents au TOC ainsi que l'amélioration du soutien et du fonctionnement familial pour aider les parents de jeunes souffrant de TOC.

Le processus de rédaction du guide s'est effectué en quatre étapes. Dans un premier temps, les auteures ont recensé les écrits quant aux études impliquant la famille dans le traitement du TOC chez les enfants et les adolescents. Pour identifier les études, la base de données PubMed a été utilisée, la période ciblée se situait entre 2004 et 2014 et les mots-clés étaient *OCD*, *family* et *treatment*. Les références des articles identifiés par le biais de PubMed ont été examinées afin de colliger des études supplémentaires. Par la suite, les auteures ont répertorié les traitements utilisés et les informations accessibles dans ces études afin d'avoir un portrait de l'approche du traitement, de la forme de l'engagement des parents, du nombre de rencontres avec les parents et du contenu des rencontres.

Dans un deuxième temps, les thèmes et les objectifs thérapeutiques ciblés ont été choisis à partir des éléments rapportés fréquemment dans les traitements du TOC impliquant la famille ainsi qu'en se basant sur les conclusions et les recommandations de certaines études. Par exemple, les conclusions de l'étude de Peris, Sugar, et al. (2012) montrent que dans un éventuel traitement ayant une composante parentale, il serait avantageux d'ajouter des stratégies sur la régulation des émotions et la résolution de

problème. De plus, comme ces auteurs ont trouvé que le blâme, les conflits et la cohésion entre les membres de la famille ont des répercussions sur les résultats du traitement (Peris, Sugar, et al., 2012), ces éléments devraient être ciblés dans un éventuel traitement ayant une composante parentale en mettant l'accent sur des stratégies aidant les familles à bâtir un environnement familial positif et soutenant. Pour la mise sur pied du programme parental utilisé dans cette thèse, certains thèmes thérapeutiques sont inspirés des étapes identifiées par Piacentini et al. (2011) dans la *Family Cognitive Behavioral Therapy*. De plus, des thèmes et des objectifs se rapportant plus particulièrement aux habiletés parentales ont été ajoutés en consultant les guides de rencontres parentales offertes dans le traitement de problématiques telles que les troubles de comportements et le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (Barkley, 2013).

Dans un troisième temps, une première version des thèmes et des objectifs des rencontres ont été présentés aux travailleuses sociales/psychothérapeutes de l'équipe de la Clinique pédopsychiatrique d'interventions ciblées (CPIC), anciennement la Clinique d'intervention pour les troubles anxieux (CITA), de l'Hôpital Rivière-des-Prairies afin d'avoir leur rétroaction quant à la pertinence des thèmes et des besoins ciblés de cette clientèle. Par ailleurs, la thérapie basée sur les inférences est présentement l'approche privilégiée dans cette clinique afin de traiter les symptômes du TOC.

Finalement, les auteures se sont concertés à plusieurs reprises afin de créer un contenu éducatif et thérapeutique. Après plusieurs relectures et commentaires d'intervenants, les auteurs ont ajouté des définitions, des explications supplémentaires, des questionnaires et des exercices afin d'améliorer la compréhension du TOC et de favoriser de bonnes habiletés parentales.

2.2 Modalités des rencontres parentales éducatives et thérapeutiques

L'objectif principal des rencontres éducatives et thérapeutiques du guide « Parents, parlons TOC ! » est d'améliorer la compréhension du TOC ainsi que de bonifier le soutien et le fonctionnement familial. Les rencontres parentales visent à guider les parents dans leurs interventions auprès de leur enfant, à favoriser des attitudes parentales bienveillantes et des habiletés parentales constructives.

La recension des écrits a permis aux auteurs de lister les traitements utilisés dans les études impliquant la famille dans le traitement du TOC chez les enfants et les adolescents et, ainsi, de déterminer les modalités des rencontres parentales éducatives et thérapeutiques. Les traitements individuels ($\kappa = 11$, $d = 1,10$, $SE = 0,17$, $IC\ 95\ \% = 0,76—1,43$, $z = 6,41$, $p < 0,001$) montrent des effets supérieurs sur le fonctionnement global de l'individu avec le TOC que les traitements de groupe ($\kappa = 3$, $d = 0,56$, $SE = 0,07$, $IC\ 95\ \% = 0,42—0,70$, $z = 7,79$, $p < 0,001$) (Thompson-Hollands et al., 2014). De ce fait, le guide propose que les rencontres parentales soient offertes de manière individuelle à chaque parent (seul ou en couple). Le nombre de rencontres avec les parents varie de 1 à 17 rencontres selon les études portant sur le traitement du TOC chez les enfants et les adolescents. Plus le nombre de rencontres est élevé, plus les résultats sur les symptômes obsessionnels-compulsifs sont significatifs ($\kappa = 28$, $\beta = 0,09$, $SE = 0,04$, $IC\ 95\ \% = 0,02—0,16$, $z = 2,55$, $p < 0,01$) (Thompson-Hollands et al., 2014). La durée des rencontres n'est pas corrélée significativement avec les résultats des parents ou des enfants ($r' = -0,03$ et $0,09$, respectivement). Dans un souci de cohérence et de congruence, le guide « Parents, parlons TOC ! » comprend dix rencontres parentales éducatives et thérapeutiques d'une durée approximative de 60 minutes puisqu'en moyenne, les programmes d'entraînement aux habiletés

parentales comprennent 9,77 ($SD=3,81$) rencontres, $t(75)=2,52, p < 0,05$ (Lundahl et al., 2006).

2.3 Contenu du guide de rencontres éducatives et thérapeutiques « Parents, parlons TOC ! »

La conception originale du programme d'intervention inclut dix fascicules à remettre aux parents à chacune des rencontres. Les dix fascicules sont présentés à l'appendice A. Les fascicules présentent les objectifs de la rencontre, le contenu abordé, les exercices effectués, un résumé « Quoi retenir ? » de la rencontre et les exercices « À faire à la maison ». De plus, dix fiches explicatives pour le thérapeute ont été créées. Chaque fiche explicative résume le contenu de la rencontre précédente et présente les composantes de la rencontre, la durée prévue pour chacun des objectifs ainsi qu'un rappel des exercices « À faire à la maison » d'ici la prochaine rencontre. Les dix fiches explicatives sont présentées à l'appendice B. La forme et le style des fascicules (pour les parents) et les fiches explicatives (pour le thérapeute) s'inspirent librement de différents documents proposés par la seconde auteure, Julie Leclerc, tels que les guides de l'enfant et du thérapeute du traitement *Façotik — Léa et Nico font face aux tics* (Leclerc, Goulet, Nadia, & O'Connor, 2013) ainsi que les guides de l'enfant et du thérapeute du traitement *Prends ton Tourette par les cornes !* (Leclerc, 2015).

Chaque rencontre commence par une période approximative de cinq à dix minutes afin de faire un retour sur la rencontre précédente. Cette période permet aux parents de résumer les événements qui se sont déroulés à la suite de la dernière rencontre, de poser leurs questions au thérapeute (s'il y a lieu), de suivre l'évolution des symptômes de leur enfant et d'avoir accès à une période de rétroaction sur leurs comportements ou habiletés parentales. Par la suite, le contenu théorique (environ 30 minutes) ciblant les

objectifs de chaque rencontre est discuté avec les parents. Ensuite, certains exercices ou réflexions (environ 15 minutes) en lien avec les objectifs sont travaillés avec les parents. Finalement, chaque rencontre se termine par une période approximative de cinq minutes afin de présenter le résumé de la rencontre ainsi que les exercices à faire à la maison. Le tableau 2.1 présente les divers thèmes et objectifs abordés durant les dix rencontres.

Tableau 2.1. Thèmes et objectifs des rencontres parentales éducatives et thérapeutiques

Rencontres	Thèmes	Objectifs
1	Éducation psychologique au sujet du TOC	<ol style="list-style-type: none"> 1. Accueillir le ou les parents 2. Définir les symptômes obsessionnels-compulsifs du jeune 3. Comprendre les symptômes du TOC 4. Normaliser les symptômes du TOC 5. Établir une distance émotionnelle par rapport aux comportements liés au TOC
2	Les comportements TOC et non TOC	<ol style="list-style-type: none"> 1. Approfondir le cycle du trouble obsessionnel-compulsif 2. Différencier les comportements TOC et non-TOC en comprenant leur fonction
3	La séquence obsessionnelle	<ol style="list-style-type: none"> 1. Comprendre le rôle du doute obsessionnel 2. Comprendre la séquence obsessionnelle 3. Cibler les obsessions et les doutes obsessionnels
4	Les répercussions du TOC	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifier les répercussions du TOC dans la vie du jeune selon les parents 2. Identifier les répercussions du TOC dans la vie familiale 3. Utiliser l'intervention systémique de la famille pour comprendre le rôle de la famille dans le cycle du TOC

5	L'accommodation familiale	<ol style="list-style-type: none"> 1. Définir l'accommodation familiale 2. Identifier les comportements d'accommodation de la famille 3. Trouver des comportements alternatifs
6	La résolution de problèmes	<ol style="list-style-type: none"> 1. Enseigner des méthodes de résolution de problèmes 2. Identifier des problèmes familiaux récurrents en lien avec le TOC 3. Appliquer la méthode de résolution de problèmes 4. Aborder les principes du conditionnement opérant
7	Les attitudes et comportements consolidant le TOC	<ol style="list-style-type: none"> 1. Favoriser des attitudes positives par rapport au TOC 2. Cibler les attitudes et les comportements des parents consolidant le cycle du TOC 3. S'exercer à faire du renforcement positif social lorsque l'enfant émet des comportements appropriés
8	La communication	<ol style="list-style-type: none"> 1. Définir les composantes de la communication (Recevoir et Émettre) 2. Enseigner des stratégies de communication empathique et saine
9	La régulation émotionnelle	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reconnaître ses émotions personnelles et celles des autres 2. Enseigner des stratégies de régulation des émotions
10	Autonomie du jeune et bilan des apprentissages	<ol style="list-style-type: none"> 1. Encourager les parents à favoriser l'autonomie de leur enfant 2. Résumer les apprentissages

La rencontre 1 cible le thème suivant ; Éducation psychologique au sujet du TOC. Le premier objectif permet d'accueillir les parents ainsi que de mieux comprendre leur situation familiale. Le deuxième objectif révisé avec les parents les principaux symptômes de leur enfant ainsi que les répercussions de ceux-ci sur le fonctionnement familial. Plusieurs auteurs montrent la pertinence de définir les obsessions et les compulsions des enfants avec les parents afin de cibler certains rituels à travailler au quotidien. En plus, cette démarche au sein du guide « Parents, parlons TOC ! » permet au thérapeute de personnaliser à chaque famille, les différents exemples qui seront utilisés dans les rencontres parentales. Le troisième objectif présente des définitions ; abréviation TOC, trouble de santé mentale, obsessions, détresse ou sentiment de malaise/d'inconfort, compulsions et séquence du TOC. Le quatrième objectif explique les causes du TOC ainsi que certains mythes associés au TOC, distingue le TOC de la personnalité et présente la prévalence du TOC. Un diagramme explicatif (voir appendice A, p. 186) sur le modèle tridimensionnel biopsychosocial du TOC a été ajouté (Surprenant, 2014). Finalement, le dernier objectif de cette rencontre cible le fait que le jeune n'est pas le problème ; le TOC est un problème dans la vie du jeune. De plus, les parents sont encouragés à parler du TOC comme quelque chose de distinct du jeune.

Cette rencontre a été adaptée du contenu de la première rencontre de la thérapie basée sur les inférences destinée aux enfants souffrant de TOC (Bombardier et al., 2018; Fontaine et al., 2018) pour qu'elle soit destinée aux parents des jeunes souffrant de TOC. Le contenu a également été épuré afin de garder uniquement les aspects pertinents à la compréhension des parents. Aucun exercice n'est proposé aux parents durant cette rencontre, mais il leur est conseillé de déterminer un moment qui leur permettra d'effectuer les exercices qui seront proposés dans les prochaines rencontres ; cette démarche augmente la probabilité d'effectuer les exercices.

La rencontre 2 cible le thème suivant ; Les comportements TOC et non TOC. Le premier objectif est de présenter les critères diagnostiques du TOC selon le *DSM-5*. Les définitions des obsessions et des compulsions sont rappelées en donnant des exemples. Les éléments centraux de cet objectif sont d'une part, la présentation du cycle obsessionnel-compulsif, et d'autre part, la compréhension du rôle du renforcement négatif dans le maintien de la compulsion. Cette rencontre s'inspire de la littérature sur la thérapie cognitive et comportementale afin d'expliquer le rôle du renforcement négatif dans le TOC. De ce fait, le modèle théorique de la théorie des deux facteurs ou de l'évitement de Mowrer (1960) et de l'acquisition de la peur de Rachman (1977) est présenté brièvement aux parents. Le deuxième objectif permet de différencier les comportements TOC et non-TOC. Un comportement non-TOC est défini comme un comportement influencé par le TOC, mais ne faisant pas partie de la définition du trouble. Par exemple, le TOC peut amener des conflits, des réactions de colère et de l'opposition. Bien que ces comportements soient influencés par le TOC, ils ne font pas partie de la définition du trouble.

Deux exercices sont proposés durant cette rencontre. Le premier exercice comprend des histoires de cas adaptés des quatre livres racontant la vie et la démarche thérapeutique de quatre enfants souffrant de TOC créé par Fontaine (2012). Cette activité propose aux parents de s'exercer à identifier les obsessions, les compulsions et les comportements non-TOC présents dans chacune des histoires. Le deuxième exercice a été créé par les auteures et propose aux parents de transposer leurs connaissances sur les obsessions, les compulsions et les comportements non-TOC à leur réalité en identifiant les obsessions, les compulsions et les comportements non-TOC de leur enfant. Finalement, les parents sont encouragés à finaliser les exercices à la maison en compagnie de leur jeune.

Le besoin d'« Aider les parents à faire la différence entre les comportements TOC et les autres comportements (p.ex. opposition) et de les amener à comprendre que l'intervention diffère selon les comportements. » était une recommandation principale des travailleuses sociales/psychothérapeutes de l'équipe de la CPIC/CITA de l'Hôpital Rivière-des-Prairies. Aussi, le thème général de cette rencontre est inspiré librement de la rencontre 8 du programme de Piacentini, Langley, et Roblek (2007), mais cet élément de compréhension du TOC est intégré plus tôt dans le guide « Parents, parlons TOC ! ». Le fait de distinguer les comportements TOC et non-TOC avec les parents permet de recadrer certaines croyances et de mettre l'accent sur les comportements problématiques à la source du TOC.

La rencontre 3 cible le thème suivant ; La séquence obsessionnelle. Le premier objectif présente l'explication et la fonction du doute obsessionnel découlant de l'approche basée sur les inférences (ABI) (O'Connor & Aardema, 2011; O'Connor et al., 2005). Cette rencontre est adaptée de la première rencontre de la thérapie basée sur les inférences chez les adultes et du manuel du clinicien de O'Connor et Aardema (2011). Le deuxième objectif présente chaque composante de la séquence obsessionnelle soit les déclencheurs, le doute obsessionnel, les conséquences anticipées, l'anxiété ou l'inconfort et les compulsions. Plusieurs exemples de séquences obsessionnelles sont donnés aux parents. Le troisième objectif permet aux parents de transposer la séquence obsessionnelle à la réalité de leur propre enfant.

Deux exercices sont proposés aux parents durant cette rencontre. Le premier exercice présente des histoires de cas adaptés des livres racontant la vie et la démarche thérapeutique de quatre enfants souffrant de TOC créé par Fontaine (2012). Cette activité propose aux parents de s'exercer à identifier les doutes obsessionnels des personnages des histoires. Le deuxième exercice a été créé par les auteures et propose aux parents de transposer leurs connaissances sur la séquence obsessionnelle à la réalité de leur enfant. Les parents doivent reprendre chaque composante de la séquence

obsessionnelle et tenter de comprendre la séquence obsessionnelle de leur enfant. Les parents sont invités à reprendre cet exercice avec leur enfant afin que celui-ci puisse valider leur compréhension. Finalement, les parents ont également un jeu-questionnaire sur leurs connaissances à faire à la maison. Ce jeu-questionnaire est adapté du manuel du clinicien de O'Connor et Aardema (2011).

La rencontre 4 cible le thème suivant ; Les répercussions du TOC. Le premier objectif permet aux parents de prendre conscience des différentes conséquences et répercussions du TOC dans les sphères sociales et scolaires du jeune. Le deuxième objectif permet d'approfondir les différentes conséquences et répercussions du TOC dans la sphère familiale. Par ailleurs, l'accent est mis sur la double relation entre famille et TOC. D'une part, les symptômes obsessionnels-compulsifs du jeune ont des conséquences sur la famille et dans les relations familiales (p.ex. conflits). D'autre part, la famille peut influencer les symptômes obsessionnels-compulsifs du jeune par leur attitude et leurs comportements. Le troisième objectif utilise l'intervention systémique afin de comprendre que le jeune et sa famille font partie d'un système unique. L'intervention systémique permet d'adopter une démarche pour étudier et prendre conscience des éléments du système soit les relations, le point de vue, les sentiments et les comportements de chaque membre de la famille. L'évaluation du fonctionnement social et familial approfondie est nécessaire pour chaque famille, chacune ayant ses propres vulnérabilités et forces. « La compréhension du cadre théorique de l'ABI combinée à l'intervention systémique permet un levier pour sortir la famille du doute et de la confusion, générés par leurs règles arbitraires et figées. » était une recommandation principale des travailleuses sociales/psychothérapeutes de l'équipe de la CPIC/CITA de l'Hôpital Rivière-des-Prairies. La théorie présentée aux parents sur l'intervention systémique de la famille est inspirée de Villeneuve (2006) et Carneiro et al. (2013), mais les figures présentées ont été imaginées par les auteurs.

Deux exercices créés par les auteures sont proposés durant cette rencontre. Le premier exercice permet aux parents d'identifier les principales répercussions du TOC dans les différentes sphères à l'aide d'un diagramme. Le second permet aux parents de pratiquer l'intervention systémique en utilisant le modèle pour comprendre les divers éléments. Les parents sont encouragés à utiliser l'intervention systémique comme exercice à faire à la maison.

La rencontre 5 cible le thème suivant ; L'accommodation familiale. Le premier objectif de cette rencontre décrit l'accommodation familiale ainsi que le processus de renforcement négatif de celle-ci. Elle explique aux parents que l'accommodation familiale renforce les compulsions, les rituels mentaux ou les autres comportements de leur enfant. Le second objectif permet aux parents de prendre conscience de leurs comportements d'accommodation familiale puisqu'une liste exhaustive de tous les comportements est présentée aux parents. Les inspirations de cette rencontre proviennent des écrits de Calvocoressi et al. (1995) sur les comportements caractérisant l'accommodation familiale. Ce thème est spécifiquement abordé dans le guide puisque les traitements ayant accordé une attention spécifique à la réduction de l'accommodation familiale montrent des améliorations supérieures du fonctionnement global de l'individu atteint de TOC ($\kappa = 12$, $d = 1,09$, $SE = 0,16$, $IC\ 95\ \% = 0,76—1,41$, $z = 6,58$, $p < 0,001$), comparativement aux protocoles qui n'abordent pas cet élément ($\kappa = 3$, $d = 0,58$, $SE = 0,09$, $IC\ 95\ \% = 0,41—0,76$, $z = 6,52$, $p < 0,001$) (Thompson-Hollands et al., 2014). Par ailleurs, il s'agit de la première rencontre qui cible spécifiquement les habiletés parentales. Finalement, le dernier objectif permet d'amorcer un changement dans les comportements des parents. Ces derniers, à l'aide du thérapeute, s'exercent à trouver des comportements alternatifs à l'accommodation familiale.

Cette rencontre propose aux parents trois exercices. Le premier exercice présente des histoires de cas adaptés des livres racontant la vie et la démarche thérapeutique de

quatre enfants souffrant de TOC créé par Fontaine (2012). Cette activité propose aux parents de s'exercer à identifier les comportements d'accommodation familiale présents dans ces histoires. Le deuxième exercice a été créé par les auteures et permet d'identifier les comportements d'accommodation familiale présents au sein de leur famille grâce à la liste exhaustive présentée précédemment. Finalement, le dernier exercice a été créé par les auteures et est un remue-méninge afin de trouver des comportements alternatifs ou des stratégies que les parents pourraient mettre en place à la maison afin de réduire les comportements d'accommodation familiale. Les parents sont encouragés à choisir un comportement d'accommodation familiale qu'ils souhaitent diminuer comme exercice à faire à la maison. De plus, les parents sont invités à effectuer un retour avec leur jeune afin d'expliquer l'accommodation familiale. De ce fait, le jeune peut se préparer au changement de comportements de ses parents et connaître les nouvelles limites mises en place.

La rencontre 6 cible le thème suivant ; La résolution de problème. Le premier objectif commence par l'approfondissement de la perception des parents quant à la résolution de problème. Les définitions ainsi que les différentes étapes de la résolution de problèmes sont énoncés dans cet objectif soient : 1) Définition du problème, 2) Communication aux membres de la famille ou à un tiers, 3) Recherche de solution, 4) Prise de décision, 5) Action, 6) Contrôle de l'action et 7) Évaluation. Les inspirations de cette rencontre proviennent des conclusions de la recherche de Peris, Sugar, et al. (2012), où dans un éventuel traitement ayant une composante parentale, il faudrait ajouter des stratégies sur la résolution de problèmes. Les étapes de la résolution de problèmes sont tirées de De Montigny et Beaudet (1997) qui s'inspire également des travaux de Epstein, Bishop, et Levin (1978). Le deuxième objectif de cette rencontre cible l'identification des problèmes familiaux récurrents en lien avec le TOC. Pour ce faire, le deuxième exercice de la rencontre 4, les répercussions du TOC, qui décrivait les principales répercussions du TOC dans la sphère familiale à l'aide d'un diagramme

est utilisé. Le troisième objectif permet d'utiliser le modèle de la résolution de problèmes afin de trouver des solutions afin de diminuer les principales répercussions du TOC dans la sphère familiale. Finalement, les principes du conditionnement opérant inspiré des travaux de Skinner (1957) et de Mowrer (1960), soit le renforcement positif, le renforcement négatif, la punition positive et la punition négative, et leurs effets sont expliqués aux parents en vue de favoriser de bonnes habiletés parentales et des conséquences positives et constructives. Les conséquences sont adaptées du chapitre 3 « Remplacer la punition » de Faber, Mazlish, Coe, Faber, et Roy (2012) p. 127.

Trois exercices sont proposés aux parents durant cette rencontre. Les deux premiers exercices ont été créés par les auteures. Le premier reprend intégralement l'exercice 4.2 afin d'identifier les principales répercussions du TOC dans la sphère familiale. Le deuxième propose aux parents d'utiliser la méthode de la résolution de problèmes étape par étape afin de diminuer les répercussions du TOC dans la sphère familiale. Finalement, le dernier exercice est adapté d'une mise en situation du chapitre 3 « Remplacer la punition » de Faber et al. (2012) p. 122-123. Les parents sont encouragés à utiliser la méthode de la résolution de problèmes comme exercice à faire à la maison.

La rencontre 7 cible le thème suivant ; Les attitudes et comportements consolidant le TOC. Le premier objectif commence par une présentation des principales attitudes positives soit les schèmes relationnels des écrits de Gendreau (2001) et Beaudoin (2007) que devraient adopter les parents lorsqu'ils interviennent auprès de leurs enfants atteints de TOC. Le deuxième objectif présente les attitudes et les comportements consolidant le TOC afin de conscientiser les parents ainsi que de normaliser ceux-ci : accommodation familiale, comportements permissifs, détresse, fonctionnement familial perturbé, hostilité, attitude de blâme, émotions négatives exprimées, reproches, punitions excessives, faibles habiletés de résolution de problèmes et faible confiance envers l'enfant. Les écrits des auteurs suivants ont été utilisés : Calvocoressi et al.

(1995); Chambless and Steketee (1999); Peris, Benazon, et al. (2008); Peris, Bergman, et al. (2008); Piacentini et al. (2003); Renshaw et al. (2005). Selon les conclusions de la recherche de Peris, Sugar, et al. (2012), le blâme, les conflits et la cohésion au sein d'une famille ont des répercussions sur les traitements. De ce fait, ils doivent être ciblés dans un traitement ayant une composante parentale en mettant l'accent sur des stratégies aidant les familles à bâtir un environnement familial plus positif et soutenant. Le troisième objectif commence par une brève présentation de la définition de l'estime de soi/concept de soi de Lawrence (1988) dont le soi actuel, le soi idéal et le soi craint de Carver, Lawrence, et Scheier (1999) ainsi que son lien avec le trouble obsessionnel-compulsif. Certains auteurs proposent que le concept de soi serait impliquée dans le développement ou le maintien de certaines obsessions (Aardema et al., 2013). Par ailleurs, les auteures ont créé un diagramme afin d'expliquer la relation entre les concepts de soi (soi actuel, le soi idéal et le soi craint) et le trouble obsessionnel-compulsif selon les écrits de (Aardema et al., 2013). Finalement, certaines stratégies sont expliquées aux parents afin de favoriser ou préserver l'estime de soi des enfants. Les stratégies sont inspirées du chapitre 5 « Utiliser les compliments » de Faber et al. (2012) p. 226 et 238.

Deux exercices sont proposés durant cette rencontre. Le premier exercice a été créé par les auteures afin de rendre ludique la présentation des schèmes relationnels. Les parents doivent compléter un casse-tête associant chaque schème relationnel avec sa définition. Les définitions ont été adaptées du livre Gendreau (2001). Par la suite, les parents doivent indiquer à l'aide d'une échelle de Likert (difficile, neutre et facile) où ils se situent selon leur perception en ce qui concerne chaque schème relationnel. Le deuxième exercice est adapté du chapitre 5 « Utiliser les compliments » de Faber et al. (2012) p. 224-225. Les parents sont également encouragés à effectuer un bref exercice à la maison avec leur jeune. Cet exercice est adapté du chapitre 5 « Utiliser les compliments » de Faber et al. (2012) p. 237.

La rencontre 8 cible le thème suivant : la communication. Le premier objectif commence par une remise en question quant à la communication des parents. Par la suite, la pertinence d'aborder la communication en lien avec le TOC est expliquée aux parents. Ensuite, une définition générale de la communication, une définition de la communication en lien avec l'intervention, les deux parties de la communication sont définies (recevoir et émettre) ainsi que les pièges à la communication. Les inspirations proviennent du programme d'aide au développement et à l'apprentissage des habiletés sociales de la Direction de la qualité des services (2013) du Centre jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec, pages 63, 67, 68, 69 et 73. Le deuxième objectif décrit des stratégies afin de favoriser la communication et engager la coopération de l'enfant. Les stratégies sont adaptées du chapitre 2 « Susciter la coopération » de Faber et al. (2012) p. 83.

Cette rencontre comprend deux exercices. Le premier exercice présente un court questionnaire que doivent remplir les parents afin de savoir s'ils sont de bon récepteur. Le deuxième exercice est adapté du chapitre 2 « Susciter la coopération » de Faber et al. (2012) p. 76-80, afin d'aider les parents à identifier dans certaines situations où la communication est entravée ou brimée, les comportements problématiques. Aucun exercice n'est proposé aux parents durant cette rencontre. Cependant, il est conseillé aux parents de terminer le deuxième exercice, de le réviser avec son enfant et de s'exercer à favoriser la communication empathique et saine.

La rencontre 9 cible le thème suivant ; La régulation émotionnelle. Le premier objectif de cette rencontre permet dans un premier temps de faire un rappel des émotions de base des enfants (colère, tristesse, dégoût, peur et joie). De plus, un accent est mis sur l'aspect développemental de la régulation des émotions. Ekman (1992) a tenté de représenter la complexité et la profondeur des émotions en la représentant par une fleur (la fleur des émotions). Elle commence en son centre par les 5 émotions de base et se complexifie afin de représenter 24 émotions différentes. Par ailleurs, chaque pétale

représente un continuum entre certaines émotions. Selon les conclusions de la recherche de Peris, Sugar, et al. (2012), dans un éventuel traitement ayant une composante parentale, il faudrait ajouter des stratégies sur la régulation des émotions. En plus des travaux de Ekman (1992), les inspirations de cette rencontre proviennent d'une multitude d'outils et de références sur la régulation des émotions chez les enfants. L'identification des émotions de bases, le processus de régulation des émotions et les pièges dans l'expression des émotions sont inspirés du programme d'aide au développement et à l'apprentissage des habiletés sociales de la Direction de la qualité des services (2013) du Centre jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec aux pages 103 et 106-111. Le deuxième objectif permet aux parents d'en apprendre davantage sur le processus de la régulation des émotions, d'éviter les pièges dans l'expression des émotions et d'aider les jeunes à se sentir mieux en acceptant leurs émotions ou leurs sentiments. Les outils et les stratégies sont adaptés du chapitre 1 « Aider les enfants aux prises avec leurs sentiments » de Faber et al. (2012), p. 47.

Un seul exercice est proposé durant cette rencontre. Cet exercice est adapté d'une mise en situation du chapitre 1 « Aider les enfants aux prises avec leurs sentiments » de Faber et al. (2012) p. 23-27, afin de faire prendre conscience aux parents des réponses verbales favorisant la régulation des émotions. Les parents sont encouragés à adopter à la maison la réponse empathique face aux réactions émotionnelles et comportementales de leur enfant.

La rencontre 10 cible le thème suivant ; Autonomie du jeune et bilan des apprentissages. Le premier objectif de cette rencontre permet aux parents de prendre conscience de l'importance de favoriser l'autonomie ainsi que les moyens d'y parvenir. Les parents peuvent aider leurs enfants à devenir des personnes autonomes et indépendantes en leur permettant de faire des choses par eux-mêmes, en leur permettant de gérer leurs propres problèmes et en les laissant faire leurs propres erreurs. Les travailleuses

sociales/psychothérapeute de l'équipe de la CPIC/CITA recommandaient d'« Aborder ce que signifie l'autonomie de leur jeune, les points positifs ainsi que leurs inquiétudes parentales face à ce processus. » Les jeunes ayant un TOC développent souvent celui-ci pour avoir une impression de contrôle, peut-être en ont-ils peu dans la relation avec le parent. Les auteures se sont également inspirées du chapitre 4 « Encourager l'autonomie » de Faber et al. (2012) p. 177 et p.197. Le dernier objectif permet de faire un retour avec les parents sur l'ensemble des éléments abordés dans le cadre du programme « Parents, parlons TOC ! » ainsi que de répondre à leurs questions.

Le court exercice proposé durant cette rencontre est également adapté du chapitre 4 « Encourager l'autonomie » de Faber et al. (2012) p. 178-180. Le parent est accompagné à réfléchir sur sa réaction émotionnelle et comportementale dans plusieurs mises en situation où son autonomie est diminuée ou restreinte de façon significative. Aucun exercice à faire à la maison n'est proposé aux parents durant cette rencontre.

Les prochains chapitres présenteront les deux articles empiriques de la thèse. Le premier article est rédigé en français et s'intitule « Rencontres parentales éducatives et thérapeutiques pour le TOC : effet sur l'accommodation familiale ». Le premier article empirique présente trois études de cas correspondant aux premières participantes du projet de recherche, selon un recrutement chronologique. L'objectif est de mesurer l'effet des rencontres parentales sur l'accommodation familiale et le fonctionnement familial rapportés par des mères ayant un enfant atteint de TOC. Le second article empirique de la thèse a été rédigé en anglais et s'intitule « *The effect of educational and therapeutic parental meetings for children obsessive compulsive disorder : A Preliminary Trial* ». Cet article empirique rapporte l'effet des rencontres parentales éducatives et thérapeutiques sur les différentes variables familiales de tous les participants ($n=16$) ayant participé au projet de recherche ainsi que sur les symptômes obsessionnels-compulsifs des enfants ($n=10$).

Références

- Aardema, F., Moulding, R., Radomsky, A. S., Doron, G., Allamby, J., & Souki, E. (2013). Fear of self and obsessionality: Development and validation of the Fear of Self Questionnaire. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 2(3), 306-315.
- Barkley, R. A. (2013). *Defiant children: A clinician's manual for assessment and parent training*: Guilford Press.
- Beaudoin, M. (2007). *Intervention psychoéducative de réadaptation en milieu familial*. Université du Québec à Trois-Rivières,
- Bombardier, M., Blanchet, M. M., Leclerc, J. B., Berthiaume, C., Fontaine, A., & O'Connor, K. (2018). Thérapie basée sur les inférences ciblant les enfants ayant un trouble obsessionnel-compulsif: cas clinique. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 28(2), 55-64.
- Calvocoressi, L., Lewis, B., Harris, M., & Trufan, S. J. (1995). Family accommodation in obsessive-compulsive disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 152(3), 441.
- Carneiro, C., Vaudan, C., Marwood, A. D., Darwiche, J., Despland, J.-N., & de Roten, Y. (2013). L'« Intervention systémique brève » : un manuel thérapeutique. *Thérapie familiale*, 34(1), 115-130.
- Carver, C. S., Lawrence, J. W., & Scheier, M. F. (1999). Self-discrepancies and affect: Incorporating the role of feared selves. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 25(7), 783-792.
- Chambless, D. L., & Steketee, G. (1999). Expressed emotion and behavior therapy outcome: A prospective study with obsessive-compulsive and agoraphobic outpatients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(5), 658.
- De Montigny, F., & Beaudet, L. (1997). *Lorsque la vie éclate : l'impact de la mort d'un enfant sur la famille* : Éditions du Renouveau pédagogique.

- Direction de la qualité des services. (2013). *Programme d'aide au développement et à l'apprentissage des habiletés sociales*. Centre jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Repéré à <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/bs2273669>
- Ekman, P. (1992). An argument for basic emotions. *Cognition & Emotion*, 6(3-4), 169-200.
- Epstein, N. B., Bishop, D. S., & Levin, S. (1978). The McMaster model of family functioning. *Journal of Marital and Family Therapy*, 4(4), 19-31.
- Faber, A., Mazlish, E., Coe, K. A., Faber, J., & Roy, R. (2012). *Parler pour que les enfants écoutent, écouter pour que les enfants parlent* : Aux Editions du Phare.
- Fontaine, A. (2012). *Adaptation d'une thérapie ciblant l'imagination pour les enfants de 9 à 12 ans aux prises avec un trouble obsessionnel-compulsif*. (Essai doctoral). Université de Montréal, Montréal.
- Fontaine, A., Berthiaume, C., & O'Connor, K. (2018). *Programme de la thérapie basée sur les inférences pour les enfants de 9 à 12 ans souffrant du TOC : programme maître à bord*. Manuel du thérapeute. Montréal, Canada.
- Gendreau, G. (2001). *Jeunes en difficulté et intervention psychoéducatrice* : Montréal : Éditions sciences et culture.
- Lawrence, D. (1988). *Enhancing self-esteem in the classroom*: Pine Forge Press.
- Leclerc, J. B. (2015). *Prends ton Tourette par les cornes ! Programme d'entraînement à l'autogestion des épisodes explosifs chez les jeunes ayant le syndrome de Gilles de la Tourette*. Guides méthodologiques (enfant et thérapeute). Montréal.
- Leclerc, J. B., Goulet, G., Nadia, H., & O'Connor, K. (2013). *Façotik ; Léa et Nico font face aux tics*. Guides méthodologiques (enfant et thérapeute). Montréal.
- Lundahl, B., Risser, H. J., & Lovejoy, M. C. (2006). A meta-analysis of parent training: Moderators and follow-up effects. *Clinical Psychology Review*, 26(1), 86-104.
- Mowrer, O. (1960). *Learning theory and behavior*.
- O'Connor, K., & Aardema, F. (2011). *Clinician's handbook for obsessive compulsive disorder: inference-based therapy*: Wiley.

- O'Connor, K., Aardema, F., Bouthillier, D., Fournier, S., Guay, S., Robillard, S., . . . Tremblay, M. (2005). Evaluation of an inference-based approach to treating obsessive-compulsive disorder. *Cognitive Behaviour Therapy, 34*(3), 148-163.
- O'Connor, K., Aardema, F., & Pélissier, M.-C. (2005). *Beyond reasonable doubt: Reasoning processes in obsessive-compulsive disorder and related disorders*: Wiley.
- Peris, T. S., Benazon, N., Langley, A., Roblek, T., & Piacentini, J. (2008). Parental attitudes, beliefs, and responses to childhood obsessive compulsive disorder: The Parental Attitudes and Behaviors Scale. *Child & Family Behavior Therapy, 30*(3), 199-214.
- Peris, T. S., Bergman, R. L., Langley, A., Chang, S., McCracken, J. T., & Piacentini, J. (2008). Correlates of accommodation of pediatric obsessive-compulsive disorder: parent, child, and family characteristics. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 47*(10), 1173-1181.
- Peris, T. S., Sugar, C. A., Bergman, R. L., Chang, S., Langley, A., & Piacentini, J. (2012). Family factors predict treatment outcome for pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80*(2), 255.
- Piacentini, J., Bergman, R. L., Chang, S., Langley, A., Peris, T., Wood, J. J., & McCracken, J. (2011). Controlled comparison of family cognitive behavioral therapy and psychoeducation/relaxation training for child obsessive-compulsive disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 50*(11), 1149-1161.
- Piacentini, J., Bergman, R. L., Keller, M., & McCracken, J. (2003). Functional impairment in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, 13*(2, Supplement 1), 61-69.
- Piacentini, J., Langley, A., & Roblek, T. (2007). *Cognitive behavioral treatment of childhood OCD: It's only a false alarm therapist guide*: Oxford University Press.

- Rachman, S. (1977). The conditioning theory of fear acquisition: A critical examination. *Behaviour Research and Therapy*, 15(5), 375-387.
- Renshaw, K. D., Steketee, G., & Chambless, D. L. (2005). Involving family members in the treatment of OCD. *Cognitive Behaviour Therapy*, 34(3), 164-175.
- Skinner, B. (1957). Verbal learning. New York, NY : Appleton-Century-Crofts.
- Surprenant, A. (2014). Le trouble obsessionnel--compulsif chez les enfants et les adolescents. *Bulletin d'information annuel OCDire --- TOCTalk*, 11(1), 19-22.
Repéré à
http://media.wix.com/ugd/815ab0_877e5fffa7e24d228483c7f8ede355d6.pdf
- Thompson-Hollands, J., Edson, A., Tompson, M. C., & Comer, J. S. (2014). Family involvement in the psychological treatment of obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *Journal of Family Psychology*, 28(3), 287.
- Villeneuve, C. (2006). *L'intervention en santé mentale : le pouvoir thérapeutique de la famille* : PUM.

CHAPITRE III

RENCONTRES PARENTALES ÉDUCATIVES ET THÉRAPEUTIQUES POUR LE TOC : EFFET SUR L'ACCOMMODATION FAMILIALE

Accepté à la Revue québécoise de psychologie

Rencontres parentales éducatives et thérapeutiques pour le TOC : effet sur
l'accommodation familiale

Annie Surprenant * a, b

Université du Québec à Montréal

Julie B. Leclerc a, b

Université du Québec à Montréal

a. Département de psychologie, Université du Québec à Montréal (UQAM), C.P. 8888, succursale Centre-Ville, Montréal, H3C 3P8, Québec, Canada.

b. Centre de recherche de l'Institut Universitaire en santé mentale de Montréal (CRIUSMM), 7331 rue Hochelaga Est, Montréal, H1N 3V2, Québec, Canada.

* Adresse de correspondance :

Annie Surprenant, Étudiante au doctorat en psychologie, Centre de recherche de l'Institut Universitaire en santé mentale de Montréal (CRIUSMM), 7331 rue Hochelaga Est, Montréal, H1N 3V2, Québec, Canada. 514-251-4015 # 3593, courriel : surprenant.annie@courrier.uqam.ca.

Adresse de la coauteure pour les fins du processus d'édition :

Julie Leclerc, Directrice de recherche et chercheure au Centre de recherche de l'Institut Universitaire en santé mentale de Montréal (CRIUSMM), 7331 rue Hochelaga Est, Montréal, H1N 3V2, Québec, Canada. 514-251-4015 # 2340, courriel : leclerc.julie@uqam.ca.

Résumé

Le trouble obsessionnel-compulsif (TOC) entraîne une altération du fonctionnement familial caractérisé notamment par l'accommodation familiale. Cette dernière représente l'engagement des parents dans des comportements menant à un processus de renforcement négatif qui maintient la problématique. Cette étude de cas évalue les effets d'un programme novateur de rencontres éducatives et thérapeutiques destinées aux parents sur l'accommodation familiale et le fonctionnement familial des mères d'enfants présentant un TOC. Ces rencontres parentales visent à cibler la compréhension du TOC de leurs enfants ainsi que l'amélioration du soutien et du fonctionnement familial. Les résultats des trois participantes montrent une diminution significative des comportements d'accommodation familiale.

Mots clés : accommodation familiale, rencontres parentales, trouble obsessionnel-compulsif

Abstract

Obsessive-compulsive disorder (OCD) leads to an alteration of family functioning, characterized by family accommodation. Family accommodation represents the commitment of parents leading to a negative reinforcement process that keeps the problematic. This study cases evaluates the effects of an innovative program of educational and therapeutic meetings for parents on the family accommodation and functioning of mothers with youth with OCD. These parenting meetings are aimed at targeting children's OCD comprehension as well as improving support and family functioning. The results of the three participants show a significant decrease in family accommodation. Key words : family accommodation, parenting meetings, obsessive-compulsive disorder

3.1 Introduction

Le trouble obsessionnel-compulsif (TOC) se caractérise par la présence d'obsessions et de compulsions entraînant une perte de temps de plus d'une heure par jour et une détresse significative (APA, 2013). Les obsessions se définissent comme des pensées, des pulsions ou des images récurrentes, persistantes, intrusives et non désirées (APA, 2013), celles-ci entraînant généralement de l'anxiété ou un sentiment d'inconfort. Les compulsions se définissent par des comportements ou des actes mentaux répétitifs que l'enfant se sent obligé d'effectuer afin d'ignorer ou de neutraliser les obsessions (APA, 2013). L'anxiété étant un stimulus désagréable, le retrait temporaire de cet état par la manifestation d'une compulsion augmente la probabilité de réapparition de la compulsion la prochaine fois que le jeune ressentira de nouveau l'anxiété induite par une pensée obsessionnelle. Par conséquent, il s'agit d'un processus de renforcement négatif (Mowrer, 1960; Rachman, 1977).

La prévalence du TOC chez les jeunes varie de 0,5 % à 2 % (Barrett et al., 2008; March & Mulle, 1998; Mullick & Goodman, 2005). Au Québec, cette prévalence signifie que de 2000 à 8000 jeunes de 10 à 14 ans présenteraient un trouble obsessionnel-compulsif (Statistique Canada, 2017). Les symptômes obsessionnels-compulsifs débutant généralement à l'enfance ou à l'adolescence sont associés à un TOC qui persisterait à l'âge adulte (APA, 2013).

Le TOC entraîne une altération du fonctionnement dans plusieurs sphères de vie notamment les sphères personnelles, scolaires, sociales et familiales (APA, 2013; Peris, Sugar, et al., 2012; Piacentini et al., 2003; Weidle et al., 2014). Les enfants peuvent éviter certaines situations (p. ex., les toilettes publiques, l'autobus ou être en contact avec des objets par peur d'être contaminé), certains contacts sociaux avec leurs pairs (p. ex., par peur de faire du mal aux autres) ou certains endroits qui déclenchent leurs

obsessions et leurs compulsions. Ces symptômes peuvent être des défis au quotidien et à l'établissement de relations interpersonnelles (Stewart et al., 2004).

La sphère familiale est particulièrement affectée lorsqu'un enfant présente un TOC (APA, 2013; Peris, Sugar, et al., 2012; Weidle et al., 2014). Les enfants ayant un TOC tentent d'imposer des rituels et des « règles » aux membres de leur famille en fonction de leurs obsessions et leurs compulsions, ce qui peut entraîner des frustrations et une augmentation des conflits (Peris, Benazon, et al., 2008). Ces conflits familiaux peuvent générer une détresse parentale, une irritabilité envers l'enfant et une tendance à le blâmer, ce qui exacerbe alors le dysfonctionnement familial (Peris, Sugar, et al., 2012; Renshaw et al., 2005; Stewart et al., 2017). Ainsi, l'environnement familial serait plus critique et moins chaleureux et se caractériserait par davantage de reproches et de punitions (Calvocoressi et al., 1995; Chambless & Steketee, 1999; Peris, Benazon, et al., 2008; Peris, Rozenman, Sugar, McCracken, & Piacentini, 2017; Vikas et al., 2011; Wu et al., 2019; Wu, Lewin, Murphy, Geffken, & Storch, 2014). Une altération du fonctionnement familial caractérisé par une détresse parentale représente 60 % à 90 % des familles ayant un jeune présentant un TOC (Piacentini et al., 2003; Renshaw et al., 2005). Les parents d'enfants qui présentent un TOC montrent davantage de faibles habiletés de résolution de problèmes et de communication entre les membres de la famille (Peris, Benazon, Langley, Roblek et Piacentini, 2008 ; Boileau, 2011; Franklin et al., 2018; Lebowitz, 2013; Lebowitz et al., 2016).

3.2 Accommodation familiale

Les parents ayant un enfant atteint de TOC présenteraient davantage de comportements permissifs, de surprotection et d'accommodation (Peris, Sugar, et al., 2012).

L'accommodation familiale se définit comme la participation des membres de la famille aux rituels du jeune présentant un TOC. Cette participation peut se manifester de différentes façons, notamment, par la modification de la routine en fonction des symptômes obsessionnels-compulsifs du jeune ou par certains comportements d'évitement ou de réassurance (p.ex., répondre constamment à leurs préoccupations ou questions) (Freeman et al., 2008). Le TOC entraîne des taux élevés d'accommodation familiale (Peris, Sugar, et al., 2012). Selon une étude de Flessner, Freeman, et al. (2011), 77,1 % ($n = 74$) des parents d'un enfant ayant un TOC rapportent s'engager quotidiennement dans des comportements d'accommodation, plus précisément, 63,5 % des parents rapportent procurer du réconfort à leur jeune quotidiennement en lien avec leurs obsessions et leurs compulsions. De prime abord, ces comportements semblent positifs. Cependant, puisque l'accommodation familiale diminue temporairement l'anxiété du jeune (retrait d'un évènement aversif/négatif), elle renforce insidieusement les obsessions/compulsions ce qui maintient le cycle obsessionnel-compulsif (voir figure 3.1). Par conséquent, il s'agit également d'un processus de renforcement négatif comme la compulsion de l'enfant lui-même (Mowrer, 1960; Rachman, 1977).

Un taux élevé d'accommodation familiale dans l'environnement d'un enfant ayant un TOC est associé à une pauvre réponse au traitement psychothérapeutique (Garcia et al., 2010; Peris, Benazon, et al., 2008). L'accommodation familiale est une barrière au traitement puisqu'elle renforce les comportements d'évitement, ce qui diminue l'effet des exercices proposés (Merlo et al., 2009; Piacentini et al., 2011). Certaines études suggèrent que l'accommodation familiale est un médiateur entre la sévérité des symptômes obsessionnels-compulsifs et les difficultés de fonctionnement (Peris & Piacentini, 2013; Peris et al., 2017; Piacentini et al., 2011; Rosa-Alcázar et al., 2019; Storch et al., 2007). Par conséquent, la réduction de l'accommodation familiale devrait précéder l'amélioration des symptômes obsessionnels-compulsifs dans les traitements du TOC chez les enfants.

3.3 Interventions parentales pour le TOC

Au début des années 2000, les études privilégient des traitements individualisés pour le TOC chez les enfants où la présence des parents est limitée aux dernières minutes de chaque rencontre afin d’avoir un résumé de l’évolution de l’enfant et des exercices hebdomadaires (POTS, 2004). L’efficacité des traitements psychothérapeutiques dont la thérapie cognitive comportementale (TCC) pour le traitement du TOC chez les enfants et les adolescents est établie depuis plusieurs années (Franklin et al., 2011; POTS, 2004; Thienemann et al., 2001). Les résultats de méta-analyses examinant les taux d’efficacité de la TCC à travers divers essais cliniques pour le traitement du TOC indiquent une robuste et large taille d’effet variant entre $d = 0,998$ et $d = 1,45$ (Olatunji et al., 2013; Watson & Rees, 2008).

Une dizaine d’années plus tard, les études montrent l’importance d’engager directement les membres de la famille dans les traitements psychothérapeutiques pour le TOC et de s’intéresser au fonctionnement familial (Freeman et al., 2008; Lewin et al., 2005; Peris, Sugar, et al., 2012; Piacentini et al., 2011). En effet, les protocoles d’intervention impliquant la famille visant la diminution des symptômes obsessionnels-compulsifs montrent une large taille d’effet ($\kappa = 28$, $d = 1,68$, $SE = 0,14$, $IC\ 95\ \% = 1,41—1,95$, $z = 12,23$, $p < 0,001$) (Thompson-Hollands et al., 2014). Cependant, un constat se dégage de la méta-analyse de Thompson-Hollands et al. (2014); les protocoles utilisés dans ses études ($n = 29$) sont variables quant à l’approche du traitement, la forme de l’engagement des parents, le nombre de rencontres avec les parents et le contenu des rencontres.

L’approche du traitement se définit par les traitements individuels par famille, c’est-à-dire, une seule famille avec le psychothérapeute ou les traitements de groupe, c’est-à-dire, plusieurs familles avec le psychothérapeute. Les traitements familiaux individuels

($\kappa = 11$, $d = 1,10$, $SE = 0,17$, $IC\ 95\ \% = 0,76—1,43$, $z = 6,41$, $p < 0,001$) montrent des effets supérieurs sur le fonctionnement global de l'individu avec le TOC que les traitements de groupe ($\kappa = 3$, $d = 0,56$, $SE = 0,07$, $IC\ 95\ \% = 0,42—0,70$, $z = 7,79$, $p < 0,001$) (Thompson-Hollands et al., 2014). La forme de l'engagement des parents se définit par la présence des parents aux rencontres. Les parents peuvent assister en totalité à chaque rencontre ou à une portion de chaque rencontre, à des rencontres d'introduction ou à des rencontres prédéfinies. Le nombre de rencontres avec les parents varie de 1 à 17 rencontres selon les études. Plus le nombre de rencontres est élevé, plus les résultats sur les symptômes obsessionnels-compulsifs de l'enfant sont significatifs ($\kappa = 28$, $\beta = 0,09$, $SE = 0,04$, $IC\ 95\ \% = 0,02—0,16$, $z = 2,55$, $p < 0,01$) (Thompson-Hollands et al., 2014). Le contenu des rencontres peut comprendre l'éducation psychologique sur le TOC, un entraînement aux habiletés parentales, des exercices d'exposition avec prévention de la réponse, une éducation psychologique sur l'accommodation familiale, des techniques de relaxation ou des techniques de gestion de l'anxiété. Il y a un effet significatif quant à l'inclusion de l'accommodation familiale comme élément du traitement. Les protocoles d'intervention ayant accordé une attention spécifique à la réduction de l'accommodation familiale montrent des améliorations supérieures du fonctionnement global de l'individu atteint de TOC, mais pas directement sur les symptômes obsessionnels-compulsifs ($\kappa = 12$, $d = 1,09$, $SE = 0,16$, $IC\ 95\ \% = 0,76—1,41$, $z = 6,58$, $p < 0,001$), comparativement aux protocoles qui n'abordent pas cet élément ($\kappa = 3$, $d = 0,58$, $SE = 0,09$, $IC\ 95\ \% = 0,41—0,76$, $z = 6,52$, $p < 0,001$). Ces résultats sont consistants avec les résultats des études qui suggèrent qu'une réduction de l'accommodation familiale devrait précéder une amélioration des symptômes obsessionnels-compulsifs. En aidant les parents à élaborer des stratégies afin de réduire progressivement l'accommodation familiale, l'enfant peut utiliser ses propres stratégies ou outils thérapeutiques enseignés en traitement, ce qui semble entraîner une amélioration du fonctionnement global des enfants.

À notre connaissance, peu d'études ont envisagé la possibilité d'évaluer les effets de rencontres éducatives et thérapeutiques portant sur le TOC destinées aux parents, sans la présence de l'enfant, afin de les soutenir et de favoriser de bonnes habiletés parentales pour faire face aux symptômes du TOC. Des rencontres similaires sont offertes dans le traitement de problématiques telles que les troubles de comportements et le trouble du déficit d'attention avec ou sans hyperactivité et les résultats se sont avérés prometteurs et intéressants sur les comportements problématiques (Antshel & Barkley, 2008; Barkley, 2013; De Graaf, Speetjens, Smit, de Wolff, & Tavecchio, 2008; Dretzke et al., 2009; Hauth-Charlier, 2009). En aidant les familles à développer des stratégies pour réduire graduellement l'accommodation familiale, une amélioration du fonctionnement de la famille et une amélioration des symptômes de l'enfant se développent en contingence (Thompson-Hollands, Abramovitch, Tompson, & Barlow, 2015). De plus, les études suggèrent que l'engagement actif des parents ne réduit pas seulement l'accommodation familiale, mais permet également le maintien et la généralisation des bénéfices cliniques secondaires sur les problèmes comportementaux internalisés et externalisés des enfants (Rosa-Alcázar et al., 2019). De ce fait, Surprenant et Leclerc (2017) ont créé un guide « Parents, parlons TOC ! » de dix rencontres parentales éducatives et thérapeutiques visant à cibler la compréhension du TOC de leurs enfants ainsi que l'amélioration du soutien et du fonctionnement familial. Les rencontres étaient offertes de manière individuelle à chaque parent (seul ou en couple).

3.4 Objectifs de l'étude

L'objectif principal des études de cas est de mesurer l'effet de rencontres parentales éducatives et thérapeutiques sur l'accommodation familiale rapportée par trois mères

ayant un enfant atteint de trouble obsessionnel-compulsif. Le deuxième objectif est de présenter l'effet de ces rencontres sur les conflits familiaux, les attitudes parentales négatives (hostilité et blâme), les habiletés parentales (résolution de problème et communication) ainsi que le fonctionnement familial des trois familles.

3.5 Méthode

3.5.1 Critères d'inclusion et d'exclusion

Les participants répondent aux critères d'inclusion suivants : être un parent ayant un enfant âgé de 9 à 16 ans présentant un TOC et il doit s'agir du motif principal de consultation. Si l'enfant prend une médication, la posologie doit être stable durant le mois précédent l'évaluation et la famille devait s'engager à la maintenir stable durant les rencontres.

Les participants ne présentaient pas les critères d'exclusion suivants : selon les dires et à la connaissance des parents, les parents et les enfants présentant une dépression majeure, une affection médicale générale, une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme ne peuvent participer à l'étude en raison de l'impact particulier de ces troubles sur le fonctionnement intellectuel et social.

3.5.2 Instruments de mesure

3.5.2.1 Caractéristiques descriptives des participants

Un questionnaire socio démographique ainsi que le *Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (CY-BOCS)* (Goodman, Price, Rasmussen, Riddle, & Rapoport, 1991; Scahill et al., 1997) ont également été utilisés afin de décrire les participants. Le questionnaire socio démographique comprenait les informations suivantes : âge des parents, état civil des parents, antécédents de problèmes psychologiques des parents, date de naissance de l'enfant, sexe de l'enfant, des renseignements généraux sur la fratrie et une description des suivis antérieurs de l'enfant. Le *CY-BOCS* est une mesure semi-structurée évaluant la sévérité des symptômes obsessionnels-compulsifs chez les enfants et les adolescents âgés de 6 à 17 ans. Les propriétés psychométriques de la version française du *CY-BOCS* sont excellentes (Mollard, Cottraux, & Bouvard, 1989). Le score total du *CY-BOCS* ($\alpha = 0,87 - 0,90$) et les scores de sévérité des obsessions et des compulsions ($\alpha = 0,80$ et $0,82$) présentent une consistance interne élevée (Mollard et al., 1989). Cette mesure permet d'évaluer si les critères du TOC présentés dans le *DSM-5* sont satisfaits. Par ailleurs, la version du *Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive-Parent Report (CY-BOCS-PR)* a également été utilisée dans cette étude puisqu'elle permet d'avoir en complément, le point de vue des parents en ce qui concerne la sévérité du TOC de leur enfant. Le *CY-BOCS-PR* présente une bonne consistance interne dans le score total et le score de la sévérité des obsessions ($\alpha = 0,86$ et $\alpha = 0,83$) (Storch et al., 2005). L'alpha de Cronbach pour le score de la sévérité des compulsions est acceptable ($\alpha = 0,70$) (Storch et al., 2005).

3.5.2.2 Accommodation familiale

Le *Family Accommodation Scale parent report (FAS-PR)* est une mesure autorapportée par les parents créée par Calvocoressi et collaborateurs (1995) qui permet de mesurer le

niveau d'accommodation familiale. Le *FAS-PR* comprend 13 items afin de déterminer la fréquence des comportements d'accommodation familiale dans la dernière semaine à l'aide d'une échelle de Likert (jamais, 1 jour, 2-3 jours, 4-6 jours et tous les jours). Flessner, Sapyta, et al. (2011) rapportent une consistance interne excellente ($\alpha = 0,90$).

3.5.2.3 Conflits familiaux

Le *Family Environment Scale (FES)* est un questionnaire de 90 items (vrai ou faux) mesurant l'environnement social et le climat de la famille (Moos & Moos, 1994). La traduction de ce questionnaire a été effectuée par l'équipe de Recherche en Intervention psychoéducative de l'Université du Québec à Trois-Rivières (Mailloux, 1992). Dans le cadre de cette étude de cas, et dans le but de raccourcir la durée de passation des questionnaires, seuls les items de l'échelle des rapports familiaux ont été administrés. L'échelle des rapports familiaux comprend les sous-échelles : (1) cohésion, (2) expression et (3) conflits. Le *FES* montre une consistance interne adéquate (variant entre $\alpha = 0,61$ et $\alpha = 0,78$) (Mailloux, 1992).

3.5.2.4 Attitudes parentales négatives (hostilité et blâme)

Le *Parental Attitudes and Behaviors Scale (PABS)* permet de mesurer les perceptions des parents concernant les symptômes obsessionnels-compulsifs ainsi que les comportements spécifiques des parents en lien avec le TOC (Peris, Benazon, et al., 2008). Le *PABS* comprend 42 items mesurant l'accommodation familiale et les attitudes parentales positives et négatives où trois échelles se dégagent soit, l'accommodation, l'autonomisation et l'hostilité/blâme. Selon Peris, Benazon, et al.

(2008), l'alpha de Cronbach de chaque échelle montre une très bonne consistance interne pour l'échelle d'accommodation ($\alpha = 0,85$), d'hostilité/blâme ($\alpha = 0,82$) et d'autonomisation ($\alpha = 0,71$).

3.5.2.5 Fonctionnement familial

Le *McMaster Family Assessment Device (FAD)* est un questionnaire créé par Epstein, Baldwin, et Bishop (1983) afin d'évaluer le fonctionnement de la famille selon le modèle de fonctionnement familial de McMaster. Le *FAD* contient 60 items représentant 7 échelles dont les consistances internes (α) sont bonnes soit la résolution de problèmes ($\alpha = 0,74$), la communication ($\alpha = 0,70$), les rôles ($\alpha = 0,72$), la sensibilité affective ($\alpha = 0,83$), l'engagement affectif ($\alpha = 0,78$), le contrôle comportemental ($\alpha = 0,72$) et le fonctionnement général ($\alpha = 0,92$) (Epstein et al., 1983).

3.5.3 Procédure

3.5.3.1 Recrutement et séances d'évaluation

Les participants ont été recrutés par des affiches publicitaires, des références de professionnels de la santé et les réseaux sociaux. Une entrevue téléphonique était effectuée afin de donner les principales informations de l'étude ainsi que pour vérifier le respect des critères d'inclusion et d'exclusion.

Les parents et les enfants ont signé le formulaire d'information et de consentement afin de participer à cette étude. Le consentement du jeune était nécessaire afin de procéder

à l'évaluation de la sévérité des symptômes obsessionnels-compulsifs. Avant les rencontres parentales (pré-traitement) et après les rencontres parentales (post-traitement), les parents ont complété les instruments de mesure tandis qu'une évaluatrice formée par l'équipe de recherche évaluait la sévérité des symptômes obsessionnels-compulsifs du jeune par l'entremise du CY-BOCS (Goodman et al., 1991; Scahill et al., 1997).

3.5.3.2 Traitement

Les rencontres éducatives et thérapeutiques ont été animées auprès des parents par la première auteure. Les dix rencontres éducatives et thérapeutiques sont de 60 minutes et ciblent la compréhension du TOC, ainsi que l'amélioration du soutien et du fonctionnement familial (voir tableau 3.1). Les rencontres sont destinées aux parents de jeunes de 9 à 16 ans ayant un TOC. Les rencontres sont effectuées avec un ou les deux parents selon la disponibilité. Si les parents assistent aux rencontres en couple, les deux parents remplissent les instruments de mesure.

3.5.3.3 Considérations éthiques

Cette étude a été évaluée et approuvée par le comité d'éthique de la recherche du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de l'Est-de-l'Île-de-Montréal. Les chercheurs de l'étude, ainsi que les auxiliaires de recherche, se sont engagés à respecter les règles éthiques en lien avec le projet de recherche. De plus, le comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains (CERPE 4: sciences humaines) de l'Université du Québec à Montréal (UQAM)

a examiné le projet de recherche et le juge conforme aux pratiques habituelles ainsi qu'aux normes établies par la Politique No 54 sur l'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQAM.

3.6 Études de cas

Les études de cas présentées dans cet article correspondent aux trois premiers participants, selon un recrutement chronologique, dans le cadre d'une étude se déroulant au Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (Projet 2018-1231 — Évaluation des effets du programme « Parents, parlons TOC ! » chez les parents de jeunes présentant un trouble obsessionnel-compulsif). De manière à uniformiser le portrait des participants, seuls les résultats des mères seront présentés dans cet article. De ces trois participantes, deux sont venues en couple assister aux rencontres parentales tandis qu'une participante était seule.

Description du cas 1. Nathalie¹, 40 ans, est la mère de deux enfants dont l'aîné, Alex, présente un TOC. Alex est âgé de 13 ans et sa sœur est âgée de 11 ans. Nathalie a un diplôme d'études collégiales en communication. Elle a cessé ses activités professionnelles lors du déclenchement du TOC de son fils, et ce, depuis 6 mois. Nathalie est mariée ; son mari et père de ses enfants, 53 ans, est ingénieur (diplôme universitaire de deuxième cycle). Les deux parents ont effectué toutes les rencontres du programme ensemble.

¹ Tous les noms des participants et de leurs enfants sont fictifs.

Diagnostic et suivis antérieurs. Six mois avant le début de l'intervention, Alex a reçu un diagnostic de TOC sans trouble concomitant à la suite d'une évaluation en pédopsychiatrie au sein d'un hôpital pour enfant de la région de Montréal. Alex prend une médication (Sertraline/Zoloft[®], 75 mg) et il a rencontré une psychologue d'approche cognitive comportementale à quelques reprises. Selon la mère, les thèmes abordés par la psychologue ciblaient l'anxiété et la relation fusionnelle mère-enfant et non les symptômes de TOC. Les premiers symptômes obsessionnels-compulsifs sont apparus à la suite d'un épisode d'intimidation à l'école. Ses obsessions se caractérisaient par la peur d'attraper une maladie, d'être contaminé ou d'avoir un accident. Ses compulsions se caractérisaient par des gestes répétitifs de type superstition, des rituels dans la salle de bain (douches excessives) et des rituels au niveau de la routine (ouvrir/fermer les lumières). À la suite de l'apparition du TOC, Nathalie rapporte la présence de conflits entre les membres de la famille, de comportements d'accommodation familiale, d'inquiétudes et des difficultés à obtenir des services en lien avec le TOC de son fils. Selon Nathalie, Alex et leur famille auraient vécu de l'isolement social.

À la suite de l'évaluation dans le cadre de cette étude, l'indice de sévérité des symptômes obsessionnels-compulsifs de Alex était : modérée importante.

Description du cas 2. Carole, 50 ans, est la mère de deux enfants dont l'aîné, Tristan, présente un TOC. Tristan est âgé de 13 ans et son frère de 11 ans. Le niveau de scolarité de la mère correspond à des études universitaires de 3^e cycle et elle travaille à temps plein comme pathologiste dans un centre hospitalier. Le conjoint de fait de Carole a 50 ans et est le père de ses enfants. Il est ingénieur (diplôme universitaire de deuxième cycle). Le père présente un diagnostic de TOC et le frère de Tristan présente des symptômes obsessionnels-compulsifs. Seule la mère a assisté aux rencontres parentales puisque le père était anxieux et se sentait confronté par certains thèmes abordés durant les rencontres.

Diagnostic et suivis antérieurs. Selon la mère, Tristan a des symptômes obsessionnels-compulsifs depuis l'âge de 7 ans et il ne présente aucun trouble concomitant. Tristan ne prend aucune médication. Il rencontre une psychologue utilisant la thérapie cognitive comportementale pour diminuer l'anxiété à raison d'une fois par mois depuis 7 mois avant le début de l'intervention. La mère précise que les rencontres avec la psychologue n'impliquent pas la participation des parents. Les symptômes obsessionnels-compulsifs de Tristan se seraient exacerbés à la suite de l'entrée au secondaire. Les obsessions étaient caractérisées par la peur d'être malade, que quelque chose de terrible arrive aux autres et par une préoccupation excessive pour la propreté. Les compulsions étaient caractérisées par des rituels superstitieux (p. ex., éviter de toucher les carreaux de couleurs ou les lignes), besoin de toucher, frotter et frapper, besoin de répéter des activités routinières (p. ex., fermer/ouvrir les lumières et les portes), besoin de faire des choses jusqu'à ce qu'elles soient « parfaitement effectuées ». Au cours des dernières années, les symptômes ont fluctué jusqu'à atteindre une pointe de sévérité à l'entrée du secondaire. Selon la mère, ce sont les rituels impliquant la salle de bain (p. ex., lavage des mains à répétition, lavage des dents durant plus de 15 minutes, rituels dans la douche de 30 minutes) qui entraînent des adaptations importantes dans le fonctionnement familial, telles que la mise en place d'une salle de bain supplémentaire et exclusive à Tristan.

À la suite de l'évaluation dans le cadre de cette étude, l'indice de sévérité des symptômes obsessionnels-compulsifs de Tristan était : modérée.

Description du cas 3. Valérie, 41 ans, est la mère de deux enfants, dont le cadet, Zachary présente un TOC depuis 3 mois avant le début de l'intervention. Zachary est âgé de 12 ans et son frère de 15 ans. Le niveau de scolarité de Valérie correspond à des études universitaires de 1^{er} cycle et elle travaille à temps plein comme gestionnaire. Valérie est mariée à Roger, 46 ans, et père des enfants. Ce dernier a effectué des études

universitaires de 1er cycle en enseignement. Le père a également rapporté des symptômes obsessionnels-compulsifs durant les rencontres. Les deux parents ont effectué toutes les rencontres du programme.

Diagnostic et suivis antérieurs. Selon la mère, le TOC de Zachary semble apparaître de façon soudaine 3 mois avant le début de l'intervention. Les symptômes rapportés par l'enfant caractérisaient un TOC de type phobie d'impulsion, notamment la peur de faire du mal aux autres ou à soi-même. Ces obsessions envahissantes et dysfonctionnelles nécessitent habituellement une prise en charge rapide parce qu'elles sont accompagnées d'une détresse importante. Les compulsions se caractérisaient par une demande de réassurance de la part de ses proches. Zachary n'a pas de trouble concomitant. Le diagnostic a été émis à la suite d'une évaluation en psychiatrie au sein d'un hôpital de la région de Québec. Des suivis médicaux et psychologiques ont été proposés à Zachary ; médication (Sertraline/Zoloft ®, 50 mg) et traitement psychothérapeutique avec une psychologue en parallèle pour les symptômes obsessionnels-compulsifs par la restructuration cognitive. Les rencontres avec la psychologue n'impliquaient pas la participation des parents, bien qu'ils aient rapporté à la thérapeute des exemples d'accommodation familiale et qu'ils cherchaient spontanément à diminuer le niveau de réassurance qu'ils apportaient à leur fils.

À la suite de l'évaluation dans le cadre de cette étude, l'indice de sévérité des symptômes obsessionnels-compulsifs de Zachary était : modérée.

3.7 Résultats

Pour répondre à l'objectif principal de ces études de cas, les mères ont rempli un questionnaire (*FAS-PR*) où elles rapportent les comportements d'accommodation

familiale effectués face aux symptômes obsessionnels-compulsifs de leurs enfants. Chaque comportement est compilé afin d'obtenir un score global qui représente le degré d'accommodation familiale de la mère. Le tableau 3.2. présente les comportements d'accommodations rapportés par les participantes avant et après les rencontres.

Afin de déterminer si la diminution des comportements d'accommodation familiale est significative par rapport à chaque participante respectivement, la méthode de Jacobson et Truax (1991) a été utilisée. Dans un premier temps, la méthode consiste à déterminer si le changement observé est statistiquement fiable, c'est-à-dire, si la différence observée entre les scores peut être attribuée à un changement réel. La méthode de Jacobson et Truax (1991) permet d'examiner si le changement observé est plus grand que ce qui pourrait être attendu étant donné la fiabilité des instruments de mesure. Cet indice de changement fiable est calculé en divisant la différence entre le score global rapporté par la mère après les rencontres (post-traitement) et le score global rapporté par la mère avant les dix rencontres (pré-traitement) par l'erreur standard des différences obtenu à l'aide de l'indice de la consistance interne (alpha de Cronbach) ou du coefficient test-retest de l'instrument de mesure (Jacobson & Truax, 1991). S'il est disponible pour les instruments de mesure, l'indice de la consistance interne est privilégié. La deuxième étape du calcul de la signification clinique consiste à estimer les seuils de changement d'une population clinique, c'est-à-dire deux écarts-types sous la moyenne d'un échantillon clinique. Ces seuils sont calculés en fonction des données de la population clinique et des caractéristiques de la distribution. Ainsi, la moyenne ($MOY. = 31$) et l'écart-type ($S.D. = 9$) du niveau d'accommodation familiale de l'échantillon de parents ($n = 74$) de l'étude de Flessner, Sapyta, et al. (2011) ont été utilisés afin de calculer l'erreur standard et l'indice de changement fiable.

Une diminution significative du score global avant et après les rencontres parentales est observée pour les trois participantes (voir figure 3.2). Les comportements d'accommodation familiale de la participante 1 ont diminué de 51,72 %. Les comportements d'accommodation familiale de la participante 2 ont diminué de 57,14 %. Les comportements d'accommodation familiale de la participante 3 ont diminué de 100 %. Par conséquent, l'indice de changement considère que la participante 1 s'est améliorée et que les participantes 2 et 3 sont en rémission.

Le deuxième objectif de ces études de cas est de présenter l'effet de ces rencontres sur les conflits familiaux, les attitudes parentales négatives (hostilité et blâme), les habiletés parentales (résolution de problème et communication) ainsi que le fonctionnement familial. Afin de déterminer si un changement significatif est observé selon les différentes variables familiales par rapport à chaque participante, la méthode de Jacobson et Truax (1991) a été utilisée. Les tableaux 3.3, 3.4 et 3.5 présentent les résultats rapportés par les participantes avant et après les rencontres. Après les rencontres parentales, les résultats rapportés par les participantes 2 et 3 sont stables; aucun changement significatif n'est observé pour l'ensemble des variables familiales. Les résultats rapportés par la participante 1 sont majoritairement stables. Néanmoins, après les rencontres parentales, la participante 1 rapporte une augmentation des conflits familiaux, ce qui représente une détérioration significative. Parallèlement, les résultats de la participante 1 montrent une amélioration significative des habiletés de communication à la suite des rencontres parentales. Par ailleurs, toutes les mères participantes rapportent une diminution significative des symptômes obsessionnels-compulsifs de l'enfant; diminution respective de 35 %, 35,5 % et 33,3 %.

3.8 Discussion

L'objectif principal de ces études de cas était de mesurer l'effet de rencontres parentales éducatives et thérapeutiques sur l'accommodation familiale rapporté par des mères d'enfants atteints de trouble obsessionnel-compulsif. Une diminution significative du niveau d'accommodation familiale est observée chez les 3 participantes à la suite de l'intervention. L'accommodation familiale représente un thème abordé dans le guide des dix rencontres parentales éducatives et thérapeutiques. Durant les rencontres, plus précisément lors de la rencontre 5, le rôle de l'accommodation familiale et les différents types de comportements caractérisant l'accommodation familiale sont présentés aux parents. De ce fait, la prise de conscience des comportements d'accommodation de la part des mères est augmentée. L'un des objectifs de cette rencontre est également de proposer des comportements alternatifs à l'accommodation familiale. Au fil des rencontres, les mères sont invitées à modifier leurs comportements. Une rétroaction sur leurs comportements est offerte à chacune des rencontres afin de favoriser le changement. Ces objectifs précis ont pu contribuer à la diminution significative du niveau d'accommodation familiale. Par ailleurs, les trois participantes ont ciblé dans le questionnaire d'appréciation du programme parental, l'accommodation familiale comme l'un des thèmes importants et pertinents des rencontres parentales éducatives et thérapeutiques.

Bien que les comportements d'accommodation familiale aient diminué chez les participantes, certaines mères ont rapporté de nouveaux comportements lors de la complétion des questionnaires après les dix rencontres. Il se peut que les mères rapportent ces nouveaux comportements en raison de l'augmentation de la prise de conscience des comportements d'accommodation familiale. Par exemple, la participante 2 rapporte après les dix rencontres : « regarder l'enfant alors qu'il

complète des rituels (2-3x/sem.) », « attendre l'enfant (1x/sem.) » et « se retenir de dire ou de faire des choses (2-3x/sem.) ».

En ce qui concerne l'indice de changement de l'accommodation familiale, les participantes 2 et 3 sont considérées en rémission tandis que la participante 1 s'est améliorée. Cette distinction peut s'expliquer par l'indice de sévérité des symptômes obsessionnels-compulsifs du fils de la participante 1 qui est modérée importante tandis que les indices de sévérité des symptômes obsessionnels-compulsifs des deux autres enfants étaient modérées. Ainsi, les écarts cliniques des indices de sévérité des symptômes obsessionnels-compulsifs peuvent avoir une incidence à plus long terme sur le niveau d'accommodation familiale.

Après les dix rencontres parentales, l'enfant de la participante 3 présente toujours un indice de sévérité des symptômes obsessionnels-compulsifs modéré tandis que la participante 3 présente un niveau d'accommodation nul. L'absence d'accommodation familiale chez la participante 3 signifie un gain thérapeutique intéressant et majeur des rencontres parentales éducatives et thérapeutiques. La prise de conscience des comportements d'accommodation familiale des parents était déjà élevée et a pu faciliter la mise en place des stratégies visant à diminuer l'accommodation familiale. De plus, l'enfant de la participante 3 présente un TOC de type phobie d'impulsion, c'est-à-dire des pensées caractérisées par la peur de faire du mal aux autres de quelque façon. En général, les interventions thérapeutiques dans ce type de TOC sont particulièrement difficiles parce que les compulsions consistent à l'évitement de certains contacts sociaux et/ou la réassurance de la part des parents. Par conséquent, la cessation de certains comportements d'évitement ou de réassurance de la part de la participante 3 limite le processus de renforcement négatif et le maintien du cycle obsessionnel-compulsif. De ce fait, cela favorisera potentiellement l'utilisation et la mise en application des exercices et des outils travaillés dans la psychothérapie individuelle de l'enfant.

L'ampleur de la diminution du niveau d'accommodation familiale de la participante 2 est plus faible que celles des participantes 1 et 3. Les participantes 1 et 3 étaient accompagnées par le père de l'enfant durant les rencontres, ce qui a pu avoir un effet sur la motivation et la congruence des interventions des deux parents et ainsi, favoriser la diminution de l'accommodation familiale.

Le deuxième objectif de ces études de cas était de présenter l'effet de ces rencontres sur des variables liées au fonctionnement familial. Les conflits familiaux, les attitudes parentales négatives (hostilité et blâme), les habiletés parentales (résolution de problème et communication) ainsi que le fonctionnement familial ont été évalués chez 3 mères d'enfants atteints de TOC. La première observation est qu'avant les rencontres parentales, les familles ne présentent pas de difficulté de fonctionnement. En conséquence, une diminution significative des symptômes est difficile à obtenir et la plupart des comportements parentaux demeurent stables. Néanmoins, une participante rapporte une augmentation des conflits familiaux et, paradoxalement, une amélioration significative des habiletés de communication à la suite des rencontres parentales. Les rencontres parentales ciblent notamment l'accommodation familiale et les habiletés parentales (p. ex., les habiletés de résolution de problèmes et les habiletés de communication). Les habiletés de résolution de problèmes et les habiletés de communication permettent de réduire l'accommodation familiale en fournissant aux parents des moyens alternatifs afin d'éviter de se soumettre aux symptômes obsessionnels-compulsifs de leurs enfants. Cependant, la mise en place de ces moyens peut augmenter temporairement les conflits familiaux. Par ailleurs, les comportements d'accommodation rapportés par cette participante étaient plus nombreux et sévères. Par conséquent, ils peuvent demander plus d'efforts et plus de temps avant d'être modifiés.

Plusieurs parents ont également admis être dépassés face au TOC de leur jeune et ressentir de la culpabilité, un sentiment d'impuissance et une fatigue aigüe. La

participante 1 témoigne : « Au début, le sentiment de culpabilité prend le dessus. On se questionne. On se dit que tout est à cause de nous, qu'est-ce que qu'on a fait de mal avec notre enfant, est-ce que le TOC est arrivé à cause de comment on a élevé notre fils? ». La participante 1 nomme que les rencontres parentales permettent de diminuer la présence des sentiments de culpabilité et d'impuissance face au TOC de son enfant. Les rencontres parentales offrent un soutien psychologique aux familles, ce qui permet de normaliser leur vécu émotionnel et d'en discuter. À la suite des rencontres parentales éducatives et thérapeutiques, les participantes rapportent également de manière qualitative une meilleure compréhension du TOC, plus précisément, le rôle du renforcement négatif des compulsions et de l'accommodation familiale. Les mères précisent que les rencontres aident à identifier les comportements appropriés en contexte du trouble obsessionnel-compulsif. La participante 3 témoigne : « J'ai beaucoup apprécié ces rencontres. J'en ai retiré une compréhension du TOC de mon enfant que je n'aurais jamais eu autrement. Je suis maintenant outillée à faire face à ses comportements. Je suis passée d'un état de grande détresse à un état de relative acceptation. ». Toutes les participantes recommandent les rencontres parentales. La participante 1 verbalise : « Nous avons que du bon à dire sur notre expérience. Ce fut de « A à Z » une belle et grande aventure. Je crois qu'il est essentiel d'offrir ce programme à tous les intervenants sociaux et scolaires et, surtout, à toutes les familles qui vivent le TOC à la maison. Ce projet a fait une vraie et grande différence dans nos vies. ».

3.8.1 Limites et forces de l'étude

Bien que les trois participantes montrent des similarités sur le plan personnel, familial et socioéconomique, les résultats ne peuvent être généralisés à toutes les familles ayant un enfant atteint de TOC. Une limite à cette étude est que les enfants des trois

participantes avaient également un suivi en psychologie. Par conséquent, il est difficile pour des raisons éthiques et déontologiques d'isoler les effets du suivi parallèle de la psychothérapie individuelle de l'enfant et des rencontres parentales éducatives et thérapeutiques. Bien que les parents précisent ne pas être impliqués dans les rencontres psychothérapeutiques de leurs enfants, il se peut que la concomitance des suivis de l'enfant et du parent influence la diminution des comportements d'accommodation familiale.

Une force de cette étude est d'établir la faisabilité et la pertinence de proposer des rencontres parentales éducatives et thérapeutiques dans le trouble obsessionnel-compulsif chez les enfants. Les rencontres ont reçu un accueil positif de la part des parents et ces derniers ont mentionné leur appréciation de l'intervention. En plus des effets empiriques sur l'accommodation familiale, les rencontres parentales permettraient des gains cliniques secondaires. Il semble que les rencontres améliorent la compréhension des parents de cette problématique et offrent à ceux-ci un soutien psychologique en diminuant la présence de sentiments de culpabilité et d'impuissance.

3.8.2 Perspectives futures

Les prochaines études viseront à évaluer les effets de ces rencontres dans un protocole d'essai clinique à plus grande échelle. De plus, il serait intéressant d'observer si un changement similaire est observé auprès des symptômes obsessionnels-compulsifs de l'enfant, tels que mesurés par une évaluatrice clinique, ainsi que d'autres variables familiales (p. ex., détresse parentale et cohésion entre les membres de la famille). Ultiment, une étude viserait à évaluer les effets de ces rencontres dans un devis de

recherche à répartition aléatoire selon deux modalités soit avec des rencontres parentales éducatives et thérapeutiques et sans rencontre parentale.

Les principales retombées de l'étude sont de déterminer les répercussions des rencontres sur les variables familiales. Si les rencontres s'avèrent efficaces et si elles permettent les avantages anticipés, la composante parentale pourrait être intégrée aux traitements psychothérapeutiques visant à traiter les jeunes atteints de TOC pour optimiser les effets et augmenter la qualité de vie.

3.9 Conclusion

Il est primordial d'offrir des interventions afin de soutenir les familles ayant un enfant atteint de trouble obsessionnel-compulsif. Bien que le trouble obsessionnel-compulsif chez les enfants génère des conséquences fonctionnelles dans la sphère familiale, il faut noter que la famille peut influencer les symptômes obsessionnels-compulsifs de leur enfant par leurs attitudes et leurs comportements. De ce fait, le rôle et l'engagement des parents dans le traitement de cette problématique ne sont pas à négliger. Si aucun changement n'est apporté dans les interventions des parents face au TOC, ce dernier risque de se maintenir et de se renforcer empêchant ainsi les enfants d'utiliser leurs propres outils et stratégies thérapeutiques. Cette étude montre la faisabilité et la pertinence de proposer aux parents une intervention novatrice de rencontres éducatives et thérapeutiques ciblant la compréhension du TOC, l'amélioration du fonctionnement familial et de bonnes habiletés parentales.

Financement

Organismes de recherche ayant soutenu le travail : aucun organisme subventionnaire ne finance cette étude.

Déclaration de liens d'intérêts

A.S. & J. L. sont les auteures des rencontres parentales éducatives et thérapeutiques.

Références

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5 (5e éd.)*. Arlington, VA : American Psychiatric Publishing.
- Antshel, K. M., & Barkley, R. (2008). Psychosocial interventions in attention deficit hyperactivity disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 17(2), 421-437.
- Barkley, R. A. (2013). *Defiant children: A clinician's manual for assessment and parent training*: Guilford Press.
- Barrett, P. M., Farrell, L., Pina, A. A., Peris, T. S., & Piacentini, J. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for child and adolescent obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37(1), 131-155.
- Boileau, B. (2011). A review of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 13(4), 401.
- Calvocoressi, L., Lewis, B., Harris, M., & Trufan, S. J. (1995). Family accommodation in obsessive-compulsive disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 152(3), 441.
- Chambless, D. L., & Steketee, G. (1999). Expressed emotion and behavior therapy outcome: A prospective study with obsessive-compulsive and agoraphobic outpatients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(5), 658.
- De Graaf, I., Speetjens, P., Smit, F., de Wolff, M., & Tavecchio, L. (2008). Effectiveness of the Triple P Positive Parenting Program on behavioral problems in children: A meta-analysis. *Behavior Modification*, 32(5), 714-735.
- Dretzke, J., Davenport, C., Frew, E., Barlow, J., Stewart-Brown, S., Bayliss, S., . . . Hyde, C. (2009). The clinical effectiveness of different parenting programmes for children with conduct problems: a systematic review of randomised controlled trials. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 3(1), 7.

- Epstein, N. B., Baldwin, L. M., & Bishop, D. S. (1983). The McMaster family assessment device. *Journal of Marital and Family Therapy, 9*(2), 171-180.
- Flessner, C. A., Freeman, J. B., Sapyta, J., Garcia, A., Franklin, M. E., March, J. S., & Foa, E. (2011). Predictors of parental accommodation in pediatric obsessive-compulsive disorder: Findings from the pediatric obsessive-compulsive disorder treatment study (POTS) trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 50*(7), 716-725.
- Flessner, C. A., Sapyta, J., Garcia, A., Freeman, J. B., Franklin, M. E., Foa, E., & March, J. (2011). Examining the psychometric properties of the family accommodation scale-parent-report (FAS-PR). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 33*(1), 38-46.
- Franklin, M. E., Freeman, J. B., & March, J. S. (2018). *Treating OCD in Children and Adolescents: A Cognitive-Behavioral Approach* : Guilford Press.
- Franklin, M. E., Sapyta, J., Freeman, J. B., Khanna, M., Compton, S., Almirall, D., . . . Edson, A. L. (2011). Cognitive behavior therapy augmentation of pharmacotherapy in pediatric obsessive-compulsive disorder: the Pediatric OCD Treatment Study II (POTS II) randomized controlled trial. *JaMa, 306*(11), 1224-1232.
- Freeman, J. B., Garcia, A. M., Coyne, L., Ale, C., Przeworski, A., Himle, M., . . . Leonard, H. L. (2008). Early childhood OCD: Preliminary findings from a family-based cognitive-behavioral approach. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 47*(5), 593-602.
- Garcia, A. M., Sapyta, J. J., Moore, P. S., Freeman, J. B., Franklin, M. E., March, J. S., & Foa, E. B. (2010). Predictors and moderators of treatment outcome in the Pediatric Obsessive Compulsive Treatment Study (POTS I). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 49*(10), 1024-1033.

- Goodman, W., Price, L., Rasmussen, S., Riddle, M., & Rapoport, J. (1991). Children's Yale-Brown obsessive compulsive scale (CY-BOCS). *New Haven: Department of Psychiatry, Yale University School of Medicine.*
- Hauth-Charlier, S. (2009). Évaluation du Programme d'entraînement aux habiletés parentales de Barkley pour les parents d'enfant ayant un TDA/H issus d'une population française. *Journal de thérapie comportementale et cognitive, 19* (4), 163-166.
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*(1), 12.
- Lebowitz, E. R. (2013). Parent-based treatment for childhood and adolescent OCD. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders, 2*(4), 425-431.
- Lebowitz, E. R., Panza, K. E., & Bloch, M. H. (2016). Family accommodation in obsessive-compulsive and anxiety disorders: a five-year update. *Expert Review of Neurotherapeutics, 16*(1), 45-53.
- Lewin, A. B., Storch, E. A., Merlo, L. J., Adkins, J. W., Murphy, T., & Geffken, G. A. (2005). Intensive Cognitive Behavioral Therapy for Pediatric Obsessive Compulsive Disorder : A Treatment Protocol for Mental Health Providers. *Psychological Services, 2*(2), 91.
- Mailloux, C. (1992). *L'environnement familial des enfants de 6 à 12 ans en difficulté d'adaptation et d'apprentissage.* Université du Québec à Trois-Rivières,
- March, J. S., & Mulle, K. (1998). *OCD in children and adolescents: A cognitive-behavioral treatment manual:* Guilford Press.
- Merlo, L. J., Lehmkuhl, H. D., Geffken, G. R., & Storch, E. A. (2009). Decreased family accommodation associated with improved therapy outcome in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*(2), 355.

- Mollard, E., Cottraux, J., & Bouvard, M. (1989). Version française de l'échelle d'obsession-compulsion de Yale-Brown. *L'Encéphale : Revue de psychiatrie clinique biologique et thérapeutique*.
- Moos, R. H., & Moos, B. S. (1994). *Family environment scale manual*: Consulting Psychologists Press.
- Mowrer, O. (1960). *Learning theory and behavior*.
- Mullick, M. S. I., & Goodman, R. (2005). The prevalence of psychiatric disorders among 5–10 year olds in rural, urban and slum areas in Bangladesh. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *40*(8), 663-671.
- Olatunji, B. O., Davis, M. L., Powers, M. B., & Smits, J. A. (2013). Cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder : A meta-analysis of treatment outcome and moderators. *Journal of Psychiatric Research*, *47*(1), 33-41.
- Peris, T. S., Benazon, N., Langley, A., Roblek, T., & Piacentini, J. (2008). Parental attitudes, beliefs, and responses to childhood obsessive compulsive disorder: The Parental Attitudes and Behaviors Scale. *Child & Family Behavior Therapy*, *30*(3), 199-214.
- Peris, T. S., & Piacentini, J. (2013). Optimizing treatment for complex cases of childhood obsessive compulsive disorder: a preliminary trial. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, *42*(1), 1-8.
- Peris, T. S., Rozenman, M. S., Sugar, C. A., McCracken, J. T., & Piacentini, J. (2017). Targeted family intervention for complex cases of pediatric obsessive-compulsive disorder: a randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *56*(12), 1034-1042. e1031.
- Peris, T. S., Sugar, C. A., Bergman, R. L., Chang, S., Langley, A., & Piacentini, J. (2012). Family factors predict treatment outcome for pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *80*(2), 255.

- Piacentini, J., Bergman, R. L., Chang, S., Langley, A., Peris, T., Wood, J. J., & McCracken, J. (2011). Controlled comparison of family cognitive behavioral therapy and psychoeducation/relaxation training for child obsessive-compulsive disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *50*(11), 1149-1161.
- Piacentini, J., Bergman, R. L., Keller, M., & McCracken, J. (2003). Functional impairment in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, *13*(2, Supplement 1), 61-69.
- POTS, T. (2004). Cognitive-Behavior Therapy, Sertraline, and Their Combination for Children and Adolescents With Obsessive-Compulsive Disorder The Pediatric OCD Treatment Study (POTS) Randomized Controlled Trial. *JaMa*, *292* (16), 1969-1976. doi : 10.1001/jama.292.16.1969
- Rachman, S. (1977). The conditioning theory of fear acquisition: A critical examination. *Behaviour Research and Therapy*, *15*(5), 375-387.
- Renshaw, K. D., Steketee, G., & Chambless, D. L. (2005). Involving family members in the treatment of OCD. *Cognitive Behaviour Therapy*, *34*(3), 164-175.
- Rosa-Alcázar, Á., Rosa-Alcázar, A. I., Olivares-Olivares, P. J., Parada-Navas, J. L., Rosa-Alcázar, E., & Sánchez-Meca, J. (2019). Family involvement and treatment for young children with Obsessive-Compulsive Disorder: Randomized control study. *International Journal of Clinical and Health Psychology*.
- Scahill, L., Riddle, M. A., McSwiggin-Hardin, M., Ort, S. I., King, R. A., Goodman, W. K., . . . Leckman, J. F. (1997). Children's Yale-Brown obsessive compulsive scale: reliability and validity. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *36*(6), 844-852.
- Statistique Canada. (2017, 18 juin 2019). Profil du recensement, Recensement de 2016. Repéré à <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/dp-pd/prof/index.cfm?Lang=F>

- Stewart, S., Geller, D., Jenike, M., Pauls, D., Shaw, D., Mullin, B., & Faraone, S. (2004). Long-term outcome of pediatric obsessive–compulsive disorder : a meta-analysis and qualitative review of the literature. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *110*(1), 4-13.
- Stewart, S. E., Hu, Y.-P., Leung, A., Chan, E., Hezel, D. M., Lin, S. Y., . . . Pauls, D. L. (2017). A multisite study of family functioning impairment in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *56*(3), 241-249. e243.
- Storch, E. A., Geffken, G. R., Merlo, L. J., Jacob, M. L., Murphy, T. K., Goodman, W. K., . . . Grabill, K. (2007). Family accommodation in pediatric obsessive–compulsive disorder. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, *36*(2), 207-216.
- Storch, E. A., Shapira, N. A., Dimoulas, E., Geffken, G. R., Murphy, T. K., & Goodman, W. K. (2005). Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale : the dimensional structure revisited. *Depression and Anxiety*, *22*(1), 28-35.
- Surprenant, A., & Leclerc, J. B. (2017). *Parents, parlons TOC! : Rencontres parentales éducatives et thérapeutiques* [Guide méthodologique (parents et thérapeute)]. Centre d'études pour les troubles obsessionnels-compulsifs et les tics, Université du Québec à Montréal.
- Thienemann, M., Martin, J., Cregger, B., Thompson, H. B., & Dyer-Friedman, J. (2001). Manual-driven group cognitive-behavioral therapy for adolescents with obsessive-compulsive disorder : A pilot study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *40*(11), 1254-1260.
- Thompson-Hollands, J., Abramovitch, A., Tompson, M. C., & Barlow, D. H. (2015). A randomized clinical trial of a brief family intervention to reduce accommodation in obsessive-compulsive disorder: a preliminary study. *Behavior Therapy*, *46*(2), 218-229.

- Thompson-Hollands, J., Edson, A., Tompson, M. C., & Comer, J. S. (2014). Family involvement in the psychological treatment of obsessive-compulsive disorder : A meta-analysis. *Journal of Family Psychology, 28*(3), 287.
- Vikas, A., Avasthi, A., & Sharan, P. (2011). Psychosocial impact of obsessive-compulsive disorder on patients and their caregivers: a comparative study with depressive disorder. *International Journal of Social Psychiatry, 57*(1), 45-56.
- Watson, H. J., & Rees, C. S. (2008). Meta-analysis of randomized, controlled treatment trials for pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 49*(5), 489-498.
- Weidle, B., Jozefiak, T., Ivarsson, T., & Thomsen, P. H. (2014). Quality of life in children with OCD with and without comorbidity. *Health and Quality of Life Outcomes, 12*(1), 152.
- Wu, M. S., Geller, D. A., Schneider, S. C., Small, B. J., Murphy, T. K., Wilhelm, S., & Storch, E. A. (2019). Comorbid psychopathology and the clinical profile of family accommodation in pediatric OCD. *Child Psychiatry & Human Development, 1-10*.
- Wu, M. S., Lewin, A. B., Murphy, T. K., Geffken, G. R., & Storch, E. A. (2014). Phenomenological considerations of family accommodation: Related clinical characteristics and family factors in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders, 3*(3), 228-235.

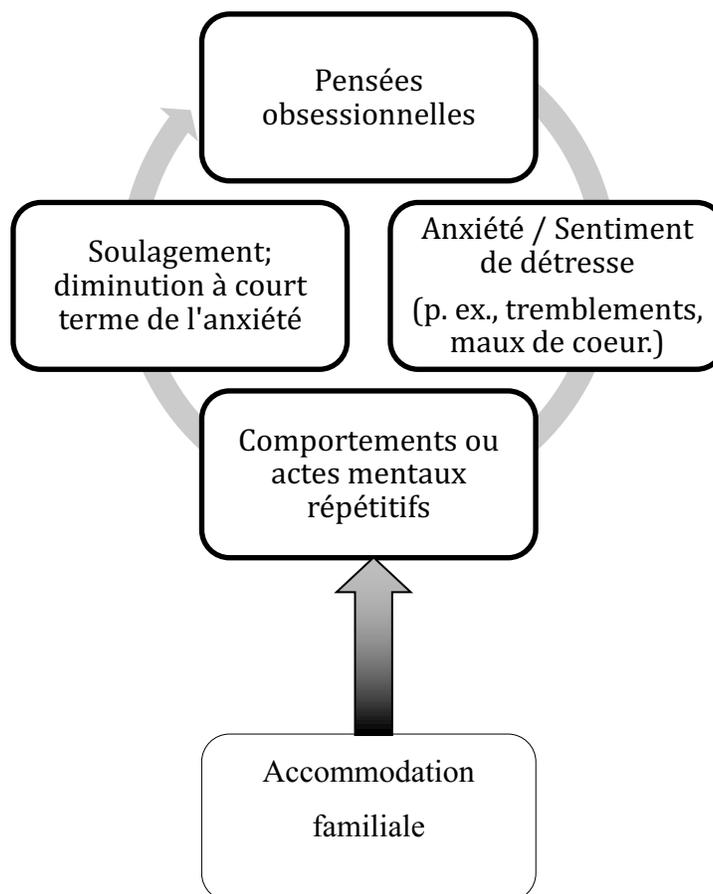


Figure 3.1. Cycle du trouble obsessionnel-compulsif et rôle de l'accommodation familiale

Tableau 3.1. Thèmes et objectifs des rencontres parentales éducatives et thérapeutiques

	Thèmes	Objectifs
1	Éducation psychologique au sujet du TOC	<ol style="list-style-type: none"> 1. Accueillir le ou les parents 2. Définir les symptômes obsessionnels-compulsifs du jeune 3. Comprendre les symptômes du TOC 4. Normaliser les symptômes du TOC 5. Établir une distance émotionnelle par rapport aux comportements liés au TOC
2	Les comportements TOC et non-TOC	<ol style="list-style-type: none"> 1. Approfondir le cycle du trouble obsessionnel-compulsif 2. Différencier les comportements TOC et non-TOC en comprenant leur fonction
3	La séquence obsessionnelle	<ol style="list-style-type: none"> 1. Comprendre le rôle du doute obsessionnel 2. Comprendre la séquence obsessionnelle 3. Cibler les obsessions et les doutes obsessionnels
4	Les répercussions du TOC	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifier les répercussions du TOC dans la vie du jeune selon les parents 2. Identifier les répercussions du TOC dans la vie familiale 3. Utiliser l'intervention systémique de la famille pour comprendre le rôle de la famille dans le cycle du TOC
5	L'accommodation familiale	<ol style="list-style-type: none"> 1. Définir l'accommodation familiale 2. Identifier les comportements d'accommodation de la famille 3. Trouver des comportements alternatifs

6	Résolution de problèmes	<ol style="list-style-type: none"> 1. Enseigner des méthodes de résolution de problèmes 2. Identifier des problèmes familiaux récurrents en lien avec le TOC 3. Appliquer la méthode de résolution de problèmes 4. Aborder les principes du conditionnement opérant
7	Attitudes et comportements consolidant le TOC	<ol style="list-style-type: none"> 1. Favoriser des attitudes positives par rapport au TOC 2. Cibler les attitudes et les comportements des parents consolidant le cycle du TOC 3. S'exercer à faire du renforcement positif social lorsque l'enfant émet des comportements appropriés
8	Communication	<ol style="list-style-type: none"> 1. Définir les composantes de la communication (Recevoir et Émettre) 2. Enseigner des stratégies de communication empathique et saine
9	Régulation émotionnelle	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reconnaître ses émotions personnelles et celles des autres 2. Enseigner des stratégies de régulation des émotions
10	Autonomie du jeune/Bilan des apprentissages	<ol style="list-style-type: none"> 1. Encourager les parents à favoriser l'autonomie de leur enfant 2. Résumer les apprentissages

Tableau 3.2. Comportements d'accommodations rapportés par les participantes

	Pré-traitement	Post-traitement
Participante 1	Procurer du réconfort (4-6x/sem.)	Procurer du réconfort (1x/sem.)
	Regarder l'enfant alors qu'il complète les rituels (tous les jours)	Regarder l'enfant alors qu'il complète les rituels (4-6x/sem.)
	Attendre l'enfant (tous les jours)	Attendre l'enfant (4-6x/sem.)
	Se retenir de dire ou de faire des choses (2-3x/sem.)	Se retenir de dire ou de faire des choses (1x/sem.)
	Participer aux compulsions (1x/sem.)	Non rapporté
	Tolérer des comportements bizarres (Tolérance faible)	Tolérer des comportements bizarres (Tolérance moyenne)
	Aider dans les tâches quotidiennes (tous les jours)	Aider dans les tâches quotidiennes (4-6x/sem.)
	Assumer les responsabilités de l'enfant (Moyen)	Non rapporté
	Modifier sa routine personnelle/familiale (Moyen-Routine modifiée)	Modifier sa routine personnelle/familiale (faible-légère modification)
Participante 2	Procurer du réconfort (tous les jours)	Procurer du réconfort (1x/sem.)
	Non rapporté	Regarder l'enfant alors qu'il complète des rituels (2-3x/sem.)
	Non rapporté	Attendre l'enfant (1x/sem.)
	Attendre l'enfant (4-6x/sem.)	Non rapporté
	Tolérer des comportements bizarres (moyen-tolérance)	Non rapporté
	Modifier sa routine personnelle/familiale (moyen)	Non rapporté
	Non rapporté	Se retenir de dire ou de faire des choses (2-3x/sem.)

Participant		
3	Procurer du réconfort (2-3x/sem.)	Non rapporté
	Se retenir de dire ou de faire des choses (tous les jours)	Non rapporté
	Tolérer des comportements bizarres (Tolérance faible)	Non rapporté
	Assumer les responsabilités de l'enfant (Faible)	Non rapporté
	Modifier sa routine personnelle (Faible)	Non rapporté

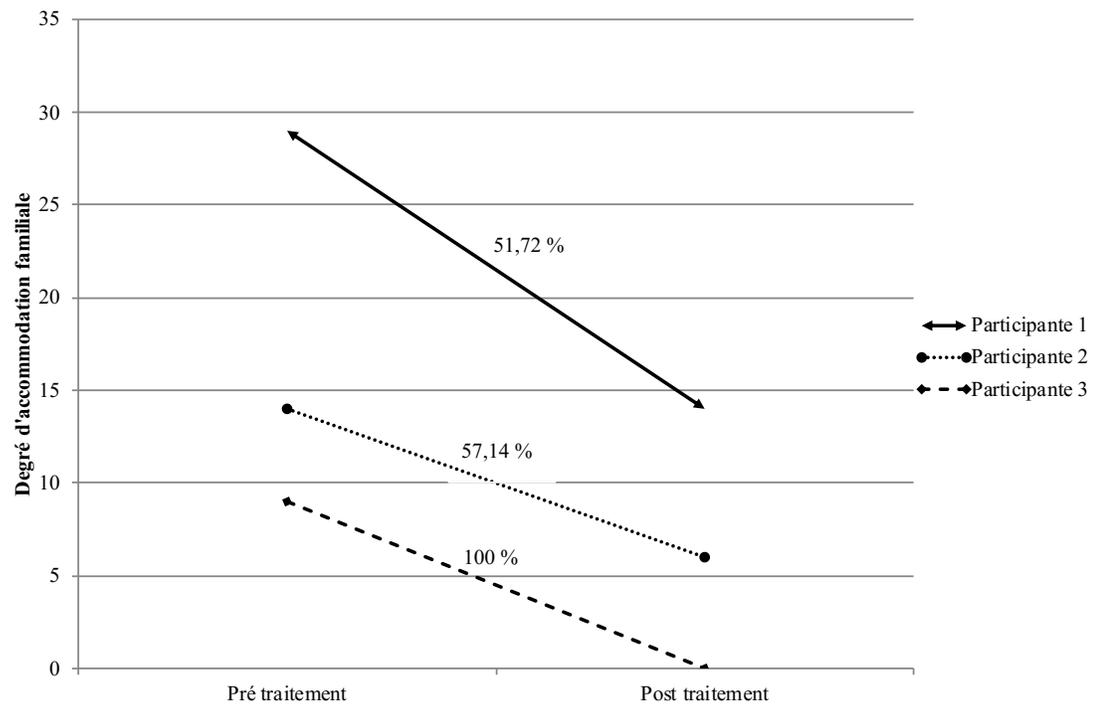


Figure 3.2. Graphique représentant la diminution du niveau d'accommodation familiale des participantes

Tableau 3.3

Scores globaux avant et après le programme des variables familiales et parentales de la participante 1

Variables	Pré	Post	Consistance interne	Moy.	Écart-type	Se	Indice changement fiable	<i>p</i>	Sig.	Changement
Accommodation familiale	29	14	0,9	31	9	2,846	-3,726	0,000	Significatif	Amélioration
Conflits familiaux	1	4	0,75	3,3	1,85	0,925	2,293	0,989	Non-significatif	Détérioration
Hostilité/Blâme	15	20	0,82	13,17	5,24	2,223	1,590	0,944	Non-significatif	Stable
Fonctionnement familial	1,33	1,42	0,92	2,2	0,58	0,164	0,387	0,650	Non-significatif	Stable
Résolution de problèmes	1,83	1,33	0,74	1,91	0,4	0,204	-1,733	0,042	Non-significatif	Stable
Communication	2,11	1,33	0,70	2,09	0,4	0,219	-2,517	0,00	Significatif	Rémission
Symptômes TOC rapportés par la mère	20	13	0,86	22,13	5,67	2,121	-2,333	0,01	Significatif	Amélioration

Tableau 3.4.

Scores globaux avant et après le programme des variables familiales et parentales de la participante 2

Variables	Pré	Post	Consistance interne	Moy.	Écart- type	Se	Indice chan- gement fiable	<i>p</i>	Sig.	Changement
Accommodation familiale	14	6	0,9	31	9	2,846	-1,987	0,023	Significatif	Rémission
Conflits familiaux	3	1	0,75	3,3	1,85	0,925	-1,529	0,063	Non- significatif	Stable
Hostilité/Blâme	12	10	0,82	13,17	5,24	2,223	-0,636	0,262	Non- significatif	Stable
Fonctionnement familial	1,42	1,25	0,92	2,2	0,58	0,164	-0,733	0,233	Non- significatif	Stable
Résolution de problèmes	1,00	1,17	0,74	1,91	0,4	0,204	0,589	0,722	Non- significatif	Stable
Communication	1,67	1,33	0,70	2,09	0,4	0,219	-1,098	0,136	Non- significatif	Stable
Symptômes TOC rapportés par la mère	16	10	0,86	22,13	5,67	2,121	-1,999	0,023	Significatif	Rémission

Tableau 3.5.

Scores globaux avant et après le programme des variables familiales et parentales de la participante 3

Variables	Pré	Post	Consistance interne	Moy.	Écart-type	Se	Indice changement fiable	<i>p</i>	Sig.	Changement
Accommodation familiale	9	0	0,9	31	9	2,846	-2,236	0,012	Significatif	Rémission
Conflits familiaux	4	4	0,75	3,3	1,85	0,925	0	0,5	Non-significatif	Stable
Hostilité/Blâme	12	11	0,82	13,17	5,24	2,223	-0,318	0,375	Non-significatif	Stable
Fonctionnement familial	1,17	1,17	0,92	2,2	0,58	0,164	0	0,5	Non-significatif	Stable
Résolution de problèmes	1,17	1,00	0,74	1,91	0,4	0,204	-0,589	0,278	Non-significatif	Stable
Communication	1,11	1,33	0,70	2,09	0,4	0,219	0,710	0,761	Non-significatif	Stable
Symptômes TOC rapportés par la mère	18	12	0,86	22,13	5,67	2,121	-1,999	0,023	Significatif	Amélioration

CHAPITRE IV

THE EFFECT OF EDUCATIONAL AND THERAPEUTIC PARENTAL MEETINGS FOR CHILDREN OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER: A PRELIMINARY TRIAL

Soumis pour publication dans le *Journal of Cognitive Psychotherapy*

The effect of educational and therapeutic parental meetings for children obsessive-compulsive disorder: A Preliminary Trial

Annie Surprenant, (c) Ph. D. ^{a-b} and Julie B. Leclerc, Ph.D. ^{a-b}

a. Psychology department, Université du Québec à Montréal (UQAM), C.P. 8888, succursale Centre-Ville, Montréal, H3C 3P8, Québec, Canada.

b. Centre de recherche de l'Institut Universitaire en santé mentale de Montréal (CRIUSMM), 7331 Hochelaga Est, Montréal, H1N 3V2, Québec, Canada.

Correspondence address of the authors:

Annie Surprenant, Ph.D. candidate in psychology, Centre de recherche de l'Institut Universitaire en santé mentale de Montréal (CRIUSMM), 7331 rue Hochelaga Est, Montréal, H1N 3V2, Québec, Canada. 514-251-4015 # 3593, Email: surprenant.annie@courrier.uqam.ca.

Julie Leclerc, Director of research at Centre de recherche de l'Institut Universitaire en santé mentale de Montréal (CRIUSMM), 7331 rue Hochelaga Est, Montréal, H1N 3V2, Québec, Canada. 514-251-4015 # 2340, Email: leclerc.julie@uqam.ca.

The effect of educational and therapeutic parental meetings for children obsessive-compulsive disorder: A Preliminary Trial

Obsessive compulsive disorder (OCD) affect family sphere that is characterized by family accommodation, conflicts between family members, negative parental attitudes and less parental skills. Studies showed the importance of engaging parents in treatments for OCD, but the protocols that have been used are variable. No study has yet evaluated the effects of OCD meetings for parents only. To do so, authors have created a guide of 10 educational and therapeutic parental meetings to improve support and family functioning. This study aims to measure the effects of these meetings on family accommodation; family environment (conflicts and cohesion); negative parental attitudes (hostility and blame) and parental skills (problem-solving and communication). Participants ($n = 16$) were parents of child with OCD aged 9 to 16. Variables were measure with the family accommodation scale, the family environment scale, the parental attitudes and behaviors scale and the McMaster family assessment device. Following the 10 meetings, parents had a significant lower level of family accommodation ($p = .02$, $d = -.80$). Results showed an increase in family cohesion and problem-solving skills, and a decrease in levels of conflict, hostility and blame, but these differences were not significant. Problem-solving skills reduce family accommodation by providing parents alternative ways to avoid submitting to the obsessive-compulsive symptoms of their child. Increasing these skills along with decreasing family accommodation can reduce conflict and increase family cohesion. Future studies should evaluate the effects of these meetings on children obsessive-compulsive symptoms in a randomized clinical trial.

Keywords : Family treatment; parental meetings; obsessive compulsive disorder; family functioning; family accommodation; conflicts; parental attitudes and behaviors

4.1 Introduction

The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM–5; [(APA, 2013)]), characterizes obsessive compulsive disorder (OCD) by the presence of obsessions and compulsions exceeding an hour a day and causing significant distress. Obsessions are defined as recurrent, persistent, intrusive, and unwanted thoughts or images, usually associated with anxiety or discomfort. Compulsions are defined by repetitive mental behaviors or actions that the child feels obliged to perform in order to ignore or neutralize obsessions (APA, 2013). Compulsions are followed by a decreased in anxiety, leading to negative reinforcement. Therefore, this pattern increases the likelihood of continuously performing compulsions in the presence of obsessive thoughts.

OCD impairs functioning in many spheres of life; personal, academic, social and family (APA, 2013). Children may avoid specific situations (e.g., public washroom or transport, being in contact with objects because of the fear of being contaminated), social contact with their peers (e.g., fear of harm others) or certain places that trigger their obsessions and compulsions. Globally, these symptoms can be daily challenges in the building of interpersonal relationships at school and at home.

4.2 Family variables affected by obsessive compulsive disorder

The family sphere is particularly affected when a child suffers from OCD (APA, 2013; Peris, Sugar, et al., 2012; Weidle et al., 2014). High rates of family conflict have been reported (Peris, Benazon, et al., 2008). Often, children with OCD try to impose rituals and "rules" on other family members based on their obsessions and compulsions, which

can lead to frustration and increased disputes within the family (Peris, Benazon, et al., 2008). Therefore, these conflicts impair family functioning and can lead to parental distress that accounts for 60% to 90% of families with a child with OCD (Piacentini et al., 2003; Renshaw et al., 2005). Family conflicts can also cause parents to feel exasperated, irritable and annoyed. Parents can have a tendency to blame the child, which in turn exacerbates family dysfunction (Peris, Sugar, et al., 2012; Renshaw et al., 2005). According to Peris, Benazon, et al. (2008), hostile and blameful attitudes are associated with obsessions and compulsions severity, but also with a cold and critical family environment. Emotional family dynamics are characterized by the expression of negative emotions, more reproaches and excessive punishment by parents, which are also associated with disruptions in family functioning (Calvocoressi et al., 1995; Chambless & Steketee, 1999; Peris, Benazon, et al., 2008).

Moreover, family cohesion is lower among families with a youth with OCD (Peris, Sugar, et al., 2012). Family cohesion is defined by the way family members support and encourage each other (Peris, Sugar, et al., 2012). Obsessive compulsive symptoms may interfere with family interpersonal relationships, particularly with the mother-child relationship (APA, 2013), as some parents show a weak emotional commitment to their child with OCD. Parents of a child with OCD may have poor problem-solving skills and less trust in their child (Peris, Benazon, et al., 2008). In fact, communication between family members appears to be poorer when a youth has a mental health problem (Peris, Benazon, et al., 2008; Storch et al., 2008). Authors have mentioned that family organization is lower in families where one of the members has OCD (Peris, Bergman, et al., 2008; Storch et al., 2008).

Given the family environment (conflicts and cohesion between family members), the negative parental attitudes (hostility and blame) and poor parental skills (problem-solving and communication) of families with a child with OCD, it is clear that obsessive-compulsive symptoms have consequences for parents. On the other hand,

parents might also influence their child's obsessive-compulsive symptoms through their attitudes and behaviors.

4.3 Family accommodation

In order to reduce their child's distress and conflicts related to OCD, parents may exhibit more permissive behaviors, such as overprotection and accommodation. At first glance, these behaviors seem positive and caring, knowing that family accommodation temporarily decreases the youth's anxiety (withdrawal from an aversive / negative situation). However, it insidiously reinforces the obsessive-compulsive cycle. Family accommodation is defined as the participation of family members in the rituals of the young person with OCD (Calvocoressi et al., 1995). This involvement can manifest in a variety of ways, including gradually changing the routine to accommodate obsessive-compulsive symptoms, and avoidance or reassurance behaviors (Freeman et al., 2008). For example, some parents avoid doing behaviors, going to places, or being with people because of the child's OCD (Flessner, Sapyta, et al., 2011). OCD leads to high rates of family accommodation (Peris, Sugar, et al., 2012). According to Flessner, Freeman, et al. (2011), 77.1% ($n= 74$) of parents of a child with OCD report committing daily accommodating behaviors, whereas 63.5% of parents report over reassuring their youth daily. Consequently, a high rate of family accommodation for a child with OCD is associated with a poor response and a barrier to psychotherapeutic treatment because it reinforces avoidance behaviors, which reduces the effect of the proposed exercises (Garcia et al., 2010; Merlo et al., 2009; Peris, Benazon, et al., 2008; Piacentini et al., 2011).

4.4 Parental interventions for OCD

The effectiveness of psychotherapeutic treatments, such as cognitive-behavioral therapy (CBT) for the treatment of OCD in children and adolescents has been established for several years (Franklin et al., 2011; POTS, 2004; Thienemann et al., 2001). Previous studies described individualized OCD treatment in children where the parents' presence is limited to the last minutes of each meeting in order to get a summary of the child's progress and weekly exercises (POTS, 2004). Meta-analyses of CBT efficacy rates across various clinical trials for OCD treatment indicate a robust and large effect size ranging from $d = .99$ to $d = 1.45$ (Olatunji et al., 2013; Watson & Rees, 2008).

Evidences show the importance of engaging family members in psychotherapeutic treatments for OCD and studying the family functioning in OCD context (Freeman et al., 2008; Lewin et al., 2005; Peris, Sugar, et al., 2012; Piacentini et al., 2011). It appears that parental involvement in interventions targeting OCD in children is a key variable to consider. Thompson-Hollands et al. (2014) meta-analysis showed that protocols ($n = 29$) involving family members in the treatment of obsessive-compulsive symptoms showed a large effect size ($\kappa = 28$, $d = 1.68$, $SE = .14$, $95\% CI = 1.41—1.95$, $z = 12.23$, $p < .001$). However, this meta-analysis revealed that the protocols used are variable, as well as the treatment approach, the content of the meetings, the form of parental engagement and the number of meetings with parents. Most of the studies focused only on the treatment approach (cognitive-behavioral therapy) and the content. For example, the content of the meetings may include psycho-education on OCD, parenting skills training, exposure and response-prevention exercises, family-based psychological education, relaxation techniques or anxiety management techniques. Protocols that have paid specific attention to the reduction of family accommodation show greater improvements in the overall functioning of the individual with OCD, but

not specifically on obsessions and compulsions ($\kappa = 12$, $d = 1.09$, $SE = .16$, 95% CI = .76—1.41, $z = 6.58$, $p < .001$), compared to protocols that do not address accommodation ($\kappa = 3$, $d = .58$, $SE = .09$, 95% CI = .41— .76, $z = 6.52$, $p < .001$). These results are consistent with other studies suggesting that family accommodation is a mediator between the severity of obsessive-compulsive symptoms in children and family dysfunction (Storch et al., 2007). Thus, a reduction in family accommodation should precede an improvement in obsessive-compulsive symptoms (Piacentini et al., 2011); by helping parents to develop strategies for gradually reducing family accommodation, the child can use his or her own therapeutics strategies or tools taught in treatment, which seems to improve the overall functioning of children. Consequently, modifying family environment (e.g. conflict between family members), family accommodation and improving parental skills should be prior to the treatment of the child with OCD.

The SPACE program is intended for parents with a child with anxiety disorder. As SPACE program focuses entirely on parent change and involves parents only, it can be implemented when the child refuses psychotherapeutic treatment. The program consists of 10 to 12 meetings. The meetings propose to identify family accommodation behaviors and to develop strategies to reduce family accommodation. The program also supports parents in dealing with their child's emotional and behavioral reactions when family accommodation decreases. In addition to family accommodation, SPACE program also includes modules to promote parenting skills in problem solving and communication. A pilot trial (Lebowitz, Omer, Hermes, & Scahill; 2014) provided initial support for its feasibility, acceptability and potential effectiveness. Parents of children with anxiety disorders ($n = 10$, ages 9 to 13) completed the SPACE program and showed high satisfaction. In addition, family accommodation and the children's anxiety were significantly reduced after the intervention. Another pilot study (Lebowitz, 2013), with parents with a child with OCD ($n = 6$), also showed a significant decrease

in family accommodation, a significant improvement in obsessive-compulsive symptoms and a great satisfaction.

Few studies have looked at which form of parental involvement and number of meetings with parents would have the best therapeutic effects. Moreover, only one study has evaluated the effects of educational and therapeutic OCD meetings specifically for parents (without the child) in order to support them, learn good parenting skills, and cope with the symptoms of OCD of their child. Similar meetings are offered in the treatment of behavioral disorders and attention deficit disorder with or without hyperactivity; the results have shown benefits on problem behaviors. Results from a meta-analysis of behavioral parent training for children with attention deficit hyperactivity disorder showed that 28 studies found small to large positive effects (r range: .90 to .06) supporting the effects of behavioral parent training at post-treatment (Lee et al., 2012). Moderate effect ($r = .34, k = 40$) was found that supported behavioral parent training as an effective intervention in enhancing child and parent behavior (Lee et al., 2012). Results from other meta-analysis of parent training (Lundahl et al., 2006) also showed that moderate positive effect sizes were specific to the child's behavior ($d = .42, \kappa = 68, CI = .35—.49, Q_w = 101.84, p = .01$) and moderate positive effect sizes were specific to the parent behavior ($d = .47, \kappa = 51, CI = .40 — .54, Q_w = 90.81, p = .01$). Given the family dynamics of families with a child with OCD, which are characterized by family conflict and family accommodation, interventions involving parents may have clinical benefits, similarly as in ADHD. As a result, Surprenant and Leclerc (2017) created a guide of 10 educational and therapeutic parental meetings aimed at targeting the understanding of OCD as well as improving support and family functioning.

4.5 Objectives of the study

The present study aims to measure the effects of educational and therapeutic parental meetings on: a) family accommodation; b) family environment (conflicts and cohesion between family members); c) negative parental attitudes (hostility and blame); d) parental skills (problem-solving and communication) reported by parents of children diagnosed with OCD. To ensure that meetings do not harm children, another objective is to measure the effects of meetings on child's obsessive-compulsive symptoms reported by parents and children. The first hypothesis is that after the educational and therapeutic meetings, parents will have a decrease in family accommodation. We also hypothesize that after the meetings, parents will report better family environment, and better parental skills, while they will report a decrease in negative parental attitudes. Finally, parents and children will report a decrease in child's obsessive-compulsive symptoms after the meetings.

4.6 Method

4.6.1 Participants

Participants were parents of children diagnosed with OCD aged 9 to 16; obsessions and compulsions must be the main reason for consultation. The presence of at least one parent, who had to be present throughout the duration of the program, was required. If the child took medication, the dosage needed to be stable during the month preceding the assessment and had to be stable during the duration of the parenting program (approximately 12 weeks). Exclusion criteria included parents or children reporting a

general medical condition, intellectual disability or autism spectrum disorder due to the impact of these disorders on intellectual and social functioning.

4.6.2 Measures

4.6.2.1 Family accommodation

The Family accommodation scale-Parent Report (FAS-PR; Calvocoressi et al., 1995) is designed to assess level of family accommodation of a child's obsessive-compulsive behaviors by determining the frequency of behaviors that characterizes family accommodation. This instrument was translated in French by Fontaine and Roberts (2010). The FAS-PR includes 12 items determining the frequency of family accommodation behaviors in the last week with a five points likert scale. The original FAS-PR has a good internal consistency ($\alpha = .82$) and excellent inter-judge fidelity (ICC between .75 and .99).

4.6.2.2 Family environment

The Family Environment Scale (FES; Moos & Moos, 1994) is a true or false 90-items self-report by parents designed to evaluate ten subscales measuring dimensions of the family environment. As part of this study, and in order to shorten the duration of the questionnaires, parents completed the following three subscales: Cohesion, or the degree to which family members support each other ($\alpha = .78$), Conflict, a measure of overt discord among family members ($\alpha = .75$) and Expressiveness a measure of the extent to which family members are encouraged to express their feelings directly (α

=.69). The FES has been standardized on 1125 normal families and 500 families in distress and shows adequate internal consistency (ranging between $\alpha = .61$ and $\alpha = .78$) (Mailloux, 1992).

4.6.2.3 Negative parental attitudes

The Parental Attitudes and Behaviors Scale (PABS; Peris, Benazon, et al., 2008) is a self-report 22 items instrument that measures parental perceptions of obsessive-compulsive symptoms as well as specific parental behaviors related to OCD. In addition to family accommodation, the PABS can identify positive and negative parental attitudes in the family. According to Peris, Benazon, et al. (2008), Cronbach's alpha on each scale shows very good internal consistency for the Accommodation scale ($\alpha = .85$), Hostility/blame scale ($\alpha = .82$) and Empowerment scale ($\alpha = .71$). This instrument has also demonstrated good concurrent and predictive validity. The French version of the PABS was obtained with the authors' approval (Peris, Benazon, et al., 2008).

4.6.2.4 Parental skills

The McMaster Family Assessment Device (FAD) is a questionnaire created by Epstein et al. (1983) to evaluate the family according to the McMaster family functioning model. This questionnaire is self-reported by parents. The FAD contains 60 items representing each of the 7 scales. The internal consistency (α) of the seven scales is good, Problem solving ($\alpha = .74$), Communication ($\alpha = .75$), Roles ($\alpha = .72$), Affective responsiveness ($\alpha = .83$), Affective involvement ($\alpha = .78$), Behavioral control ($\alpha = .72$)

and General functioning ($\alpha = .92$) (Epstein et al., 1983). The French version of the FAD was obtained and is presented in Favez (2011).

4.6.2.5 Descriptive measures

A sociodemographic questionnaire was used to describe characteristics of the parents and their child (e.g. age of the parents, marital status, history of psychological problems of the parents, date of birth of the child, sex of the child, general information on the siblings and a description of the consultations of the child).

The Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (CY-BOCS; Scahill et al., 1997; Goodman et al., 1991) is a semi-structured measure assessing the severity of obsessive-compulsive symptoms in children and adolescents aged 6 to 17 years. The psychometric properties of the French version of CY-BOCS are excellent (Mollard et al., 1989). The total CY-BOCS score ($\alpha = .87$ — $.90$) and the obsession and compulsion severity scores ($\alpha = .80$ and $.82$) have a high internal consistency (Mollard et al., 1989).

Parental program satisfaction ratings were measure by a 23-items home questionnaire appreciation. Among those, items assessed the duration and the number of the meetings, the themes covered in the program, the impact on the dynamics of the whole family, and the understanding of obsessive-compulsive disorder.

4.6.3 Procedure

Participants were recruited at the Centre de Recherche de l'Institut Universitaire en Santé Mentale de Montreal (CRIUSMM) through advertisements on the website and via the Quebec Foundation for obsessive-compulsive disorder Facebook page. Posters were distributed at university clinics of the Université du Québec à Montréal. Media announcements and clinician references was also made. All parents complete a telephone interview conducted by the psychology doctoral student or a research assistant to verify if they were eligible to participate in the study.

Before and after the parenting program, a research assistant conducted a 90-minutes evaluation of children and parents. An information and consent form was provided to parents and their child. Attendances to meetings were measure in a diary recording evaluations dates, meetings dates, duration of each sessions and presence of each parent. As mentioned previously, parents must be present at all meetings. An absenteeism rate greater than 25%, which represents more than 3 missed meetings, lead to parents being excluded from the post-treatment statistical analyzes.

The pre-treatment evaluation determined the severity of obsessive-compulsive symptoms. The CY-BOCS (Goodman et al., 1991; Scahill et al., 1997) was completed and the children needed to obtain a score equal or greater than of 11 out of 40 for his or her obsessive-compulsive disorders, which represents the clinical threshold to benefit from a treatment according to research (Micali et al., 2010). In the meantime, parents completed self-report questionnaires to assess their perceptions of their youth's obsessive-compulsive symptoms, level of family accommodation, parenting attitudes and behaviors and family relationships. Parents also completed these questionnaires in post-treatment. Post-treatment evaluation helped to evaluate children and family variables improvement. With the agreement of the children and the parents, and to ensure the conformity of the questionnaires, the evaluation meetings were recorded on audiotape and remained confidential. The recording of meetings will ensure the

integrity of the treatment and avoid bias of the experimenter. In a random manner, certain meetings (30%) were listened to ensure the integrity of the treatment. This study reported a high percentage of treatment integrity 86.6%.

4.6.4 Treatment condition

The meetings were offered individually to each parent (alone or as a couple). The first author administered the parenting program. The program consists of 10 sessions of 60 minutes targeting OCD psycho-education, differentiation of OCD and non-OCD behaviors, family impact of OCD, family accommodation, problem solving skills, communication skills, emotional regulation skills and youth autonomy. These themes and objectives are presented in the table 4.1.

4.7 Results

4.7.1 Clinical and family outcomes

Descriptive analyzes have been used to examine characteristics of the parents and the child. These results are presented in the table 4.2 and 4.3. To measure the effects of educational and therapeutic parental meetings on: a) Family accommodation; b) Family environment (conflicts and cohesion between family members); c) Negative parental attitudes (hostility and blame); d) Parental skills (problem solving and communication), paired-samples t-tests were used to examine pre-treatment and post-treatment differences. The basic assumptions for the t-tests were checked due to the small sample size. Most of the variables respect the central limit theorem, that is the

normal distribution confirmed by the Shapiro-Wilk normality test (Field, 2013). Thus, t-tests were carried out. However, the results of the cohesion and hostility / blame variables are not distributed normally. As a result, non-parametric tests were used to compare these variables in pre-treatment and post-treatment, more specifically, the Wilcoxon test (Field, 2013). These results are presented in the table 4.4.

Participants had a strong lower level of family accommodation in post-treatment compare to pre-treatment. This difference, 7.06, BCa 95% CI [1.25—11.88], was significant $t(15) = 2.60$, $p = .020$, and represented a large-sized effect, $d = -.80$. For family environment, participants had a slightly lower level of conflict between family members in post-treatment compare to pre-treatment, but this difference, .38, BCa 95% CI [-.38—1.06], was not significant $t(15) = .95$, $p = .36$. Participants also had a higher level of cohesion between family members in post-treatment compare to pre-treatment, but this difference, -.69 BCa 95% CI [-1.37— .00], was not significant $t(15) = 44,50$, $p = .08$, $r = .31$. Regarding negative parental attitudes, participants had a lower level of hostility and blame in post-treatment compare to pre-treatment, and this difference, 2.00, BCa 95% CI [-.13—4.56], was not significant $t(15) = 40,50$, $p = .266$, $r = -.20$. In regards to parental skills, participants had a higher level of problem-solving in post-treatment compare to pre-treatment, but this difference, .135, BCa 95% CI [-.03 — .32], was not significant $t(15) = 1.33$, $p = .201$. However, participants had a stable level of communication in post-treatment compare to pre-treatment.

In order to determine whether the decrease in symptoms was significant for each participant respectively and to perform intragroup analyzes, the method of Jacobson and Truax (1991) was used. The method consists in determining whether the differences observed between the scores can be attributed to a real change. The method of Jacobson and Truax (1991) examines whether the observed change is greater than what might be expected given the reliability of the measuring instruments. This reliable

change index is calculated by dividing the difference between the overall score reported by the participant after the meetings (post-treatment) and the overall score reported by the participant before the 10 meetings (pre-treatment), by the standard error of the differences obtained using the internal consistency of the questionnaire. The second step is to estimate thresholds between a clinical population and a non-clinical population. The results were compared with the mean (*M* pop.) and standard deviation (*SD* pop.) in a neurotypical population. These thresholds are calculated based on available clinical and / or non-clinical population data and distribution characteristics.

First, we isolated the results of participants in pre-treatment who represented a problematic family environment and deficits in parenting skills. Second, to determine if after the educational and therapeutic parental meetings, parents will show better family environment or parental skills, participant's results represented problematic conflicts, cohesion, problem-solving skills or communication skills have been taken and proceed to Jacobson and Truax (1991) method. For the variable conflict in family environment, intragroup analyzes showed no significant difference between pre-treatment and post-treatment results. For the variable communication in parental skills, intragroup analyzes showed no significant difference between pre-treatment and post-treatment results. Tables 4.5 and 4.6 presented the results of cohesion between family members in family environment and problem-solving skills in parental skills.

4.7.2 Obsessive-compulsive symptoms

To measure the effects of educational and therapeutic parental meetings on obsessive-compulsive symptoms, paired-samples t-tests were used to examine pre-treatment and post-treatment differences. The results show that the parents report a lower level of obsessive-compulsive symptoms after the 10 meetings ($M = 15.7500$, $SD = 1.3885$)

compared to before the 10 meetings ($M = 23.9375$, $SD = 1.3218$). This difference, 8.18750, BCa 95% CI [6.06786, 10.37500], is significant $t(15) = 5.799$, $p = .000$, and represents a large effect size, $d = -1.52$. A decrease in obsessive-compulsive symptoms is also seen when the symptoms are reported by the child and assessed by a research assistant. On average, the obsessive-compulsive symptoms of children after the 10 parental meetings ($M = 13.9$, $SE = 2.1$) decrease compared to the obsessive-compulsive symptoms of children before the 10 parental meetings ($M = 22.0$, $SE = 1.8$). This difference, 8.1, BCa 95% CI [4.2, 12.3], is significant $t(9) = 3.8$, $p = .004$ which represents a large effect size, $d = -1.47$.

4.7.3 Drop-out

Eighteen parents (8 couples) participated in the research project. Sixteen parents (88.89 %) finished the research project because two fathers withdrew from the study. The reason of the dropouts was the involvement of parents in the research project when both parents participated. The attendance at each meeting for both parents required them to arrange childcare, and this situation was challenging to manage for them.

4.7.4 Attendance

Sixteen parents attended the entire parenting program meetings, and twelve parents (6 couples) attended the meetings as couples. Four parents attended the meetings alone (without their partner). Two parents were absent from one meeting while their spouses attended all meetings. The overall attendance rate for parent was 98.75%. All children

that participated in the research project attended to the pre-treatment and post-treatment evaluations.

4.7.5 Satisfaction

Twelve parents out of sixteen parents completed the home questionnaire appreciation. Parents reported a degree of overall satisfaction between very good (10; 83.3%) and good (2; 16.7%). All parents (100%) recommend these meetings to other parents whose child has OCD. Parents reported that meetings were very beneficial (11; 91.7%) and beneficial (1; 8.3%) to provide emotional support to parents. Parents improved a lot (11; 91.7%) and a little (1; 8.3%) in the understanding of obsessive-compulsive disorder. Parents estimated that the number of meetings were adequate (11; 91.7%) and insufficient (1; 8.3%). Parents reported a therapeutic relationship with the therapist very helpful (10; 83.3%) and helpful (2; 16.7%). Parents reported that meetings were very beneficial (9; 75%) and beneficial (3; 25%) to equip parents on ways to intervene with their child. Parents reported positive impact on the dynamics of the entire family a lot (8; 66.7%) and a little (4; 33.3%).

4.8 Discussion

This study was the first to measure the effects of innovative educational and therapeutic parental meetings in obsessive-compulsive disorder in children. It was hypothesized that after educational and therapeutic parental meetings; the results will show a decrease in family accommodation. Family accommodation is exhausting for family members, maintains the cycle of OCD and is associated with a poor response and a

barrier to psychotherapeutic treatment. As it was expected, the results showed a significant decrease in family accommodation. Participants had a significant lower level of family accommodation in post-treatment compare to pre-treatment. This difference represented a large-sized effect, $d = -.80$. Family accommodation is a theme directly addressed in the guide of 10 educational and therapeutic parental meetings. The role of family accommodation and the different types of behaviors characterizing family accommodation were presented to parents more specifically during the meeting #5. As a result, awareness of accommodative behavior from parents increased. In addition, this meeting suggests alternative behaviors to family accommodation (e.g. use of a time timer, not answering questions related to over reinsurance, support the child to answer his own questions, limit the number of times he can repeat a behavior). Through meetings, parents were invited to change their behavior, and feedback on their behaviors was provided at each meeting to promote change. These specific objectives may have contributed to the significant decrease in family accommodation level. Besides, parents identified family accommodation as one of the most important and relevant themes of educational and therapeutic parental meetings in the Home appreciation Questionnaire. These findings are consistent with previous studies suggesting that family accommodation is a major mediator between the severity of children's OCD symptoms and their functional difficulties (Storch et al., 2007). As such, a decrease in family accommodation should precede the improvement of obsessive-compulsive symptoms in children (Piacentini et al., 2011). It appears to be a significant improvement in the overall functioning of the child by helping the family to develop strategies to gradually reduce family accommodation (Thompson-Hollands et al., 2015). Therefore, it is expected that strong parental involvement will be followed by better results in decreasing obsessive compulsive symptoms in children (Rosa-Alcázar et al., 2019). The results of the study are consistent with the results of the Supportive Parenting for Anxious Childhood Emotions (SPACE) program. A pilot study (Lebowitz, 2013), with parents with a child with OCD ($n = 6$), also showed a significant

decrease in family accommodation. A randomized clinical trial (Lebowitz, Marin, Shimshohi, & Silverman, 2020) compared the results of the SPACE program for parents ($n = 64$) and the results of CBT for children ($n = 60$; aged 7 to 14 years) with anxiety disorder. No significant difference was obtained between the two treatment modalities in reducing parental stress and anxiety symptoms. The decrease in family accommodation was greater in the SPACE program compared to CBT.

The family environment was the second variable that could be influenced by educational and therapeutic meetings. The results indicated that conflicts between family members decreased, although the pre-treatment averages for the conflict variable were in the neurotypical mean. Because it does not represent difficulties of family functioning from the start, a significant decrease in conflict is difficult to achieve. Not all families seemed to have conflicts due to OCD symptoms. However, when the parent mean for the conflict variable is greater than the average of the neurotypical population, a significant decrease in conflict is not observable. The second subcategory of family environment is about cohesion. When the parent mean for the cohesion variable is lower than the average of the neurotypical population, four parents showed a significant increase in cohesion between family members. Globally, parents showed better family environment because cohesion between family members was improved after the parenting program and conflicts weren't problematic in pre-treatment.

The effect of negative parental attitudes, represented by hostility and blame according to the literature review, was compared before and after the educational and therapeutic parental meetings. Results indicate a non-significant decrease in negative parental attitudes, even if data in pre-treatment are higher than the average of the clinical population. After the 10 meetings, the results showed a decrease approaching the average of the clinical population. The parental meetings aimed at improving support and family functioning. Through meetings, parents were educated about the attitudes they should avoid in order not to exacerbate their child's symptoms or family conflicts.

As a result, awareness of negative parental attitudes from the parents was clinically increased. Another interesting observation from parental meetings was the reaction of parents when the percentages of distress and negative parental attitudes were presented. Several parents verbalized that being described as hostile or blaming did not represent them or denied it. They preferred to use the word “irritable” to describe their attitude. Nevertheless, the results of parents in pre-treatment represent a mean score higher than the average of the clinical population and a decrease in negative parental attitudes in post-treatment. It seems that parental meetings can provide support and increase the tolerance of the parents in respect of obsessive-compulsive symptoms in their children. These changes can lead to the reduction of negative parental attitudes.

The parental skills were the last variable that could be influenced by educational and therapeutic meetings. Pre-treatment averages are for the problem-solving and communication skills in the neurotypical mean. They do not represent difficulties of family functioning. As a result, a significant increase in parental skills is difficult to achieve. Not all families seem to have a poor problem-solving or communication skills because of OCD symptoms. Parents show an increase in problem-solving skills even if the results in pre-treatment are exactly the mean score of the neurotypical population while communication skills remain stable. When the parents mean for the problem-solving skills variable is lower than the average of the neurotypical population, a significant increase of problem-solving skills with three participants is observable. When the parents mean for the communication skills is lower than the average of the neurotypical population, a significant increase of communication skills with one parent is observable. It seems that when parents show deficient parental skills, educational and therapeutic parental meetings help improve these difficulties.

An other objective of this study was to measure the effects of educational and therapeutic parental meetings on the child’s obsessive-compulsive symptoms to ensure

that meetings does not harm children. The results of the entire thesis of Surprenant (2020) showed that parents reported a meaningful lower level of obsessive-compulsive symptoms in post-treatment compared to pre-treatment and represented a large-sized effect. Educational and therapeutic parenting meetings had maybe not only consequences on family accommodation, family environment and parental skills, but also on child's obsessive-compulsive symptoms.

In terms of clinical considerations, the implementation of parental interventions for young children with OCD would not only overcome family difficulties associated with OCD, but also reduce family accommodation, known to be a significant obstacle to psychological treatment (Rosa-Alcázar et al., 2019). Parental meetings included family accommodation, parenting skills (e.g. problem-solving skills and communication skills), and parental negative attitudes (e.g. hostility and blame). Problem-solving skills and communication skills maybe reduced family accommodation by providing parents alternative ways to avoid submitting to the obsessive-compulsive symptoms of their children. Increasing problem-solving skills and communication skills along with the decrease in family accommodation can reduce conflict and increase family cohesion. Parenting meetings also provide parents with support for their child's obsessive-compulsive disorder. Parenting support, increased communication skills and the reduction of negative parental attitudes can increase the tolerance of the parents in respect of obsessive-compulsive symptoms in their children.

Parents reported secondary gains with educational and therapeutic parental meetings, which suggest the feasibility and the acceptability of parental meetings as well as emotional support providing by these meetings. Satisfaction with the parenting program was really good. All parents recommended these meetings to other parents whose child has OCD. Parents reported that meetings were beneficial to provide emotional support to parents. Also, parents improved the understanding of obsessive-compulsive disorder. Following the educational and therapeutic parenting meetings,

the participants also reported qualitatively a better understanding of obsessive-compulsive disorder, especially the role of negative reinforcement of compulsions and family accommodation. Participants indicated that meetings helped identify appropriate behaviors in the context of OCD.

Another positive observation is that the attendance and dropout rates were very good for a clinical study. The overall attendance rate for parent was 98.75%. All children that participated in the research project attended the pre-treatment and post-treatment evaluations. Only two fathers dropped out of this research project. These results can be explained by the relevance of the parental meetings. Parents expressed the need to have access to documentation, meetings, tools and strategies to understanding OCD, as well as to improve support and family functioning.

4.9 Implications for research, policy and practice

One limitation of this study is that 50% of the children's participants also had simultaneously a psychotherapeutic treatment in psychology. Consequently, it is difficult for ethical reasons to isolate the effects of parallel child's individual psychotherapy and educational and therapeutic parental meetings. Although the parents stated that they were not involved in the psychotherapeutic treatment of their children, it is possible that the concomitant of the child and the parent meetings influenced the decrease in family accommodation behaviors, the higher level of cohesion and the higher level of problem-solving skills.

Strength of this study is to establish the feasibility and relevance of the innovative educational and therapeutic parental meetings in obsessive-compulsive disorder in children. The parents positively received the meetings and they mentioned their

appreciation of the intervention. In addition to the empirical effects on family accommodation, cohesion and problem-solving skills, parental meetings would allow secondary clinical gains. It appears that meetings improved parents' understanding of this problem and provided them with psychological support by reducing feelings of guilt and helplessness.

Future studies should evaluate the effects of these meetings on the child's obsessive-compulsive symptoms or other family variables (e.g. parental distress). Ultimately, a study should evaluate the effects of these meetings with a larger sample and in a randomized clinical trial in three ways, cognitive behavioral treatment of the child only, educational and therapeutic parenting meetings only and cognitive behavioral treatment of the child with educational and therapeutic parental meetings.

The main benefits of the study are to determine the impact of the meetings on family variables. If the meetings are effective and provide the anticipated benefits, the parenting component could be integrated with psychotherapeutic treatments to treat child with obsessive-compulsive symptoms to maximize effects and increase quality of life.

4.10 Conclusion

It is essential to provide interventions to support families with children with obsessive-compulsive disorder. Although obsessive-compulsive disorder in children generates functional consequences in the family sphere, it should be noted that the family can influence their child's obsessive-compulsive symptoms through their attitudes and behaviors. As a result, the role and commitment of parents in dealing with this issue is not to be neglected. If there is no change in parental interventions, OCD is likely to

continue and strengthen, thus preventing children from using their own tools and treatment strategies. This study demonstrates the feasibility and appropriateness of providing parents with an innovative intervention of educational and therapeutic meetings targeting understanding of OCD, improving family functioning and good parenting skills.

Aknowledgements

The authors would like to thank all parents and their child who participated in this research project. Thank you for your investment in advancing research and knowledge on obsessive-compulsive disorder. Also, the authors would like to thank the research assistant for their implication in this study. The authors as well as the research assistants volunteered themselves in this research project. No funding agency funds this study.

Conflict of interest

Julie Leclerc and Annie Surprenant are the authors of the parenting program use in this study.

References

- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5 (5e éd.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Brislin, R. W. (1970). Back-translation for cross-cultural research. *Journal of Cross-Cultural Psychology, 1*(3), 185-216.
- Calvocoressi, L., Lewis, B., Harris, M., & Trufan, S. J. (1995). Family accommodation in obsessive-compulsive disorder. *The American Journal of Psychiatry, 152*(3), 441.
- Chambless, D. L., & Steketee, G. (1999). Expressed emotion and behavior therapy outcome: A prospective study with obsessive-compulsive and agoraphobic outpatients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*(5), 658.
- Del Greco, L., Walop, W., & Eastridge, L. (1987). Questionnaire development: 3. Translation. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal, 136*(8), 817.
- Epstein, N. B., Baldwin, L. M., & Bishop, D. S. (1983). The McMaster family assessment device. *Journal of Marital and Family Therapy, 9*(2), 171-180.
- Favez, N. (2011). *L'examen clinique de la famille: modèles et instruments d'évaluation* (Vol. 5): Editions Mardaga.
- Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics*: sage.
- Flessner, C. A., Freeman, J. B., Sapyta, J., Garcia, A., Franklin, M. E., March, J. S., & Foa, E. (2011). Predictors of parental accommodation in pediatric obsessive-compulsive disorder: Findings from the pediatric obsessive-compulsive disorder treatment study (POTS) trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 50*(7), 716-725.
- Flessner, C. A., Sapyta, J., Garcia, A., Freeman, J. B., Franklin, M. E., Foa, E., & March, J. (2011). Examining the psychometric properties of the family accommodation

- scale-parent-report (FAS-PR). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 33(1), 38-46.
- Fontaine, A., & Roberts, S. (2010). *L'échelle des comportements d'accommodation de la famille par rapport au TOC*. Montréal.
- Franklin, M. E., Sapyta, J., Freeman, J. B., Khanna, M., Compton, S., Almirall, D., . . . Edson, A. L. (2011). Cognitive behavior therapy augmentation of pharmacotherapy in pediatric obsessive-compulsive disorder: the Pediatric OCD Treatment Study II (POTS II) randomized controlled trial. *JaMa*, 306(11), 1224-1232.
- Freeman, J. B., Garcia, A. M., Coyne, L., Ale, C., Przeworski, A., Himle, M., . . . Leonard, H. L. (2008). Early childhood OCD: Preliminary findings from a family-based cognitive-behavioral approach. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47(5), 593-602.
- Garcia, A. M., Sapyta, J. J., Moore, P. S., Freeman, J. B., Franklin, M. E., March, J. S., & Foa, E. B. (2010). Predictors and moderators of treatment outcome in the Pediatric Obsessive Compulsive Treatment Study (POTS I). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(10), 1024-1033.
- Goodman, W., Price, L., Rasmussen, S., Riddle, M., & Rapoport, J. (1991). Children's Yale-Brown obsessive compulsive scale (CY-BOCS). *New Haven: Department of Psychiatry, Yale University School of Medicine*.
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(1), 12.
- Lebowitz, E. R., Marin, C., Martino, A., Shimshoni, Y., & Silverman, W. K. (2020). Parent-based treatment as efficacious as cognitive-behavioral therapy for childhood anxiety: A randomized noninferiority study of supportive parenting for anxious childhood emotions. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 59(3), 362-372.

- Lebowitz, E. R., Omer, H., Hermes, H., & Scahill, L. (2014). Parent training for childhood anxiety disorders: the SPACE program. *Cognitive and Behavioral Practice, 21*(4), 456-469.
- Lebowitz, E. R. (2013). Parent-based treatment for childhood and adolescent OCD. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders, 2*(4), 425-431.
- Lee, P.-c., Niew, W.-i., Yang, H.-j., Chen, V. C.-h., & Lin, K.-c. (2012). A meta-analysis of behavioral parent training for children with attention deficit hyperactivity disorder. *Research in Developmental Disabilities, 33*(6), 2040-2049.
- Lewin, A. B., Storch, E. A., Merlo, L. J., Adkins, J. W., Murphy, T., & Geffken, G. A. (2005). Intensive Cognitive Behavioral Therapy for Pediatric Obsessive Compulsive Disorder: A Treatment Protocol for Mental Health Providers. *Psychological Services, 2*(2), 91.
- Lundahl, B., Risser, H. J., & Lovejoy, M. C. (2006). A meta-analysis of parent training: Moderators and follow-up effects. *Clinical Psychology Review, 26*(1), 86-104.
- Mailloux, C. (1992). *L'environnement familial des enfants de 6 à 12 ans en difficulté d'adaptation et d'apprentissage*. Université du Québec à Trois-Rivières,
- Merlo, L. J., Lehmkuhl, H. D., Geffken, G. R., & Storch, E. A. (2009). Decreased family accommodation associated with improved therapy outcome in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*(2), 355.
- Micali, N., Heyman, I., Perez, M., Hilton, K., Nakatani, E., Turner, C., & Mataix-Cols, D. (2010). Long-term outcomes of obsessive-compulsive disorder: follow-up of 142 children and adolescents. *The British Journal of Psychiatry, 197*(2), 128-134.
- Mollard, E., Cottraux, J., & Bouvard, M. (1989). Version française de l'échelle d'obsession-compulsion de Yale-Brown. *L'Encéphale: Revue de psychiatrie clinique biologique et thérapeutique*.
- Moos, R. H., & Moos, B. S. (1994). *Family environment scale manual*: Consulting Psychologists Press.

- Olatunji, B. O., Davis, M. L., Powers, M. B., & Smits, J. A. (2013). Cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis of treatment outcome and moderators. *Journal of Psychiatric Research, 47*(1), 33-41.
- Peris, T. S., Benazon, N., Langley, A., Roblek, T., & Piacentini, J. (2008). Parental attitudes, beliefs, and responses to childhood obsessive compulsive disorder: The Parental Attitudes and Behaviors Scale. *Child & Family Behavior Therapy, 30*(3), 199-214.
- Peris, T. S., Bergman, R. L., Langley, A., Chang, S., McCracken, J. T., & Piacentini, J. (2008). Correlates of accommodation of pediatric obsessive-compulsive disorder: parent, child, and family characteristics. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 47*(10), 1173-1181.
- Peris, T. S., Sugar, C. A., Bergman, R. L., Chang, S., Langley, A., & Piacentini, J. (2012). Family factors predict treatment outcome for pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80*(2), 255.
- Piacentini, J., Bergman, R. L., Chang, S., Langley, A., Peris, T., Wood, J. J., & McCracken, J. (2011). Controlled comparison of family cognitive behavioral therapy and psychoeducation/relaxation training for child obsessive-compulsive disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 50*(11), 1149-1161.
- Piacentini, J., Bergman, R. L., Keller, M., & McCracken, J. (2003). Functional impairment in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, 13*(2, Supplement 1), 61-69.
- POTS, T. (2004). Cognitive-Behavior Therapy, Sertraline, and Their Combination for Children and Adolescents With Obsessive-Compulsive DisorderThe Pediatric OCD Treatment Study (POTS) Randomized Controlled Trial. *JaMa, 292*(16), 1969-1976. doi:10.1001/jama.292.16.1969

- Renshaw, K. D., Steketee, G., & Chambless, D. L. (2005). Involving family members in the treatment of OCD. *Cognitive Behaviour Therapy, 34*(3), 164-175.
- Rosa-Alcázar, Á., Rosa-Alcázar, A. I., Olivares-Olivares, P. J., Parada-Navas, J. L., Rosa-Alcázar, E., & Sánchez-Meca, J. (2019). Family involvement and treatment for young children with Obsessive-Compulsive Disorder: Randomized control study. *International Journal of Clinical and Health Psychology*.
- Scahill, L., Riddle, M. A., McSwiggin-Hardin, M., Ort, S. I., King, R. A., Goodman, W. K., . . . Leckman, J. F. (1997). Children's Yale-Brown obsessive compulsive scale: reliability and validity. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 36*(6), 844-852.
- Storch, E. A., Geffken, G. R., Merlo, L. J., Jacob, M. L., Murphy, T. K., Goodman, W. K., . . . Grabill, K. (2007). Family accommodation in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 36*(2), 207-216.
- Storch, E. A., Merlo, L. J., Larson, M. J., Marien, W. E., Geffken, G. R., Jacob, M. L., . . . Murphy, T. K. (2008). Clinical features associated with treatment-resistant pediatric obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry, 49*(1), 35-42.
- Surprenant, A. (2020). *Évaluation de l'effet de rencontres parentales éducatives et thérapeutiques de « Parents, parlons TOC! » chez les parents de jeunes présentant un TOC*. Université du Québec à Montréal, Montréal.
- Surprenant, A., & Leclerc, J. B. (2017). *Parents, parlons TOC! : Rencontres parentales éducatives et thérapeutiques* [Guide méthodologique (parents et thérapeute)]. Centre d'études pour les troubles obsessionnels-compulsifs et les tics, Université du Québec à Montréal.
- Thienemann, M., Martin, J., Cregger, B., Thompson, H. B., & Dyer-Friedman, J. (2001). Manual-driven group cognitive-behavioral therapy for adolescents with obsessive-compulsive disorder: A pilot study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 40*(11), 1254-1260.

- Thompson-Hollands, J., Abramovitch, A., Tompson, M. C., & Barlow, D. H. (2015). A randomized clinical trial of a brief family intervention to reduce accommodation in obsessive-compulsive disorder: a preliminary study. *Behavior Therapy, 46*(2), 218-229.
- Thompson-Hollands, J., Edson, A., Tompson, M. C., & Comer, J. S. (2014). Family involvement in the psychological treatment of obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *Journal of Family Psychology, 28*(3), 287.
- Watson, H. J., & Rees, C. S. (2008). Meta-analysis of randomized, controlled treatment trials for pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 49*(5), 489-498.
- Weidle, B., Jozefiak, T., Ivarsson, T., & Thomsen, P. H. (2014). Quality of life in children with OCD with and without comorbidity. *Health and Quality of Life Outcomes, 12*(1), 152.

Table 4.1. Themes and objectives of educational and therapeutic parental meetings

	Themes	Objectives
1	Psycho-education about obsessive compulsive symptoms	<ol style="list-style-type: none"> 1. Welcome the parents 2. Define obsessive-compulsive symptoms of the child 3. Understand the symptoms of OCD 4. Normalize the symptoms of OCD 5. Establish an emotional distance from OCD-related behaviors
2	OCD behaviors and non-OCD behaviors	<ol style="list-style-type: none"> 1. Analyze the cycle of obsessive-compulsive disorder 2. Differentiate OCD and non-OCD behaviors by understanding their function
3	Obsessive compulsive sequence's	<ol style="list-style-type: none"> 1. Understand the role of obsessional doubt 2. Understand the obsessional sequence 3. Target obsessions and obsessive doubts
4	The repercussions of OCD	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identify the impact of OCD in the child's life according to parents 2. Identify the impact of OCD in family life 3. Use the systemic intervention of the family to understand the role of the family in the OCD cycle
5	Family accommodation	<ol style="list-style-type: none"> 1. Define the family accommodation 2. Identify the accommodation behaviors of the family 3. Find alternative behaviors

6	Problem-solving skills	<ol style="list-style-type: none"> 1. Teach problem solving methods 2. Identify recurring family problems related to OCD 3. Apply the problem solving method 4. Address the principles of operant conditioning
7	Attitudes and behaviors consolidating OCD	<ol style="list-style-type: none"> 1. Promote positive attitudes towards OCD 2. Target parents' attitudes and behaviors that strengthen the cycle of OCD 3. Practice doing positive social reinforcement when the child is behaving appropriately
8	Communication skills	<ol style="list-style-type: none"> 1. Define the components of communication (Receive and Emit) 2. Teach empathic and healthy communication strategies
9	Emotional regulation skills	<ol style="list-style-type: none"> 1. Recognize your own emotions and those of others 2. Teach emotion regulation strategies
10	Autonomy of child / Assessment of learning	<ol style="list-style-type: none"> 1. Encourage parents to promote their child's autonomy 2. Summarize the learning

Table 4.2. Parent and child characteristics

Measures	Pre-treatment (N=18)
Parents	
Age	$\bar{X} = 44.28$ ($\sigma = 3.91$)
Gender (% male)	44.44%
Civil Status (%)	
Married	61.11%
Spouse of fact	16.67%
Separate	22.22%
With OCD or Anxiety disorders (%)	88.89%
Child (N=10)	
Age	$\bar{X} = 11.56$ ($\sigma = 1.77$)
Gender (% male)	77.78%
Medication (%)	55.56%

Table 4.3. Pre-treatment and post-treatment results on obsessive compulsive disorder severity

Child reported by	OCD severity	N	Pre-treatment	Post-treatment	<i>p</i>	Sig.
Parents		16	$\bar{X} = 23.9$ ($\sigma = 1.3$)	$\bar{X} = 15.8$ ($\sigma = 1.4$)	.000	Significant**
Child		10	$\bar{X} = 22.0$ ($\sigma = 1.8$)	$\bar{X} = 13.9$ ($\sigma = 2.1$)	.004	Significant**

***p* < .05.

Table 4.4. Pre-treatment and post-treatment results

Variables	<i>M</i> Pre (SD)	<i>M</i> Post (SD)	Fidelity	<i>M</i> pop. (SD)	<i>p</i>	Sig.
Family accommodation	18.9 (8.81)	11.9 (10.85)	0.9	31 (9)	0.02	Significant**
Family environment						
Conflicts	3.63 (2.70)	3.25 (2.41)	0.75	3.3 (1.85)	0.359	Not significant
Cohesion	7.19 (2.23)	7.88 (1.15)	0.78	6.6 (1.4)	0.08	Not significant
Negative parental attitudes						
Hostility/Blame attitude	15.9 (7.59)	13.9 (4.29)	0.82	13.2 (5.24)	0.27	Not significant
Parental skills						
Problem-Solving skills	1.9 (0.59)	1.8 (0.55)	0.74	1.91 (0.40)	0.20	Not significant
Communication skills	1.9 (0.39)	1.9 (0.49)	0.70	2.09 (0.40)	0.86	Not significant

** $p < .05$. For Conflict, lower scores indicate lower levels of conflict. For Cohesion, higher scores indicate better family functioning. For the negative parental attitudes, higher scores reflect higher levels of hostility/blame. For parental skills, higher scores reflect higher levels of problematic skills.

Table 4.5. Problematic cohesion in family environment relative to each participant

Participant	Pre	Post	Fidelity	MOY pop	SD pop	Se	RCI	<i>p</i>	Sig.	Clinic Change
P02p	6.00	7.00	.78	6.6	1.4	0.66	1.08	0.14	Non-Significant	Stable
P05m	4.00	6.00	.78	6.6	1.4	0.66	2.15	0.02	Significant**	Amelioration
P05p	6.00	7.00	.78	6.6	1.4	0.66	1.08	0.14	Non-significant	Stable
P06m	3.00	7.00	.78	6.6	1.4	0.66	4.31	0.00	Significant**	Amelioration
P06p	3.00	6.00	.78	6.6	1.4	0.66	3.23	0.00	Significant**	Amelioration
P08m	6.00	8.00	.78	6.6	1.4	0.66	2.15	0.00	Significant**	Amelioration

***p* < .05. For Cohesion, higher scores indicate better family functioning.

Table 4.6. Problematic problem-solving in parental skills relative to each participant

Participant	Pre	Post	Fidelity	MOY pop	SD pop	Se	RCI	<i>p</i>	Sig.	Clinic Change
P01p	2.00	1.83	.74	1.91	0.4	0.20	-0.59	0.28	Non-significant	Stable
P02m	2.00	2.33	.74	1.91	0.4	0.20	1.14	0.87	Non-significant	Stable
P02p	2.17	2.33	.74	1.91	0.4	0.20	0.55	0.71	Non-significant	Stable
P05m	2.50	2.17	.74	1.91	0.4	0.20	-1.14	0.13	Non-significant	Stable
P06m	3.00	2.00	.74	1.91	0.4	0.20	-3.47	0.00	Significant**	Amelioration
P06p	3.17	3.00	.74	1.91	0.4	0.20	-0.59	0.28	Non-significant	Stable
P08m	1.67	1.00	.74	1.91	0.4	0.20	-2.32	0.01	Significant**	Amelioration
P09p	2.50	1.83	.74	1.91	0.4	0.20	-2.32	0.01	Significant**	Amelioration

***p* < .05. For parental skills, higher scores reflect higher levels of problematic skills.

CHAPITRE V

DISCUSSION GÉNÉRALE

La recension des écrits au sujet du trouble obsessionnel-compulsif (TOC) et des traitements existants chez les enfants révèle une problématique inquiétante. En plus des obsessions et des compulsions et de la détresse qu'ils peuvent engendrer, un niveau d'accommodation familiale élevée, un environnement familial caractérisé par des conflits et moins de cohésion, des attitudes parentales négatives d'hostilité et de blâme et des habiletés parentales déficitaires en résolution de problèmes et en communication sont observés. Étant donné les répercussions négatives de ce trouble sur la famille, il est primordial de trouver des traitements efficaces visant à diminuer les symptômes obsessionnels-compulsifs ainsi qu'améliorer le fonctionnement familial. Bien que les traitements cognitivo-comportementaux usuels pour le traitement du TOC soient largement enseignés et diffusés, ils montrent des résultats ambigus et peu d'effets à long terme chez les enfants. Certains auteurs ont proposé d'engager directement les parents dans les protocoles de traitement, mais ces derniers sont variables quant à la forme de cet engagement parental. La contribution scientifique de la thèse s'inscrit dans l'avancement des connaissances lié aux traitements efficaces afin de réduire les symptômes obsessionnels-compulsifs chez les enfants, et conséquemment, améliorer le fonctionnement des familles aux prises avec ce trouble de santé mentale. Cette thèse permet de documenter les résultats obtenus à la suite d'un protocole méthodologique original et inédit de rencontres parentales. Ainsi, l'une des principales contributions cliniques de la thèse est la création d'un guide méthodologique francophone « Parents, parlons TOC ! », composé de dix rencontres parentales éducatives et thérapeutiques visant à améliorer la compréhension du TOC de leurs enfants ainsi que l'amélioration du soutien et du fonctionnement familial. Ce guide méthodologique a été utilisé en expérimentation afin de répondre aux objectifs de la thèse.

L'objectif de cette thèse est d'évaluer les effets de rencontres parentales éducatives et thérapeutiques sur l'accommodation familiale, l'environnement familial (p. ex., les conflits et la cohésion entre les membres de la famille), les attitudes parentales négatives (p. ex., hostilité et blâme), les habiletés parentales (p. ex., résolution de

problèmes et communication), ainsi que sur les symptômes obsessionnels-compulsifs de l'enfant. L'étude relève d'un protocole à cas unique à niveaux de base multiples (pré-traitement et post-traitement). Deux articles empiriques permettent de présenter les résultats individualisés et globaux, à la suite des dix rencontres parentales éducatives et thérapeutiques, sur les variables familiales. Le premier article empirique présente trois études de cas correspondant aux premières participantes du projet de recherche, selon un recrutement chronologique. L'objectif est de mesurer l'effet des rencontres parentales sur l'accommodation familiale et le fonctionnement familial rapportés par des mères ayant un enfant atteint de TOC. Le deuxième article empirique présente l'effet des rencontres parentales éducatives et thérapeutiques sur les différentes variables familiales des participants ($n = 16$) ayant participé à l'étude ainsi que sur les symptômes obsessionnels-compulsifs des enfants ($n = 10$).

La discussion générale présente les conclusions de la thèse en débutant par un rappel des résultats empiriques et des interprétations cliniques en lien avec les objectifs. Par la suite, un modèle intégratif de compréhension du rôle des variables familiales impliquées dans le traitement du TOC est proposé. Finalement, les considérations méthodologiques de la thèse sont présentées, notamment les forces et les limites, et des pistes de recherche futures sont explorées.

5.1 Résultats empiriques et interprétations cliniques de la thèse

5.1.1 Accommodation familiale

Les résultats de la thèse montrent une diminution significative du score global d'accommodation familiale après les rencontres parentales, et ce, pour l'ensemble des

participants. Les rencontres parentales éducatives et thérapeutiques permettent de réduire significativement le niveau d'accommodation familiale chez les parents ayant un enfant présentant un TOC. Les résultats du premier article montrent que les comportements d'accommodation familiale des participantes ont diminué de 51,72 %, de 57,14 % et de 100 %. Les résultats présentés dans le deuxième article empirique sont similaires à ceux du premier ; les 16 participants ont un niveau d'accommodation familial significativement inférieur après l'intervention, comparativement à avant l'intervention. Cette différence est significative et représente une large taille d'effet ($d = -0,80$).

L'accommodation familiale se définit comme la participation des membres de la famille aux rituels du jeune présentant un TOC. Cette participation peut se manifester de différentes façons, notamment, par la modification de la routine en fonction des symptômes obsessionnels-compulsifs du jeune ou par certains comportements d'évitement ou de réassurance (Freeman et al., 2008). De prime abord, ces comportements semblent positifs. Cependant, puisque l'accommodation familiale diminue temporairement l'anxiété du jeune (retrait d'un évènement aversif/négatif), elle renforce insidieusement les obsessions/compulsions ce qui maintient le cycle obsessionnel-compulsif. Par conséquent, il s'agit également d'un processus de renforcement négatif comme la compulsion de l'enfant lui-même (Mowrer, 1960; Rachman, 1977).

Les résultats de la thèse sont compatibles avec les études antérieures qui suggèrent que l'accommodation familiale est un médiateur entre la sévérité des symptômes obsessionnels-compulsifs et les difficultés de fonctionnement (Peris & Piacentini, 2013; Peris et al., 2017; Piacentini et al., 2011; Storch et al., 2007; Rosa-Alcázar et coll., 2019). Par conséquent, la réduction de l'accommodation familiale pourrait précéder l'amélioration des symptômes obsessionnels-compulsifs dans les traitements du TOC chez les enfants. Agir sur l'accommodation familiale permettrait de diminuer les

répercussions des symptômes obsessionnels-compulsifs sur le dysfonctionnement familial. En aidant les familles à développer des stratégies pour réduire graduellement l'accommodation familiale, une amélioration globale du fonctionnement de la famille et de l'enfant se développe en contingence (Thompson-Hollands et al., 2015). Les résultats de la thèse sont également cohérents aux résultats du programme *Supportive Parenting for Anxious Childhood Emotions (SPACE)*. Une étude pilote (Lebowitz, 2013) du programme *SPACE*, avec des parents ayant un enfant atteint de TOC ($n = 6$), a montré une diminution significative de l'accommodation familiale. Un essai clinique aléatoire (Lebowitz, Marin, Shimshohi, & Silverman; 2020) a comparé chez des enfants atteints de trouble anxieux ($n = 124$; âgés de 7 à 14 ans) les résultats du programme *SPACE* destiné aux parents ($n = 64$) et les résultats de la TCC basée sur l'EPR destinée aux enfants ($n = 60$). Aucune différence significative n'a été obtenue entre les deux modalités de traitement quant à la réduction du stress parental et des symptômes anxieux. Cependant, la diminution de l'accommodation familiale était supérieure dans le programme *SPACE* comparativement à la TCC basée sur l'EPR.

L'accommodation familiale représente l'un des thèmes abordés dans le guide des dix rencontres parentales éducatives et thérapeutiques. Lors de la rencontre 5, le rôle de l'accommodation familiale et les différents types de comportements caractérisant l'accommodation familiale sont présentés aux parents. Lors des rencontres parentales éducatives et thérapeutiques, la prise de conscience des comportements d'accommodation des parents est augmentée. En effet, certains parents ont rapporté de nouveaux comportements lors de la complétion des questionnaires à la suite des dix rencontres. Lorsque la prise de conscience des comportements d'accommodation familiale des parents est déjà élevée, cela peut faciliter la mise en place des stratégies visant à diminuer l'accommodation familiale. L'un des objectifs de la rencontre 5 est également de proposer des comportements alternatifs à l'accommodation familiale. Au fil des rencontres, les parents sont invités à modifier leurs comportements. Une

rétroaction sur leurs comportements est offerte à chacune des rencontres afin de favoriser le changement. Ces objectifs précis ont pu contribuer à la diminution significative du niveau d'accommodation familiale. Par ailleurs, plusieurs parents ont ciblé dans le questionnaire d'appréciation du programme parental, l'accommodation familiale comme l'un des thèmes importants et pertinents des rencontres parentales éducatives et thérapeutiques.

Par ailleurs, les résultats de la thèse permettent d'observer que la diminution du niveau d'accommodation familiale est moindre lorsque la sévérité des symptômes obsessionnels-compulsifs est sévère ou modérée importante comparativement à modérée ou faible. Ainsi, la sévérité des symptômes obsessionnels-compulsifs de l'enfant semble avoir une incidence à plus long terme sur la diminution du niveau d'accommodation familiale. Les rencontres éducatives et thérapeutiques semblent également efficaces lorsque l'enfant présente un TOC de type phobie d'impulsion, c'est-à-dire des pensées caractérisées par la peur de faire du mal aux autres de quelconque façon. En général, les interventions thérapeutiques pour ce type de TOC sont particulièrement difficiles parce que les compulsions consistent à l'évitement de certains contacts sociaux, la neutralisation mentale et/ou la réassurance de la part des parents (Moulding, Aardema, & O'Connor, 2014). Par conséquent, la cessation de certains comportements d'évitement ou de réassurance de la part des parents limite le processus de renforcement négatif et le maintien du cycle obsessionnel-compulsif favorisant la mise en application des exercices et des outils psychothérapeutiques par l'enfant.

Aussi, les résultats du premier article de la thèse montrent que la participation en couple aux rencontres éducatives et thérapeutiques pourrait avoir une incidence sur la diminution du niveau d'accommodation familiale. La participation en couple pourrait avoir un effet sur la motivation et la congruence des interventions des deux parents et ainsi, favoriser la diminution de l'accommodation familiale.

5.1.2 Environnement familial

L'environnement familial des parents ayant un enfant atteint de TOC se caractérise généralement par des conflits et moins de cohésion. Globalement, les parents d'enfants ayant un TOC rapportent un meilleur environnement familial après le programme novateur « Parents, parlons TOC ! ». Les participants montrent un niveau légèrement inférieur de conflits entre les membres de la famille après les rencontres parentales comparativement à avant les rencontres parentales. À noter que la moyenne globale avant le programme concernant la variable des conflits ne représentait pas de difficulté de fonctionnement de la famille. L'étude pouvait impliquer un biais de sélection des participants ou un biais de recrutement. En effet, les parents étaient volontaires, motivés et engagés à participer à cette étude. La plupart des parents reconnaissent l'influence de leurs attitudes et leurs comportements parentaux sur le trouble obsessionnel-compulsif de leur enfant. De ce fait, les conflits pouvaient être minimisés ou absents dès le début de l'intervention. En conséquence, une diminution significative des conflits était difficile à obtenir après l'intervention. En analysant les résultats de chaque participant de manière individuelle, les résultats montrent qu'il n'y a pas de diminution significative des conflits après les rencontres lorsque la moyenne du parent représente un niveau élevé de conflits avant les rencontres. En retour, les participants montrent un niveau supérieur de cohésion entre les membres de la famille après le programme comparativement à avant le programme. En analysant les résultats de chaque participant de manière individuelle, les résultats montrent une augmentation significative de la cohésion entre les membres de la famille chez quatre parents. Les résultats de la thèse sont partiellement congruents avec l'étude de Peris et al. (2017). Dans un essai à répartition aléatoire, ces chercheurs ont comparé les résultats d'un

traitement standard (*ST* ; thérapie cognitive comportementale avec l'enfant uniquement) aux résultats de la *positive family interaction therapy* (*PFIT* ; une thérapie familiale), sur les conflits et la cohésion entre les membres de la famille. Les résultats de la *PFIT* montrent une diminution significative (changement moyen = -1,26, SE = 0,37, $p = 0,001$) des conflits, tandis que le *ST* a un changement non significatif (changement moyen = 0,05, SE = 0,47, $p = 0,91$) des conflits. Les résultats de la *PFIT* montrent une amélioration significative (changement moyen = 0,60, SE = 0,28, $p = 0,03$) de la cohésion, tandis que le *ST* a un changement non significatif de la cohésion (changement moyen = -0,23, SE = 0,27, $p = 0,34$). Ainsi, l'engagement des parents dans des rencontres thérapeutiques permet de réduire les conflits et d'augmenter la cohésion significativement entre les membres de la famille.

5.1.3 Attitudes parentales négatives

Les enfants ayant un TOC tentent d'imposer des rituels et des « règles » aux membres de leur famille en fonction de leurs obsessions et leurs compulsions, ce qui peut entraîner des frustrations et une augmentation des conflits (Peris, Benazon, et al., 2008). Ces conflits familiaux peuvent générer une irritabilité envers l'enfant et une tendance à le blâmer, ce qui exacerbe alors le dysfonctionnement familial (Peris, Sugar, et al., 2012; Renshaw et al., 2005; Stewart et al., 2017). Les rencontres parentales éducatives et thérapeutiques « Parents, parlons TOC ! » permettent de réduire les attitudes parentales négatives notamment la rencontre 4 « Les répercussions du TOC », la rencontre 7 « Les attitudes et les comportements consolidant le TOC » et 9 « La régulation émotionnelle ». Les participants montrent un niveau inférieur d'hostilité et de blâme à la suite de l'intervention. Bien que les résultats indiquent une diminution non significative, les attitudes d'hostilité et de blâme des parents avant les rencontres parentales sont plus élevées que les attitudes parentales négatives d'une population

clinique de parents ayant un enfant atteint de TOC. Après les dix rencontres, les parents ayant participé à l'étude montrent des attitudes d'hostilité et de blâme se rapprochant de la moyenne de la population clinique.

Les rencontres parentales visent à améliorer le soutien et le fonctionnement familial. Grâce aux rencontres, les parents sont informés des attitudes à éviter afin de ne pas exacerber les symptômes de leur enfant ou les conflits familiaux. Ainsi, la sensibilisation des parents aux attitudes négatives est accrue. Les résultats de la thèse, en ce qui concerne les attitudes parentales négatives, sont compatibles avec l'hypothèse de Peris, Sugar, et al. (2012) qui suggère que les interventions familiales devraient se concentrer sur l'éducation psychologique des familles quant aux problèmes de fonctionnement liés au TOC, ainsi que sur la diminution des perceptions négatives quant à ces difficultés afin d'augmenter la compréhension des parents de ce trouble. Par exemple, les interventions familiales pourraient permettre de réduire les attitudes de blâme envers l'enfant lorsque celui-ci a une diminution de son rendement scolaire ou qu'il s'isole puisque les parents ne responsabiliseraient pas l'enfant pour ses difficultés, mais les associeraient aux symptômes obsessionnels-compulsifs. Une autre observation intéressante des rencontres parentales est la réaction des parents lorsque les pourcentages de détresse et d'attitudes parentales négatives sont présentés. Plusieurs parents ont déclaré que l'attitude d'hostilité ou de blâme ne les représentait pas et l'ont niée. Les résultats de la thèse sont contradictoires avec l'étude de Peris, Benazon et coll. (2008). Par exemple, tous les parents ont répondu qu'ils ne blâmaient pas leur enfant, mais plutôt le TOC. Il se peut que la traduction ou la formulation des énoncés avait tendance à favoriser une désirabilité sociale chez les parents ou un mécanisme de défense. En effet, les énoncés suggéraient l'attitude à privilégier. Durant les rencontres, les parents ont préféré utiliser le mot irritabilité pour décrire leur attitude vis-à-vis leur enfant afin d'évoquer l'émotion ressentie lorsqu'ils étaient fâchés en lien avec le TOC. Par ailleurs, les résultats de cette thèse sont congruents avec l'étude de

Akıncı et Sevi (2020) qui évaluait les effets de 8 rencontres parentales en groupe de psychoéducation sur les attitudes maternelles chez des parents ayant un enfant atteint de TOC. L'étude de Akıncı et Sevi (2020) rapporte également une diminution significative des attitudes maternelles négatives ($z=-2,201, p=0,028$) et des symptômes obsessionnels-compulsifs des enfants ($z=-2,366, p=0,018$). Ces auteurs précisent également l'importance de conscientiser les parents à propos de leurs attitudes et leurs comportements.

5.1.4 Habiletés parentales

À ce jour, aucune étude ne s'est intéressée aux effets des traitements du TOC chez les enfants sur les habiletés parentales. Bien qu'il s'agisse des recommandations de Peris et coll. (2012), cette thèse est la première à évaluer l'effet de rencontres parentales éducatives et thérapeutiques sur les habiletés des parents ayant un enfant atteint de TOC. Par ailleurs, la méta-analyse de McGrath et Abbott (2019) souligne également l'importance de cibler un certain nombre de facteurs familiaux, notamment les habiletés parentales concernant la résolution de problèmes et la communication, puisque ces variables sont des modérateurs dans les traitements pour les jeunes atteints de TOC.

Les résultats de la thèse sont prometteurs et montrent que les rencontres parentales éducatives et thérapeutiques ont une incidence sur les habiletés parentales. Avant les rencontres, les moyennes des habiletés parentales de résolution de problèmes et de communication ne représentent pas de difficultés de fonctionnement familial, donc une augmentation significative des habiletés parentales est difficile à atteindre. Ainsi, toutes les familles ne semblent pas avoir de faibles habiletés en résolution de problèmes ou en communication à cause des symptômes du TOC. Néanmoins, en analysant les

résultats de chaque participant de manière individuelle, les résultats montrent qu'une augmentation significative des habiletés en résolution de problèmes est observée chez trois participants ainsi qu'une augmentation significative des habiletés en communication est observée chez un parent. Il semble que lorsque les parents présentent des habiletés parentales déficitaires, les rencontres parentales éducatives et thérapeutiques contribuent à améliorer ces habiletés. Les résultats de la thèse vont dans le même sens que les études sur l'efficacité des PEHP sur les troubles du comportement et sur les symptômes du trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) (Anastopoulos, Shelton, DuPaul, & Guevremont, 1993; Barkley, 2013; Barkley, Edwards, Laneri, Fletcher, & Metevia, 2001; Fabiano et al., 2009; Hauth-Charlier, 2009; Hauth-Charlier & Clément, 2014; Lee et coll., 2012; Scahill et al., 2006). Des rencontres parentales éducatives et thérapeutiques en contexte de TOC semblent induire un travail thérapeutique global avec les parents.

5.1.5 Symptômes obsessionnels-compulsifs de l'enfant

Le dernier objectif de cette thèse mesure les effets des rencontres parentales éducatives et thérapeutiques sur les symptômes obsessionnels-compulsifs de l'enfant. Les résultats montrent que les parents rapportent un niveau plus faible de symptômes obsessionnels compulsifs après les dix rencontres comparativement à avant les dix rencontres. Cette différence est significative et représente une grande taille d'effet, $d = -1,52$. Une diminution des symptômes obsessionnels-compulsifs est également observée lorsque les symptômes sont rapportés par l'enfant et évalués par une assistante de recherche. En moyenne, les symptômes obsessionnels-compulsifs des enfants après les dix rencontres parentales diminuent comparativement aux symptômes obsessionnels-compulsifs des enfants avant les dix rencontres parentales. Cette différence est

significative et représente une large taille d'effet, $d = -1,47$. Les résultats de la thèse montrent que la perception des parents des symptômes obsessionnels-compulsifs semble juste et adéquate. En effet, les symptômes obsessionnels-compulsifs des enfants ont été évalués de deux manières distinctes soit rapportés par les parents (*CY-BOCS-PR*) et rapportés par les enfants et colligés par une assistante de recherche (*CY-BOCS*). Les deux instruments de mesure ne montrent aucune différence significative en pré-traitement et en post-traitement quant aux résultats. Ces résultats suggèrent que la perception des parents quant aux symptômes obsessionnels-compulsifs de leur enfant n'est pas biaisée.

Bien qu'il soit difficile d'isoler l'effet des rencontres sur les symptômes obsessionnels-compulsifs puisque 50 % des enfants participant au projet de recherche avaient également un suivi en psychologie, ces résultats sont très prometteurs. Les résultats de la thèse sont compatibles avec les études qui précisent que la réduction de l'accommodation familiale devrait précéder l'amélioration des symptômes obsessionnels-compulsifs (Piacentini et coll., 2011). Comme les rencontres parentales ont un effet sur l'accommodation familiale, elles peuvent favoriser un environnement propice à travailler les symptômes obsessionnels-compulsifs de l'enfant. Ainsi, ce dernier peut appliquer les stratégies apprises au cours de son suivi en psychologie afin de gérer ses symptômes obsessionnels-compulsifs.

Auparavant, les auteurs proposaient des rencontres individuelles avec l'enfant ou des rencontres familiales pour le traitement du TOC. Les rencontres familiales ciblent surtout l'accompagnement de l'enfant dans son propre suivi psychothérapeutique. Les résultats de la thèse sont cohérents avec les conclusions de Rosa-Alcázar et coll. (2019). Ces auteurs ont comparé trois modalités de traitement ayant le même protocole où les objectifs et les exercices sont identiques pour les parents et les enfants ; des rencontres parent-enfant, des rencontres mère-enfant et des rencontres avec les mères seulement. Les résultats des trois modalités montrent des améliorations significatives sur la

sévérité des symptômes obsessionnels-compulsifs chez l'enfant et de l'accommodation familiale. De plus, aucune différence significative entre les modalités n'est observée. Tout comme l'intervention proposée dans cette thèse et dans l'étude de Rosa-Alcázar et coll. (2019), bien que l'enfant soit absent durant les rencontres, elles permettent une diminution de l'accommodation familiale et des symptômes obsessionnels-compulsifs de l'enfant. En résumé, les rencontres parentales éducatives et thérapeutiques permettent, non seulement, de diminuer l'accommodation familiale et les attitudes parentales négatives, mais également améliorer l'environnement familial et les habiletés parentales. Ces retombées indirectes des rencontres parentales confirment l'effet cyclique ou parallèle de l'accommodation familiale et des autres variables dans le maintien du TOC des enfants.

5.2 Modèle intégratif de compréhension du rôle des variables familiales impliquées dans le traitement du trouble obsessionnel-compulsif

Le modèle intégratif présenté à la figure 5.1 ne découle pas directement des résultats cliniques de la thèse. Il vise à comprendre et à représenter le rôle, notamment l'effet cyclique ou parallèle, des variables familiales impliquées dans le maintien du TOC ainsi qu'à générer des pistes de réflexion pour les recherches futures. Les rencontres parentales ciblent notamment l'accommodation familiale, les habiletés parentales (p. ex., les habiletés de résolution de problème et les habiletés de communication) ainsi que les attitudes parentales négatives (p. ex., l'hostilité et le blâme). Les habiletés de résolution de problèmes et les habiletés de communication permettent de réduire l'accommodation familiale en fournissant aux parents des moyens alternatifs afin d'éviter de se soumettre aux symptômes obsessionnels-compulsifs de leurs enfants. L'augmentation des habiletés de résolution de problèmes et de communication accompagnée de la diminution de l'accommodation familiale permettent de réduire les

conflits et augmenter la cohésion au sein de la famille. Tous les membres de la famille pourraient être engagés dans la diminution des symptômes obsessionnels-compulsif de manière cohérente.

Parallèlement, les rencontres parentales offrent aux parents du soutien par rapport au trouble obsessionnel-compulsif de leur enfant. En effet, les parents ont indiqué dans le questionnaire d'appréciation que les rencontres sont bénéfiques afin de fournir un soutien émotionnel aux parents. Stewart et coll. (2017) rapportaient que la tristesse fréquemment rapportée par les parents peut représenter un processus de deuil lié au diagnostic de leur enfant, ce qui pourrait conduire à des comportements susceptibles d'interférer avec le traitement tels que la minimisation ou la catastrophisation des symptômes. Le processus de deuil, la minimisation ou le déni et la catastrophisation des symptômes obsessionnels-compulsifs des enfants ont été observés de manière qualitative chez plusieurs parents ayant participé à l'étude. Les rencontres parentales semblent également avoir des gains cliniques secondaires. Selon les données provenant du questionnaire « maison » d'appréciation des rencontres parentales, certains parents ont rapporté et verbalisé que les rencontres parentales éducatives et thérapeutiques permettent de diminuer la présence des sentiments de culpabilité et d'impuissance face au TOC de son enfant. Les parents rapportent également de manière qualitative une meilleure compréhension du trouble obsessionnel-compulsif, plus précisément, le rôle du renforcement négatif des compulsions et de l'accommodation familiale.

Le soutien aux parents, l'augmentation des habiletés de communication et la diminution des attitudes parentales négatives permettent d'augmenter la tolérance des parents à l'égard des symptômes obsessionnels-compulsifs de leurs enfants. Les parents perçoivent une diminution des symptômes obsessionnels-compulsifs de leur enfant. Les rencontres parentales éducatives et thérapeutiques ont non seulement des répercussions sur l'accommodation familiale, l'environnement familial et les habiletés parentales, mais également sur l'évaluation qu'ont les parents des symptômes

obsessionnels-compulsifs de leur enfant. Par ailleurs, les rencontres parentales peuvent favoriser un environnement propice à travailler les symptômes obsessionnels-compulsifs de l'enfant. Ainsi, ce dernier peut appliquer les stratégies apprises au cours de son suivi en psychologie individuel afin de gérer ses symptômes obsessionnels-compulsifs.

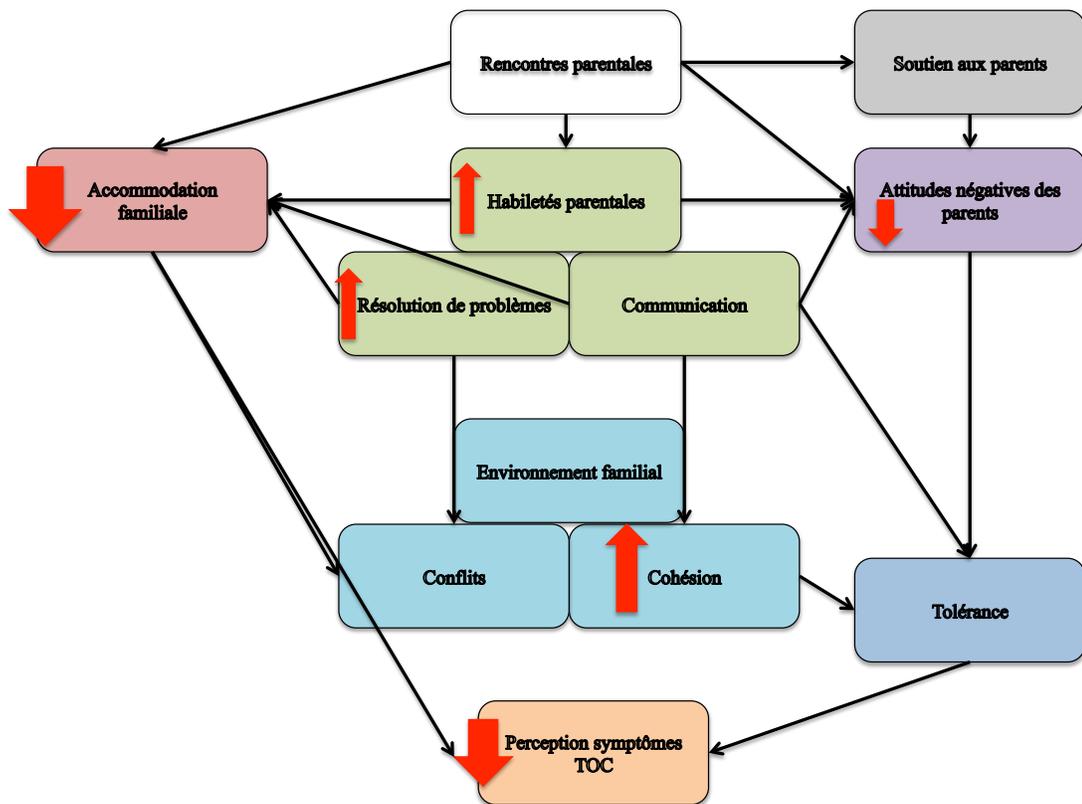


Figure 5.1 Modèle intégratif de compréhension du rôle des variables familiales impliquées dans le traitement du trouble obsessionnel-compulsif

5.3 Abandon, assiduité et satisfaction des rencontres parentales

5.3.1 Pourcentage d'abandon du projet de recherche

Dix-huit parents, dont 8 couples, ont participé au projet de recherche. Seize parents (88,89 %) ont terminé le projet de recherche et deux pères ont abandonné l'étude. La raison de l'abandon était la grande implication des parents au projet de recherche lorsque les deux parents participent aux rencontres. La présence des deux parents aux rencontres nécessite que les enfants soient gardés par un tiers.

5.3.2 Taux d'assiduité aux rencontres

Seize parents ont assisté aux rencontres du programme parental. Douze d'entre eux ont assisté aux rencontres en couple et quatre parents ont assisté seuls aux rencontres. Deux parents se sont absentés d'une rencontre tandis que leurs conjoints ont assisté à toutes les rencontres. Le taux de participation global des parents était de 98,75 %. Tous les enfants ayant participé au projet de recherche ont participé aux évaluations avant et après les dix rencontres. Ces résultats peuvent s'expliquer par la pertinence des rencontres parentales. Les parents expriment le besoin d'avoir accès à la documentation, aux réunions, aux outils et aux stratégies pour comprendre le TOC ainsi que pour améliorer le soutien et le fonctionnement familial.

5.3.3 Satisfaction des rencontres parentales

Douze parents sur seize ont rempli le questionnaire « maison » d'appréciation des rencontres parentales. Les parents ont déclaré un degré de satisfaction générale face aux rencontres très bon (83,33 %) et bon (16,67 %). Tous les parents (100 %) recommandent ces rencontres à d'autres parents dont l'enfant est atteint de TOC. Tous les parents ont rapporté que la durée des rencontres était adéquate. Les parents ont rapporté que le nombre de rencontres était adéquat (91,67 %) ou insuffisant (8,33 %). Les parents rapportent avoir constaté une amélioration de leur compréhension du trouble obsessionnel-compulsif soit beaucoup (91,67 %) et un peu (8,33 %). Les parents ont déclaré que les rencontres étaient très bénéfiques (91,67 %) et bénéfiques (8,33 %) afin d'offrir un soutien émotionnel aux parents. Les parents ont indiqué que les réunions étaient très bénéfiques (75 %) ou bénéfiques (25 %) afin de donner aux parents des moyens d'intervenir auprès de leur enfant. Les parents ont rapporté que la relation thérapeutique avec l'intervenant était très aidante (83,33 %) ou aidante (16,67 %). Les parents ont rapporté que les rencontres étaient tout à fait adaptées (83,33 %) ou adaptées (16,67 %) en fonction de la problématique de l'enfant et du contexte familial. Les parents ont rapporté beaucoup de répercussions positives sur la dynamique de l'ensemble la famille (66,67 %) et un peu (33,33 %).

5.4 Considérations méthodologiques

5.4.1 Intégrité de traitement des rencontres éducatives et thérapeutiques

L'intégrité de traitement a été réalisée par une auxiliaire de recherche qui était aveugle aux objectifs et aux hypothèses du projet de recherche. De manière aléatoire et afin de respecter le seuil de 30 %, les bandes audios de vingt-sept rencontres sur les 90 bandes audios de rencontres disponibles ont été écoutées. Ces vingt-sept rencontres

représentaient 82 objectifs d'intervention. Selon l'analyse de l'intégrité de traitement, 71 objectifs sur les 82 objectifs ont été respectés ce qui représente une intégrité de traitement de 86,6 %.

En moyenne, la rencontre 4 (répercussions du TOC) présente la plus faible intégrité de traitement (66,67 %). Comme cette rencontre approfondit les difficultés de la famille en lien avec le TOC, une détresse émotionnelle chez les parents est, particulièrement, observée durant cette rencontre. Les parents ont verbalisé des émotions associées à une impuissance, une culpabilité et un envahissement vis-à-vis du TOC. Durant la rencontre, l'intervenante soutenait et validait les parents dans l'expression de leurs émotions. Par conséquent, le dernier objectif de la rencontre 4, utiliser l'intervention systémique de la famille pour comprendre le rôle de la famille dans le cycle du TOC, était brièvement exploré ou mentionné. Les rencontres 6 (résolution de problèmes) et 8 (communication) présentent une intégrité de traitement de 75 %, la rencontre 7 (attitudes et comportements consolidant le TOC) présente une intégrité de traitement de 77,78 %, la rencontre 3 (la séquence obsessionnelle-compulsive) présente une intégrité de traitement de 88,89 %, la rencontre 1 (éducation psychologique sur le TOC) présente une intégrité de traitement de 93,33 % et les rencontres 2, 5, 9 et 10 (comportements TOC et non-TOC, accommodation familiale, régulation émotionnelle et résumé des apprentissages/autonomie du jeune) présentent une intégrité de traitement de 100 %.

5.4.2 Révision du guide méthodologique (parents et thérapeute)

Cette thèse permet de constater qu'une révision du guide méthodologique sera nécessaire dans un avenir rapproché. L'application intégrale des rencontres du

programme « Parents, parlons TOC ! » s'est avérée un défi colossal puisque le contenu de certaines rencontres était trop chargé. Une révision permettrait d'épurer le contenu et d'éliminer certains exercices.

Tout d'abord, les premières rencontres permettent de présenter le TOC de manière approfondie aux parents. Bien que l'éducation psychologique représente une étape primordiale dans le programme, certains parents maîtrisaient déjà ces connaissances et trouvaient le contenu des rencontres redondantes. Certains exercices se sont avérés inutiles ou peu appréciés par les parents. Par exemple, les exercices adaptés des quatre histoires racontant la vie et la démarche thérapeutique de quatre enfants souffrant de TOC créé par Fontaine (2012) seraient enlevés puisque les histoires ne se rapportent pas à leur réalité. Les parents réalisaient plutôt la grande variabilité des obsessions et des compulsions d'un enfant à l'autre. De plus, certains parents, qui avaient déjà consulté dans le passé et dont les connaissances sur le TOC étaient vastes, trouvaient l'exercice futile. Ces activités proposaient aux parents de s'exercer à identifier les obsessions, les compulsions, les comportements non-TOC, les doutes obsessionnels ainsi que les comportements d'accommodation présents dans chacune des histoires. Ensuite, l'intervention systémique de la famille lors de la rencontre 4 serait épurée, voire même enlevée, puisque les parents participant aux rencontres étaient déjà conscients de l'importance de leur engagement et de leur rôle dans le TOC. De plus, les exercices 7.1 (le casse-tête des attitudes relationnelles) et 8.1 (suis-je un bon récepteur ?) seraient également modifiés puisqu'ils duraient trop longtemps et que la formule en questionnaire n'était pas appréciée des parents. Les mises en situation (p. ex., exercices 7.2 — Quelle est votre réaction ?, 8.2 Méthodes ne favorisant pas la communication) seraient également modifiées puisqu'elles ne provoquaient pas l'effet escompté soit, de faire réagir les parents. Les parents s'identifiaient peu ou pas du tout aux mises en situation.

Une révision permettrait également de vulgariser davantage certains thèmes, d'ajouter du contenu ou des techniques psychothérapeutiques et de varier la modalité des rencontres parentales. Compte tenu des études s'intéressant au TOC et aux guides du soi (Aardema et coll., 2013; Ferrier & Brewin, 2005 ; Melli, Aardema & Moulding, 2016 ; Nikodijevic, Moulding, Anglim, Aardema & Nedeljkovic, 2015), la rencontre 7 abordait brièvement l'estime de soi de l'enfant. Néanmoins, il serait pertinent de vulgariser davantage aux parents les concepts de l'estime de soi, de l'identité et des guides du soi de l'enfant. Aussi, Stewart et coll. (2017) recommandent d'encadrer directement les parents en ce qui concerne l'hygiène du sommeil et la gestion des routines au lever et au coucher. Par la suite, une détresse émotionnelle chez les parents est observée durant la rencontre 4. Les parents ont verbalisé des émotions associées à une impuissance, une culpabilité et un envahissement vis-à-vis du TOC. Puisque la tolérance à la détresse est exigée par les membres de la famille afin de résister à l'accommodation familiale, Stewart et coll. (2017) suggèrent que des techniques de pleine conscience pourraient être bénéfiques pour les parents. Finalement, il serait intéressant de trouver une modalité où les rencontres pourraient s'adapter aux connaissances et aux besoins de chaque famille. Des vidéos pourraient être ajoutés aux rencontres afin de rendre le contenu plus visuel, animé et ludique. Les fascicules pourraient être disponibles sur le web ou dans une application mobile où les parents pourraient compléter à leur rythme les différents modules. Plusieurs études s'intéressent actuellement au traitement par la modalité du web et les résultats s'avèrent prometteurs (Aspvall et coll., 2019 ; Aspvall et coll., 2018 ; Babiano-Espinosa et coll., 2019).

5.4.3 Limites de la thèse

L'utilisation d'un protocole à cas unique représente une limite méthodologique de la thèse puisque les modèles préexpérimentaux ou les études de cas ne permettent pas toujours une validité interne et externe adéquate (Kazdin, 2011). En effet, cette étude comprend une absence de groupe contrôle sans condition active ou de liste d'attente afin de comparer les résultats des participants. Cependant, cette thèse était nécessaire afin d'évaluer la faisabilité d'offrir des rencontres parentales et préliminaires à un modèle quasi expérimental ou une procédure de recherche à répartition aléatoire.

Bien que les parents montrent des similarités sur le plan personnel, familial et socio-économique, les résultats ne peuvent être généralisés à toutes les familles ayant un enfant atteint de TOC. La petite taille de l'échantillon ou le nombre de participants ($n=16$) limitent la généralisation des résultats. Enfin, puisque cette étude présente des résultats préliminaires obtenus auprès d'un échantillon de petite taille, il faudra la répliquer avec un plus grand échantillon, ce qui permettra d'améliorer la puissance des tests statistiques et ainsi, procéder à la validation du programme d'intervention. Par ailleurs, en incluant les parents d'une même famille dans les analyses, le postulat d'indépendance des scores n'est pas respecté et l'erreur-type peut être sous-estimée, ce qui peut mener à une inflation d'erreur de type 1 lors des tests d'hypothèse.

Par ailleurs, l'étude implique également un biais de sélection des participants ou un biais de recrutement. En effet, les parents étaient volontaires, motivés et engagés à participer à cette étude. La plupart des parents reconnaissaient l'influence de leurs attitudes et leurs comportements parentaux sur le trouble obsessionnel-compulsif de leur enfant. De plus, la sévérité des symptômes obsessionnels-compulsifs des enfants pouvait être plus faible étant donné que l'étude se déroulait à l'extérieur des milieux hospitaliers ou psychiatriques. De plus, les réponses des parents pouvaient être biaisées

en raison du fait que les parents pouvaient être motivés à percevoir des améliorations afin de justifier leur investissement dans les rencontres parentales.

Un biais du thérapeute peut également être soulevé puisque toutes les rencontres ont été administrées par l'étudiante et co-auteure du programme. Cette décision a été prise en prenant compte de l'engagement nécessaire au projet de recherche et l'absence de subvention de recherche. Bien que l'intégrité de traitement visait à réduire ce biais, il ne peut être parfaitement contrôlé. L'intégrité de traitement a été effectuée de manière vigoureuse par une assistante de recherche indépendante et aveugle aux hypothèses de recherche.

Une autre limite de la thèse est que 50 % des enfants participant au projet de recherche avaient également un suivi en psychologie tel que rapporté par les parents dans le questionnaire sociodémographique. Par conséquent, il est difficile pour des raisons éthiques et déontologiques d'isoler les effets du suivi parallèle de la psychothérapie individuelle de l'enfant et des rencontres parentales éducatives et thérapeutiques. En revanche, des raisons éthiques et déontologiques entraînent enjeu si la cessation des suivis psychologiques avaient été exigés. Bien que les parents précisent ne pas être impliqués dans les rencontres psychothérapeutiques de leurs enfants, il se peut que la concomitance des suivis de l'enfant et du parent puisse influencer la diminution des comportements d'accommodation familiale ainsi que les niveaux de cohésion et de résolution de problème plus élevés.

Aussi, cette étude n'évaluait pas certaines variables familiales et parentales pouvant influencer le fonctionnement familial dont le niveau socio-économique de la famille, le niveau d'éducation des parents, la détresse parentale ainsi que la santé mentale des parents (p. ex., symptômes anxieux et dépressifs). Bien que l'influence de la présence de pathologies ou de troubles psychiatriques chez les parents est ambiguë, plusieurs

chercheurs proposent de tenir compte de ce paramètre, car une pathologie telle que la dépression ou l'anxiété chez les parents pourrait être associée à de l'accommodation familiale ($\beta = 0,73$, $p = 0,000$, $r^2 = 0,65$) (Gushanas, 2019) et au maintien de la problématique.

Finalement, deux instruments de mesure peuvent être remis en question dans cette étude. La plupart des instruments de mesure utilisés dans cette étude étaient validés auprès d'une population souffrant d'une problématique similaire à celle des participants et d'une population neurotypique. En plus, les instruments de mesure choisis dans l'étude présentent de bonnes propriétés psychométriques. Néanmoins, le *McMaster Family Assessment Device* semble modestement sensible à un changement au niveau des habiletés parentales. La revue systématique de Staccini, Tomba, Grandi, et Keitner (2015) précise que plusieurs études rapportent des moyennes près de la population neurotypique lorsque ce questionnaire est utilisé avec une population clinique. Cependant, la revue systématique n'avait pas été publiée lors de la mise en place du projet de recherche. Par ailleurs, le *Parental Attitudes and Behaviors Scale* n'a pas été validé auprès d'une population québécoise francophone.

5.4.4 Forces de la thèse

Cette thèse s'inscrit dans le besoin d'améliorer les traitements et l'accessibilité aux soins dans le traitement du trouble obsessionnel-compulsif chez les enfants. Une force clinique majeure de cette thèse est d'établir la faisabilité et la pertinence de proposer des rencontres parentales éducatives et thérapeutiques dans le traitement du trouble obsessionnel-compulsif chez les enfants. L'avancement des connaissances consiste en outre en l'élaboration d'un guide méthodologique de rencontres s'adressant

directement aux parents ayant un enfant atteint de TOC et présentant des concepts théoriques, des exemples et des exercices pratiques.

Les rencontres ont reçu un accueil positif de la part des parents et ces derniers ont mentionné leur appréciation de l'intervention. Toutes les familles ont terminé les dix rencontres offertes ce qui montre une excellente adhérence au programme soit un faible taux d'abandon et une bonne assiduité aux rencontres. De plus, les parents recommandent ces rencontres à d'autres parents dont l'enfant est atteint de TOC. Ensuite, l'utilisation d'un guide méthodologique ainsi que le respect de la procédure d'intégrité de traitement représentent des forces de la thèse.

En plus des effets empiriques sur l'accommodation familiale, la cohésion et les habiletés de résolution de problèmes, les rencontres parentales permettraient des gains cliniques secondaires. Il semble que les rencontres améliorent la compréhension des parents de cette problématique et offrent à ceux-ci un soutien psychologique en diminuant la présence de sentiments de culpabilité et d'impuissance. Cette étude a également permis de recueillir plusieurs informations qualitatives et complémentaires telles que la perception du TOC des parents, la présence de symptômes obsessionnels-compulsifs chez les parents, la relation parent-enfant ainsi que le style parental permettant de mieux comprendre la problématique du TOC chez les enfants et les familles.

Bien que les rencontres parentales doivent faire l'objet d'études de validation (p. ex., effet des différentes composantes, effet selon l'intensité du TOC), elles représentent de nouvelles avancées dans les interventions cognitives et comportementales dans le traitement du TOC pédiatrique. Par ailleurs, la rétroaction des parents quant aux rencontres parentales permettra de peaufiner et réviser le guide méthodologique.

Ensuite, la publication du guide méthodologique des rencontres parentales est à prévoir à moyen terme.

5.5 Pistes de recherches futures

Les prochaines études viseront à évaluer les effets de ces rencontres dans un protocole d'essai clinique à plus grande échelle. Par ailleurs, il serait pertinent d'évaluer si les changements observés se maintiennent six mois à un an après les rencontres parentales éducatives et thérapeutiques. De plus, il serait intéressant d'observer si un changement similaire est observé auprès d'autres variables familiales (p. ex., détresse parentale) ou d'autres habiletés parentales (p. ex., fonctionnement familial global, expression affective). Ultimement, une étude viserait à évaluer les effets de ces rencontres dans un projet de recherche à répartition aléatoire selon deux ou trois modalités : a) thérapie cognitive comportementale de l'enfant sans rencontre parentale ; b) thérapie cognitive comportementale de l'enfant avec des rencontres parentales éducatives thérapeutiques ; c) rencontres parentales éducatives thérapeutiques seules. Une adaptation par une application ou internet du guide méthodologique des rencontres parentales éducatives et thérapeutiques pourrait également être pertinente afin d'augmenter l'accessibilité des informations aux parents.

Références

- Aardema, F., Moulding, R., Radomsky, A. S., Doron, G., Allamby, J., & Souki, E. (2013). Fear of self and obsessionality: Development and validation of the Fear of Self Questionnaire. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 2(3), 306-315.
- Akıncı, E., & Sevi, O. M. (2020). The effect of psycho-education about maternal attitudes on childhood obsessive compulsive disorder symptoms. *Turkish J Clinical Psychiatry*, 23, 7-22.
- Aspvall, K., Andersson, E., Lenhard, F., Melin, K., Norlin, L., Wallin, L., . . . Mataix-Cols, D. (2019). Stepped Care Internet-Delivered vs Face-to-Face Cognitive-Behavior Therapy for Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder: A Trial Protocol for a Randomized Noninferiority Trial. *JAMA network open*, 2(10), e1913810-e1913810.
- Aspvall, K., Andrén, P., Lenhard, F., Andersson, E., Mataix-Cols, D., & Serlachius, E. (2018). Internet-delivered cognitive behavioural therapy for young children with obsessive-compulsive disorder: development and initial evaluation of the BIP OCD Junior programme. *BJPsych open*, 4(3), 106-112.
- Babiano-Espinosa, L., Wolters, L. H., Weidle, B., op de Beek, V., Pedersen, S. A., Compton, S., & Skokauskas, N. (2019). Acceptability, feasibility, and efficacy of Internet cognitive behavioral therapy (iCBT) for pediatric obsessive-compulsive disorder: a systematic review. *Systematic Reviews*, 8(1), 284.
- Ferrier, S., & Brewin, C. R. (2005). Feared identity and obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 43(10), 1363-1374.
- Fontaine, A. (2012). *Adaptation d'une thérapie ciblant l'imagination pour les enfants de 9 à 12 ans aux prises avec un trouble obsessionnel-compulsif*. (Essai doctoral). Université de Montréal, Montréal.

- Freeman, J. B., Garcia, A. M., Coyne, L., Ale, C., Przeworski, A., Himle, M., . . . Leonard, H. L. (2008). Early childhood OCD: Preliminary findings from a family-based cognitive-behavioral approach. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 47*(5), 593-602.
- Gushanas, K. L. (2019). *The role of parental experiential avoidance (PEA) in the accommodation of pediatric obsessive-compulsive disorder (POCD)*.
- Kazdin, A. E. (2011). *Single-case research designs: Methods for clinical and applied settings*: Oxford University Press.
- Lebowitz, E. R., Marin, C., Martino, A., Shimshoni, Y., & Silverman, W. K. (2020). Parent-based treatment as efficacious as cognitive-behavioral therapy for childhood anxiety: A randomized noninferiority study of supportive parenting for anxious childhood emotions. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 59*(3), 362-372.
- Lebowitz, E. R., Omer, H., Hermes, H., & Scahill, L. (2014). Parent training for childhood anxiety disorders: the SPACE program. *Cognitive and Behavioral Practice, 21*(4), 456-469.
- Lebowitz, E. R. (2013). Parent-based treatment for childhood and adolescent OCD. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders, 2*(4), 425-431.
- McGrath, C. A., & Abbott, M. J. (2019). Family-Based Psychological Treatment for Obsessive Compulsive Disorder in Children and Adolescents: A Meta-analysis and Systematic Review. *Clinical Child and Family Psychology Review, 1-24*.
- Melli, G., Aardema, F., & Moulding, R. (2016). Fear of self and unacceptable thoughts in obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 23*(3), 226-235.
- Mowrer, O. (1960). *Learning theory and behavior*.
- Nikodijevic, A., Moulding, R., Anglim, J., Aardema, F., & Nedeljkovic, M. (2015). Fear of self, doubt and obsessive compulsive symptoms. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 49*, 164-172.

- Peris, T. S., & Piacentini, J. (2013). Optimizing treatment for complex cases of childhood obsessive compulsive disorder: a preliminary trial. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 42*(1), 1-8.
- Peris, T. S., Rozenman, M. S., Sugar, C. A., McCracken, J. T., & Piacentini, J. (2017). Targeted family intervention for complex cases of pediatric obsessive-compulsive disorder: a randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 56*(12), 1034-1042. e1031.
- Peris, T. S., Sugar, C. A., Bergman, R. L., Chang, S., Langley, A., & Piacentini, J. (2012). Family factors predict treatment outcome for pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80*(2), 255.
- Piacentini, J., Bergman, R. L., Chang, S., Langley, A., Peris, T., Wood, J. J., & McCracken, J. (2011). Controlled comparison of family cognitive behavioral therapy and psychoeducation/relaxation training for child obsessive-compulsive disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 50*(11), 1149-1161.
- Rachman, S. (1977). The conditioning theory of fearacquisition: A critical examination. *Behaviour Research and Therapy, 15*(5), 375-387.
- Rosa-Alcázar, Á., Rosa-Alcázar, A. I., Olivares-Olivares, P. J., Parada-Navas, J. L., Rosa-Alcázar, E., & Sánchez-Meca, J. (2019). Family involvement and treatment for young children with Obsessive-Compulsive Disorder: Randomized control study. *International Journal of Clinical and Health Psychology.*
- Staccini, L., Tomba, E., Grandi, S., & Keitner, G. I. (2015). The evaluation of family functioning by the family assessment device: A systematic review of studies in adult clinical populations. *Family Process, 54*(1), 94-115.
- Stewart, S. E., Hu, Y.-P., Leung, A., Chan, E., Hezel, D. M., Lin, S. Y., . . . Pauls, D. L. (2017). A multisite study of family functioning impairment in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 56*(3), 241-249. e243.

- Storch, E. A., Geffken, G. R., Merlo, L. J., Jacob, M. L., Murphy, T. K., Goodman, W. K., . . . Grabbill, K. (2007). Family accommodation in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 36*(2), 207-216.
- Thompson-Hollands, J., Abramovitch, A., Tompson, M. C., & Barlow, D. H. (2015). A randomized clinical trial of a brief family intervention to reduce accommodation in obsessive-compulsive disorder: a preliminary study. *Behavior Therapy, 46*(2), 218-229.

CONCLUSION

D'une part, la présente recherche doctorale permet d'enrichir les connaissances actuelles sur le TOC par l'entremise d'une recension des écrits scientifiques ainsi que par l'élaboration d'un guide méthodologique de rencontres parentales éducatives et thérapeutiques afin de pallier aux limites des traitements actuels pour le TOC chez les enfants. L'objectif de cette thèse est d'évaluer les effets des rencontres parentales sur l'accommodation familiale, sur l'environnement familial (p.ex. conflits et cohésion), sur les attitudes parentales négatives (p.ex. hostilité et blâme), sur les habiletés parentales (p.ex. résolution de problèmes et communication) ainsi que sur les symptômes obsessionnels-compulsifs (SOC) de l'enfant. L'étude relève d'un protocole à cas unique à niveaux de base multiples (pré-traitement et post-traitement). À la suite des rencontres parentales, les parents montrent une diminution significative du niveau d'accommodation familiale. Les parents montrent une augmentation de la cohésion familiale et des habiletés parentales en résolution de problèmes ainsi qu'une diminution des niveaux d'hostilité et de blâme, mais ces différences ne sont pas significatives. Une diminution significative des SOC rapportés par les parents et les enfants est également observée. Bien qu'il s'agisse d'une étude préliminaire et que les résultats devront être répliqués, les principales retombées de la thèse sont d'établir la faisabilité et la pertinence de proposer des rencontres parentales dans le traitement du TOC chez les enfants. Comme les rencontres parentales s'avèrent efficaces et permettent les avantages anticipés, la composante parentale pourrait être intégrée, en parallèle, aux traitements psychothérapeutiques visant à traiter les jeunes atteints de TOC pour optimiser les effets sur le fonctionnement familial et augmenter la qualité de vie.

APPENDICE A

GUIDE MÉTHODOLOGIQUE (PARENTS ET THÉRAPEUTE) DE « PARENTS,
PARLONS TOC! » : RENCONTRES PARENTALES ÉDUCATIVES ET
THÉRAPEUTIQUES

**Le trouble obsessionnel-compulsif (TOC)
chez les enfants et les adolescents**

« Parents, parlons TOC ! »

**Guide méthodologique pour les parents et les
thérapeutes**

Version Automne 2019

Rencontre 1 – Parents, parlons TOC!

Présentation du programme parental

La création d'un programme parental destiné aux familles ayant un enfant ou un adolescent présentant un trouble obsessionnel-compulsif (TOC) se révélait un besoin pour les parents. En effet, la sphère familiale et, plus précisément, la dynamique familiale de ces familles est souvent complexifiée par ce trouble envahissant de près ou de loin toutes les sphères de vie des jeunes qui en souffrent. D'une part, les symptômes obsessionnels-compulsifs ont des conséquences sur la famille par exemple dans les relations familiales. D'autre part, il faut noter que la famille peut influencer les symptômes obsessionnels-compulsifs du jeune par leurs attitudes et leurs comportements. La situation familiale des jeunes souffrant de TOC est caractérisée, en outre, par l'accommodation familiale et les relations familiales souvent conflictuelles. De plus, les parents sont souvent épuisés et sans ressource face à ce trouble. L'ajout d'une composante parentale aux traitements du TOC chez les enfants visant la compréhension du TOC ainsi que l'amélioration du soutien et du fonctionnement familial pourrait avoir de multiples répercussions dont favoriser la diminution des symptômes obsessionnels-compulsifs ainsi que l'amélioration de la santé psychologique des parents.

« Parents, parlons TOC ! » est un programme parental dont l'objectif est de cibler la compréhension du TOC ainsi que l'amélioration du soutien et du fonctionnement familial pour aider les parents de jeunes souffrant de TOC.

Auteurs

Annie Surprenant

Étudiante au doctorat en psychologie, profil scientifique-professionnel, sous la direction de Julie B. Leclerc, Université du Québec à Montréal (UQAM).

Julie B. Leclerc, Ph. D.

Directrice du Laboratoire des troubles de l'ordre de la psychopathologie en

enfance (LETOPE), professeure au département de psychologie de l'UQAM, chercheuse à l'Institut Universitaire en santé mentale de Montréal (IUSMM) et chercheuse associée à l'Hôpital Rivière-des-Prairies.

Collaborateurs

La réalisation de ce projet n'aurait pas lieu sans la collaboration et la participation de plusieurs têtes.

Philippe Valois,

Coordonnateur du Centre d'Études sur les TOC et les Tics de l'IUSMM et, anciennement, coordonnateur du LETOPE

Les membres du LETOPE : Stéphanie Ouellette, Mélyane Bombardier, Mathieu M. Blanchet, Gabrielle J.-Nolin, Catherine Dalpé, Juliette St-Denis Turcotte, Carol-Ann Colin, Mélanie Clermont, Joanie Grondines, Audrey Veilleux, Maude Payer, Marc-André Champagne, Lysandre Bourguignon et Alizée Magnier (assistante de recherche).

Caroline Berthiaume, Ph. D.

Psychologue et coordonnatrice de la Clinique pédopsychiatrique d'interventions ciblées (CPIC), anciennement la Clinique d'intervention pour les troubles anxieux (CITA) de l'Hôpital Rivière-des-Prairies.

Stéphanie Latour, T.S., T.C.F.,

Psychothérapeute de la CPIC, anciennement CITA, de l'Hôpital Rivière-des-Prairies.

Annabelle Brunet, T.S.

Psychothérapeute de la CPIC, anciennement CITA de l'Hôpital Rivière-des-Prairies.

Kieron O'Connor, Ph. D.

Directeur du Centre d'Études sur les TOC et les Tics et chercheur à l'IUSMM.

Karine Bergeron

Ancienne coordonnatrice du Centre d'Études sur les TOC et les Tics de l'IUSMM

Rencontre 1¹

Éducation psychologique au sujet du TOC ^{1 2} Qu'est-ce que le TOC ?

OBJECTIFS DE LA RENCONTRE

1. Accueillir le ou les parents
2. Définir les symptômes obsessionnels-compulsifs du jeune
3. Comprendre les symptômes du TOC
4. Normaliser les symptômes du TOC
5. Établir une distance émotionnelle par rapport aux comportements liés au TOC



1— Accueillir le ou les parents

1.1 Accueil.



1.2 Quelle est votre situation familiale ?

- Situation familiale du parent
- Membres de la famille
- Fonctionnement général de la sphère familiale
- Qualités et forces de la famille

2— Définir les symptômes obsessionnels-compulsifs du jeune

2.1 Retour sur les rencontres d'évaluation.

2.2 Résumé des informations obtenues quant aux symptômes du jeune et à l'impact du TOC sur le fonctionnement familial.

¹ Cette rencontre est initialement incluse dans la thérapie basée sur les inférences, Maître à Bord, destinée aux enfants souffrant de TOC. Pour les fins du projet de recherche, nous avons adapté cette rencontre pour qu'elle soit destinée uniquement aux parents des jeunes souffrant de TOC.

CONTENU = SAVIEZ-VOUS QUE ?



3— Comprendre les symptômes du TOC

a) Un TOC, ça veut dire quoi? = « Trouble Obsessionnel-Compulsif » = T-O-C.

b) Pourquoi nous utilisons le mot « trouble » ?

Quand nous disons que c'est un trouble, cela veut dire que le TOC a été identifié et défini de façon à ce que tous les professionnels de la santé, comme les médecins et les psychologues, puissent le diagnostiquer et s'entendre sur ce dont ils parlent. Toutes les maladies et les troubles ont une origine biologique. Ils sont classifiés en fonction de la partie du corps qui est affectée.

EXEMPLE → Si nous parlons d'un infarctus, nous dirons que c'est un trouble cardiaque, parce que l'origine du problème vient du cœur. La pneumonie, ou la fibrose kystique sont classifiées parmi les troubles pulmonaires, parce que la maladie affecte les poumons.

Maintenant, en ce qui concerne le TOC, nous dirons que c'est un trouble de santé mentale parce qu'il affecte les pensées et les émotions. Toutefois, cela n'est pas irréversible, c'est un trouble qui se soigne !

c) Un trouble de santé mentale ne veut pas dire être fou, dérangé ou moins intelligent...

Le TOC n'enlève pas le pouvoir de penser et de ressentir des émotions. Il ne fait pas partie de la personnalité et ne change pas la personne atteinte. Certains jeunes ont peur de perdre la tête parce qu'ils sont incapables de chasser leurs pensées obsessionnelles. **Ce n'est pas parce qu'ils sont incapables d'arrêter de faire certaines choses, même s'ils reconnaissent que ça n'a pas de sens, qu'ils sont fous.**

Nous sommes convaincus que votre jeune a essayé toutes sortes de choses pour diminuer son anxiété. Par exemple, il a commencé à faire des **compulsions**, et ça a marché ! Il a donc continué à les adopter parce que, pour lui, elles sont efficaces pour l'aider à se sentir mieux. Ensuite, tout le monde à la maison s'est mis à agir selon les règles du TOC pour l'aider à être à l'aise le plus souvent possible. Tout ça a du sens, c'est loin d'être fou, puisqu'en agissant comme ça, votre jeune se sent

mieux ! Sauf que les compulsions ne fonctionnent que pour un temps... Les utiliser ne règle pas le problème, cela peut même l'empirer. Ainsi, au fil du temps, le TOC a continué de grossir.

Et ce n'est pas de la faute de votre jeune ! Ça prend des habiletés spécifiques pour sortir le TOC de sa tête.

EXEMPLE → Nous ne pouvons pas soigner une pneumonie avec des pastilles et des tylenols, ça prend les bons antibiotiques.

d) Dans le TOC, il y a d'abord des pensées que nous appelons « des obsessions ».

Dans le TOC, l'anxiété est provoquée par des pensées, des images, des sensations qui apparaissent dans la tête de votre jeune et qui le dérangent, lui font peur, le dégoutent. Ces pensées-là peuvent porter sur toutes sortes de choses, comme par exemple que les choses sont sales et pleines de bactéries, qu'un malheur puisse arriver à vous (son parent) ou aux personnes qu'il aime, qu'il pourrait avoir blessé quelqu'un, etc.

Nous appelons ces pensées-là **des obsessions**, parce qu'elles sont obsédantes et envahissantes, ce qui veut dire qu'elles reviennent tout le temps et qu'il est difficile de penser à autre chose.

e) Ces obsessions entraînent des émotions difficiles, une possible détresse et/ou un sentiment de malaise.

Souvent, le jeune reconnaît que les pensées obsessionnelles sont exagérées, mais c'est extrêmement difficile de les ignorer... et si elles se réalisaient vraiment ? Pour le cerveau, ces pensées sont un signal d'alarme indiquant qu'il y a un danger potentiel pour votre jeune et qu'il doit faire quelque chose pour l'éliminer. Alors le cerveau de votre jeune envoie l'ordre à son cœur de mettre son corps en état d'alerte pour le préparer à faire face au danger anticipé. Par exemple, il peut dire à son cœur de battre plus vite pour être prêt à combattre, et à ses poumons de respirer plus vite pour avoir plus d'air, etc. Nous allons y revenir plus en détail à la prochaine rencontre (Rencontre 2).

f) Dans le TOC, il y a aussi des comportements que nous appelons « des compulsions ».

Pour arrêter la pensée qui déclenche le signal d'alarme et pour se sentir mieux, votre jeune va faire quelque chose soit pour éliminer le danger perçu, soit pour s'assurer que les choses sont correctes.

Par exemple, il va se laver les mains, vérifier ou refaire un geste plusieurs fois, faire des actions spéciales, replacer des objets parfaitement, se dire une phrase rassurante dans sa tête, s'habiller selon un rituel...

Nous appelons ce type de comportements **des compulsions**. Le besoin d'accomplir les compulsions est généralement très fort et il est difficile de s'empêcher de les faire sinon une détresse apparaît. Donc, les compulsions sont des actions que l'enfant se sent obligé de faire, sans quoi il se sent très mal. Nous allons y revenir plus en détail à la prochaine rencontre (Rencontre 2).

g) Pour bien nous rappeler des composantes du TOC, nous les avons placées dans une chaîne (séquence).



4— NORMALISER LES SYMPTÔMES DU TOC

a) Nous ne connaissons pas les causes précises du TOC.

Nous avons observé certaines caractéristiques biologiques qui semblent impliquées dans le TOC. Nous avons aussi observé certaines manières de penser qui semblent caractériser les gens qui ont le TOC. Finalement, il a été observé que l'environnement influence le développement du TOC (les événements de vie, le style d'éducation des parents, leurs comportements). C'est donc l'interaction d'un ensemble de facteurs qui pourrait être la cause du TOC.

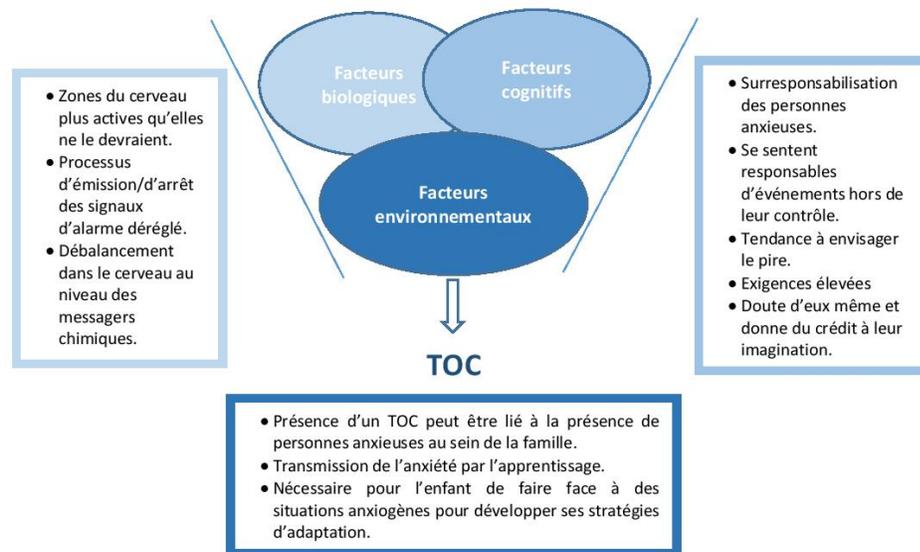
Les facteurs biologiques : Des gens qui ont le TOC ont accepté de passer un scan cérébral ; ce que les chercheurs ont remarqué, c'est que certaines régions de leur cerveau fonctionnent plus qu'elles le devraient (le striatum, qui envoie des signaux pour provoquer et arrêter les comportements et le cortex préfrontal, qui est associé aux émotions). Ces deux régions du cerveau sont responsables de l'émission des signaux d'alarme quand il perçoit un danger et de leur arrêt quand le danger est parti. Dans le cas du TOC, nous pensons que ce processus ne fonctionne pas comme il faut, qu'il est dérégulé. Ainsi, la personne continue de ressentir qu'un danger est imminent parce que les signaux d'alarme que lui envoie son cerveau ne s'arrêtent pas comme ils le devraient. Il y a une autre hypothèse selon laquelle le TOC serait causé par un déséquilibre dans le cerveau au niveau des messagers chimiques qui transmettent l'information, comme la sérotonine. Nous avons observé que certains médicaments qui augmentent l'effet de la sérotonine réduisent les symptômes du TOC.

Les facteurs cognitifs : Les recherches montrent que les personnes anxieuses ont tendance à se surresponsabiliser, c'est-à-dire qu'elles se sentent souvent responsables d'événements qui sont en dehors de leur contrôle. Elles ont aussi

tendance à envisager le pire, à se faire des scénarios catastrophiques. Nous avons aussi remarqué qu'il y a beaucoup de personnes perfectionnistes parmi les gens anxieux, des gens qui sont très exigeants envers eux-mêmes et qui ne se donnent parfois pas le droit à l'erreur. Les gens qui ont le TOC ont tendance à douter d'eux-mêmes, de leurs perceptions, de leurs valeurs, de leurs compétences. Nous pensons que c'est parce qu'au lieu de se faire confiance, ils donnent du crédit à toutes sortes d'histoires qui pourraient se réaliser.

Les facteurs environnementaux : Nous avons remarqué que le TOC se développe plus souvent dans des familles où plusieurs personnes sont anxieuses. Il est donc possible qu'une vulnérabilité à l'anxiété et au TOC se transmette des parents à l'enfant. En plus de cette vulnérabilité, il se peut que l'anxiété se transmette par apprentissage. Ainsi, les comportements et attitudes des parents pourraient avoir un impact sur la façon de penser et d'agir des enfants. En effet, la façon de réagir du parent dans une situation anxiogène (par exemple, la tendance à éviter ou à fuir) constitue un modèle pour son enfant, qui peut tendre à reproduire les comportements observés chez son parent. De plus, bien qu'il soit naturel pour un parent de vouloir protéger son enfant et de vouloir lui éviter de vivre de la détresse, il est important pour un enfant de faire face à certaines situations anxiogènes afin qu'il développe des stratégies d'adaptation et qu'il expérimente le processus d'habituation (ex. : la surprotection d'un parent peut renforcer les comportements d'évitement de l'enfant).

Figure 1. Diagramme explicatif du modèle tridimensionnel biopsychosocial du TOC ³



b) Le TOC ne fait pas partie de la personnalité. Le TOC peut être traité.

Même si nous ne connaissons pas exactement ce qui cause les débalancements dans le cerveau (des gènes n'ont pas été identifiés à l'origine du TOC), des traitements qui permettent de rétablir son activité ont été développés. Par exemple, les études en neuropsychologie ont démontré que la thérapie cognitivo-comportementale entraîne un changement positif au niveau de l'activité cérébrale. Ce que cela nous dit, c'est qu'en transformant nos comportements et notre façon de penser, nous pouvons aussi influencer le fonctionnement de notre cerveau et diminuer les obsessions et les compulsions. Donc, il est possible de développer un certain contrôle sur les obsessions et les compulsions.

c) D'autres personnes souffrent du TOC.

Peut-être que vous ne connaissez pas d'autres enfants qui ont le TOC. C'est probablement parce que la plupart d'entre eux et leur famille veulent garder ça secret. Il y a beaucoup de personnes qui présentent un TOC : environ 1 ou 2 personnes sur 100.

5— Établir une distance émotionnelle par rapport aux comportements liés au TOC

a) Le TOC s'est installé dans la tête de votre jeune comme si c'était chez lui, c'est donc très compréhensible qu'il pense parfois que ça fait partie de lui. Le jeune n'est pas le problème : le TOC est un problème dans la vie du jeune.

Le TOC ne fait, donc pas parti de la personnalité. Il est plutôt un intrus qui s'est invité dans la tête du jeune sans qu'il soit le bienvenu. Une fois qu'il y est entré, il s'est rapidement mis à faire comme s'il était chez lui ! Il s'est mis bien à l'aise, a commencé à parler à votre jeune et à lui montrer des choses que ce dernier ne voulait pas voir, s'est mis à lui donner des ordres... Pour nous, il est donc clair que votre jeune ne l'a pas choisi pour faire partie de sa vie ! Il s'est invité dans sa tête et est rapidement devenu un problème. C'est pour cette raison qu'à partir de maintenant, nous ne parlerons plus de son TOC, mais bien du TOC.

b) Parler du TOC comme de quelque chose de distinct du jeune.

Durant les rencontres, utiliser la formule issue de la thérapie narrative qui consiste à parler du TOC comme d'une personne qui interfère dans la vie du jeune (ex : « le TOC m'a empêché d'aller à se souper de famille » plutôt que « Mon garçon m'a empêché d'aller à ce souper de famille »). Parler du TOC à la 3e personne.

QUOI RETENIR ?

- Un TOC, ça veut dire quoi ? = « Trouble Obsessionnel-Compulsif » = T-O-C.
- Un trouble de santé mentale ne veut pas dire être fou, dérangé ou moins intelligent...
- Obsessions = des pensées, des images, des sensations qui apparaissent dans la tête de votre jeune et qui le dérangent, lui font peur, le dégoutent. Les obsessions sont obsédantes et envahissantes, ce qui veut dire qu'elles reviennent tout le temps et qu'il est difficile de penser à autre chose.
- Les obsessions entraînent des émotions difficiles et/ou un sentiment de malaise.
- Compulsions = comportement que va faire votre jeune pour éliminer le danger perçu, ou pour s'assurer que les choses sont correctes. Le besoin d'accomplir les compulsions est généralement très fort et il est difficile de s'empêcher de les faire. Donc, les compulsions sont des actions que l'enfant se sent obligé de faire, sans quoi il se sent très mal.
- Voici la chaîne du TOC = Obsessions → Malaise → Compulsions
- C'est l'interaction d'un ensemble de facteurs qui pourrait être la cause du TOC :
 - Les facteurs biologiques
 - Les facteurs cognitifs
 - Les facteurs environnementaux
- Le TOC ne fait pas partie de la personnalité. Le TOC peut être traité.
- Environ 1 ou 2 personnes sur 100 souffrent du TOC.
- Importance de parler du TOC comme de quelque chose de distinct du jeune.





À faire à la maison

Prévoyez un moment préférable pour faire les exercices. Il est très important de prévoir un petit moment pour rapporter les observations. Une bonne manière de s'assurer que les exercices soient faits est de développer une routine de vie dans laquelle un temps est prévu spécifiquement pour cela.

Références

1. Fontaine, A., Berthiaume, C., & O'Connor, K. (2018). Programme de la thérapie basée sur les inférences pour les enfants de 9 à 12 ans souffrant du TOC: programme maître à bord, manuel du thérapeute. Document inédit : Montréal, Canada.
2. Bombardier, M., Blanchet, M. M., Leclerc, J. B., Berthiaume, C., Fontaine, A., & O'Connor, K. (2018). Thérapie basée sur les inférences ciblant les enfants ayant un trouble obsessionnel-compulsif: cas clinique. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 28(2), 55-64.
3. Surprenant, A. (2014). Le trouble obsessionnel-compulsif chez les enfants et les adolescents. *Bulletin d'information annuel OCDire --- TOCtalk*, 11(1), 19-22. Retrieved from http://media.wix.com/ugd/815ab0_877e5ffa7e24d228483c7f8ede355d6.pdf

Rencontre 1 – Parents, parlons TOC!

Rencontre 2

Les comportements TOC et non TOC

OBJECTIFS DE LA RENCONTRE

1. Approfondir le cycle du trouble obsessionnel-compulsif
2. Différencier les comportements TOC et non-TOC en comprenant leur fonction



RETOUR SUR LA RENCONTRE PRÉCÉDENTE

- ✓ Résumé de la semaine dernière
 - *Est-ce qu'il s'est passé quelque chose que vous voudriez aborder durant la dernière semaine ?*
 - *Quels ont été les principaux conflits ou difficultés cette semaine en lien avec le TOC ?*
- ✓ Résumé de la planification/organisation de l'horaire familial
 - *À quel moment les 10 minutes d'exercice sont faites ?*
 - *Si aucun moment n'est identifié : demander au parent s'il est possible de choisir un moment dans la journée pour effectuer les devoirs ou les exercices demandés.*

CONTENU = SAVIEZ-VOUS QUE ?

1— Approfondir le cycle du trouble obsessionnel-compulsif



La prochaine section définit de manière plus spécifique en quoi consistent le trouble obsessionnel-compulsif, les obsessions et les compulsions. De plus, le cycle obsessionnel sera présenté, ainsi que le rôle du renforcement négatif dans le TOC.

1.1. Définition du trouble obsessionnel-compulsif

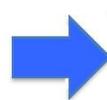
Le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, ou DSM-5 est un guide pour les psychologues et les psychiatres du monde entier en ce qui concerne la description et l'évaluation des troubles mentaux. Selon ce guide, le TOC s'inscrit dans une section spécifique que l'on nomme les troubles obsessionnels-compulsifs et apparentés. Nous définissons le TOC comme un trouble caractérisé par la présence d'obsessions et/ou de compulsions entraînant une perte de temps, une détresse significative et un dysfonctionnement dans plusieurs sphères de vie importantes. Lorsque nous parlons de perte de temps, nous calculons de manière subjective que le TOC doit faire perdre plus d'une heure par jour de temps au jeune qui en souffre.



EXEMPLE → Le jeune perd 15 minutes chaque matin lorsqu'il prend sa douche et se prépare. Puis, rentré de l'école, il perd 45 minutes avec la réalisation des devoirs et des compulsions diverses.

1.2. Définition des obsessions

Les obsessions se définissent comme des pensées, des pulsions ou des images récurrentes, persistantes, intrusives et non désirées. Les obsessions sont plus fortes que le jeune : il ne peut pas s'empêcher d'y penser. Les obsessions s'accompagnent généralement de sentiments négatifs tels que la peur, le dégoût et la honte. Le jeune ne se sent pas bien d'avoir ce type de pensées, ça le dérange. Les obsessions sont souvent égo-dystoniques, c'est-à-dire qu'elles sont en conflit et ne concordent pas avec les besoins, les buts et l'image de soi du jeune. Ainsi, les jeunes souffrant d'obsessions vont tenter d'ignorer, de supprimer ou de neutraliser ces pensées, pulsions ou images avec d'autres pensées ou actions telles que les compulsions.



↑
Anxiété
Peur
Dégoût
Honte
Stress



COMPULSIONS

↓
Anxiété
Peur
Dégoût
Honte
Stress

OBSESSIONS

Rencontre 2 – Parents, parlons TOC!

1.3. Définition des compulsions

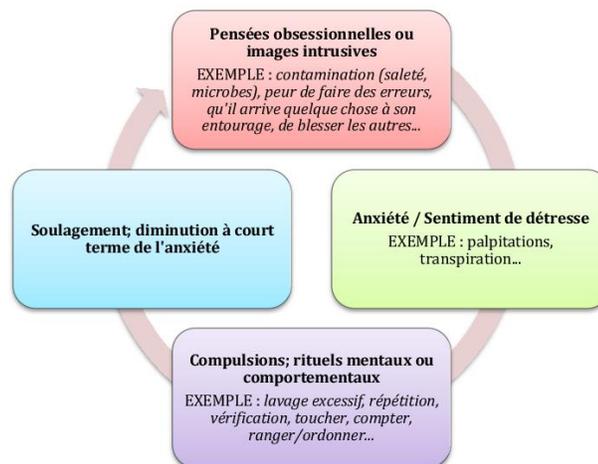
Les compulsions se définissent par des comportements ou des actes mentaux répétitifs que l'individu se sent obligé d'exécuter en réponse aux obsessions ou selon des règles rigides qu'il s'impose. Ces comportements ou ces actes mentaux ont pour but de prévenir ou de réduire l'anxiété et la détresse occasionnées par les obsessions.

Obsessions	Compulsions
Peur d'être contaminé	Laver ses mains, nettoyer les objets
Peur de faire une erreur	Vérifier ses devoirs, organisation
Peur de faire du mal à soi ou aux autres	Évitement de certains contacts sociaux
Pensées à caractères sexuels	Comptage à voix haute ou mentalement
Pensées à caractère superstitieux	Répétition
Pensées selon des règles logiques	Toucher excessif

1.4 Le cycle obsessionnel

Une pensée obsessionnelle apparaît (p. ex., mes mains sont contaminées ou j'ai peut-être fait une erreur). Cette pensée augmente l'anxiété et la détresse du jeune jusqu'à l'empêcher de se concentrer ou de continuer le cours normal de ses activités. Par conséquent, le jeune fait une compulsion (p. ex., se laver les mains ou revérifier son devoir), ce qui a pour but de le soulager et de réduire l'anxiété temporairement. Cependant, le cycle obsessionnel représente également un côté pervers du TOC...

La figure 2.1 ci-dessous représente le cycle du trouble obsessionnel-compulsif



1.5. Le rôle du renforcement négatif de la compulsion dans le TOC ¹²

A) L'apprentissage instrumental

Tout comportement est un instrument pour obtenir un effet quelconque. Chaque comportement est précédé d'un antécédent et amène une conséquence. Pour bien illustrer cette chaîne, voici le modèle A-B-C.

Figure 2.2. Le modèle A → B → C

A	B	C
Antécédent	Comportement	Conséquence
Avoir faim	L'animal chasse	Obtenir de la nourriture
Plusieurs véhicules, je conduis, je suis sur la route	Automobiliste met son clignotant	Éviter un accident
Devoir remis à l'école	Le jeune complète son devoir	Satisfaction des parents
Perception de la saleté	Se laver les mains	Diminution de l'anxiété
Je quitte le domicile, peur d'oublier de barrer la porte	Je vérifie que j'ai bel et bien barré la porte	Diminution de l'anxiété

La plupart des comportements peuvent s'expliquer à l'aide de cette séquence.

Plusieurs versions de celle-ci existent dans la littérature scientifique. Par exemple, certains auteurs préfèrent la nomenclature suivante :

Figure 2.3. Nomenclature des séquences comportementales

Modèle original A-B-C		
A	B	C
Antécédent	Comportement	Conséquence
Modèles théoriques		
Modèle S-R-C		
S	R	C
Stimulus	Réponse	Conséquence
Modèle de renforcement		
S ^d	R	S ^r
Stimulus Discriminatif	Réponse	Stimulus de renforcement

Lorsque nous souhaitons modifier un comportement, une véritable question demeure :

Comment faire pour augmenter ou diminuer la fréquence d'un comportement ?

L'addition ou la soustraction d'un stimulus de renforcement (**S'**), c'est-à-dire d'une conséquence, peut entraîner 2 classes d'effet :



Augmenter la probabilité que le comportement se reproduise à nouveau dans des circonstances similaires.



Diminuer la probabilité que le comportement se reproduise à nouveau dans des circonstances similaires.

***EXERCICE** → Habituellement, quels comportements veut-on augmenter ou diminuer ?*

En suivant cet ordre d'idées, lorsqu'on parle d'un **renforcement** :

Un renforcement positif (R+), c'est-à-dire l'ajout d'un stimulus de renforcement (Sr) appétitif à la suite du comportement, augmente la probabilité de réapparition du comportement dans une situation similaire ultérieure.

***EXEMPLE** → R+ = Donner jouet, bonbon, sorties avec le jeune, argent, bref quelque chose d'appétitif.*

Un renforcement négatif (R —) c'est-à-dire le retrait d'un stimulus de renforcement (Sr) aversif à la suite du comportement augmente la probabilité de réapparition du comportement dans une situation similaire ultérieure.

***EXEMPLE** → R - = Enlever un mal de tête, une douleur, éviter une situation gênante (parler en public).*

Figure 2.4 : Les contingences de renforcement

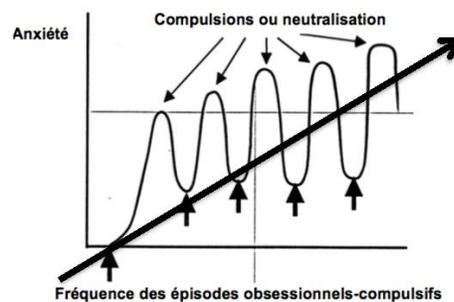
	Addition d'un événement (+)	Soustraction d'un événement (-)
↑ probabilité de réapparition du cpt	RENFORCEMENT POSITIF (R+)	RENFORCEMENT NÉGATIF (R -)
↓ probabilité de réapparition du cpt	PUNITION POSITIVE (P +)	PUNITION NÉGATIVE (P -)

Rencontre 2 – Parents, parlons TOC!

B) Le rôle du renforcement négatif de la compulsion

Puisque la compulsion tend à soulager et à diminuer l'anxiété, elle implique un processus de renforcement négatif. En effet, l'anxiété ou la détresse est un stimulus désagréable, le retrait de l'anxiété par la manifestation d'une compulsion renforce la probabilité de réapparition de la compulsion la prochaine fois que le jeune ressentira de nouveau l'anxiété induite par une pensée obsessionnelle. Le cycle est, donc renforcé.

La figure 2.5. : Le maintien du TOC à cause de la compulsion



Mais voici le problème -> plus la compulsion est utilisée pour diminuer l'anxiété :

- Plus le nombre d'obsessions/compulsions augmente.
- Plus l'anxiété va augmenter.

Divers comportements peuvent être observés de la part des jeunes qui souffrent de TOC et même des parents. Concentrons-nous tout d'abord sur 3 types de comportements :

- 1) Certains comportements chez les enfants et les adolescents visent à **neutraliser** (soit atténuer la force et/ou l'effet de quelque chose) les obsessions et les compulsions. Ces comportements peuvent prendre différentes formes telles que la réassurance auprès des proches (p. ex., demander à l'entourage de vérifier pour eux ou demander à être constamment rassuré) et l'évitement de certaines choses ou situations.

Rencontre 2 – Parents, parlons TOC!

- 2) **L'évitement** peut être considéré comme une forme de renforcement négatif aussi, car en évitant d'aller dans les endroits où les obsessions augmentent, l'anxiété ou la détresse est évitée ce qui a pour effet de retirer un stimulus désagréable. Il y a donc un renforcement négatif à éviter certaines situations.

- 3) Parfois, les parents sont directement impliqués dans les rituels de leur jeune, il s'agit de l'**accommodation**. Certains parents vont se soustraire aux demandes de leur jeune dans le but d'éviter une crise ou l'anxiété. Par exemple, si le jeune se plaint de ne vouloir pas manger dans une autre assiette que la sienne, les parents vont toujours s'assurer d'avoir à porter de main l'assiette préférée du jeune peu importe, où ils vont manger.

2— Différencier les comportements TOC et non-TOC en comprenant leur fonction ³

Ce n'est pas toujours facile de distinguer les obsessions, les compulsions et les autres comportements associés ou influencés par le TOC. Cette section nous permettra de différencier ces différents concepts de manière plus concrète. Le TOC est par définition très complexe et varie beaucoup d'un jeune à l'autre. Certains concepts peuvent s'entremêler et être difficilement différenciables.

Nous définirons un comportement non-TOC, comme un comportement influencé par le TOC, mais ne faisant pas partie de la définition du trouble. Par exemple, le TOC peut amener des conflits, des réactions de colère, de l'opposition, etc. Cependant, ces comportements, malgré le fait qu'ils soient influencés par le TOC et souvent indissociables, ne font pas partie de la définition du trouble.

Voici 4 mises en situation de TOC. Nous allons pour chaque mise en situation identifier les informations se référant aux **obsessions**, aux **compulsions** et **autres comportements non-TOC**.



Exercice 2.1 Différencier les comportements TOC et non-TOC

- Veuillez lire attentivement les mises en situation suivantes^{1 4}.
- Puis à l'aide de 3 surligneurs différents, essayer d'identifier les informations se référant à des obsessions, à des compulsions et à des comportements non-TOC.
- Vous pouvez retranscrire les obsessions, les compulsions et les comportements non-TOC à la page suivante. Concentrez vous à identifier seulement ces concepts !! Mais d'abord, faisons un exemple :

Mise en situation A : Pink – Et si mes mains étaient contaminées ? :

« Pink a peur d'avoir les mains sales et contaminées. Le TOC l'oblige à se laver les mains selon des règles précises, au moins 50 fois par jour. Le TOC lui conseille d'éviter de toucher à des choses qui ont l'air sales et que plusieurs personnes ont touchées, comme les poignées de porte, les casiers, les bancs dans l'autobus scolaire ou même son chat Manolo !

Pink nous raconte que... C'est parce que je passe trop de temps dans la salle de bain le matin pour me préparer. Il y a seulement une salle de bain dans la maison et je retarde tout le monde. Clara, ma sœur, frappe dans la porte pour que je sorte et crie à ma mère de faire quelque chose. Elle a juste à aller se maquiller ailleurs : moi je n'ai pas terminé de me laver les mains ! Alors Maman reste avec moi dans la salle de bain et compte à voix haute jusqu'à 30. Je m'assure ainsi que mes mains sont propres, car je les ai savonnées pendant 30 secondes. Ensuite, elle m'apporte une nouvelle serviette pour que je m'essuie les mains.

Quand je suis chez Papa, c'est plus difficile, parce qu'il ne veut pas m'aider et il ne lave pas les serviettes après chaque utilisation. Le matin, je veux appeler Maman

¹ Ces mises en situation ont été adaptées des livres destinés aux enfants de la première version de la thérapie Maître à Bord produit par Ariane Fontaine dans le cadre de son essai doctoral en collaboration avec l'Hôpital Rivière-des-Prairies et le centre de recherche Fernand-Séguin.

pour qu'elle me rassure. Papa se fâche et moi je fais de grosses crises parce que je veux que Maman compte avec moi au téléphone.

Je lave mes mains au moins 50 fois par jour. Ça me fait mal maintenant parce qu'à force de les frotter, ma peau est devenue toute gercée. À l'école, on me demande souvent pourquoi mes mains sont si rouges. Alors je les cache. J'ai aussi développé des trucs pour ne pas salir mes mains comme de me servir de mes manches pour prendre un livre ou d'attendre que quelqu'un ouvre la porte pour moi. J'ai l'air bizarre, mais c'est plus fort que moi. »

« Pink pense que peut-être que j'ai du pipi sur les mains ? Peut-être que j'ai contaminé mes choses ? Peut-être que je n'ai pas fait mon rituel de lavage ? Peut-être que j'ai mal compté ? Peut-être que je n'ai pas frotté le creux de tous mes doigts ? Peut-être que j'ai oublié de désinfecter mes mains après avoir enlevé mes vêtements sales ? »

Quels sont les comportements représentant des obsessions et des compulsions ?

Obsessions	Compulsions

Quels sont les comportements représentant des comportements non-TOC ?

Comportements non-TOC

Mise en situation B : Bao — Peut-être que je vais exploser et devenir violent ?

« Il y a quelque temps, une pensée vraiment dérangeante s'est installée dans la tête de Bao. Il croit qu'il pourrait perdre le contrôle et devenir très violent. À cause de cette pensée, il ne veut plus dormir la nuit. Il fait des crises à répétition. Il s'oppose et se chicane avec ses parents. S'il s'endort, Bao a peur d'attaquer sa petite sœur Lili sans le savoir.

Bao nous raconte... Ma première pensée TOC est arrivée à la récré. Je jouais avec mon ami Albert. On s'amusait bien. On espionnait les filles dans la cour d'école. Tout à coup, en voyant une roche pointue par terre, je me suis imaginé fendre la tête de mon ami avec cette roche : "Bang"! Comme ça, d'un seul coup! Dans ma tête, j'ai vu Albert tomber par terre, mort. J'ai eu un gros frisson : cette pensée avait l'air tellement vraie, comme si j'avais envie de le faire. Je ne pouvais pas penser à autre chose. Je ne rigolais plus du tout, mon cœur battait très vite, je tremblais et je ne sentais presque plus mes doigts. Pourtant, je vous jure que je ne voudrais jamais, jamais, jamais, faire une chose comme fendre la tête de mon meilleur ami.

Depuis, j'ai plein de pensées horribles qui me viennent dans la tête, tous les jours, comme celle que je viens de vous raconter. Alors quand j'ai des pensées, je dois me souvenir en détail de ce qui s'est passé : qu'est-ce que j'ai fait, comme je me sentais, qu'est-ce que je me suis dit? Tout ça pour me prouver que je ne suis pas coupable. Mais plus j'y pense, plus je suis mêlé. À la récréation, je ne veux pas sortir de la classe. Si je croise un autre enfant, je vais me remettre à obséder. Souvent, je me cache dans les toilettes et j'attends que la récré se termine.

Le pire c'est que depuis, je me suis à croire que je pourrais faire du mal à ma petite sœur Lili. Quand je suis avec elle, il y a plein de prises de kung-fu qui me viennent en tête. Je vois en détail le mouvement que j'aurais à faire pour la tuer d'un coup sec ou la paralyser. Ça me fait très peur parce que je ne suis pas capable d'empêcher ces idées de venir dans ma tête.

Alors pourquoi je pense à lui faire du mal? Peut-être que je suis violent? Peut-être que j'ai une nature violente et que j'ai envie de faire du mal à quelqu'un? Peut-être que je vais perdre le contrôle et mettre mes plans violents à exécution? Quand je dors, je n'ai plus de contrôle sur mes pensées, alors je vais peut-être m'en prendre à Lili avant de me réveiller? »

Quels sont les comportements représentant des obsessions et des compulsions ?

Obsessions	Compulsions

Quels sont les comportements représentant des comportements non-TOC ?

Comportements non-TOC

Mise en situation C : Azalée — Peut-être que mes pensées portent malheur ?

« Depuis qu'Azalée a regardé Le seigneur des anneaux, elle est très souvent dérangée par l'image de Gollum qui apparaît dans sa tête sans sa permission. Azalée est incapable d'empêcher cette pensée d'entrer dans sa tête. Et si c'était une malédiction ? Azalée a peur d'être porteur de malheur. Alors elle fait des rituels pour annuler la malchance, comme de répéter ses actions 5 fois et de retenir son souffle quand elle marche.

Azalée nous raconte... Des fois, j'ai peur de devenir folle. Parce que je n'arrive pas à me débarrasser de l'image de Gollum. J'ai peur que cette image porte malchance. Alors quand je pense à Gollum, je dois faire un rituel pour empêcher qu'il arrive un malheur à ma famille. Je ne dois pas faire d'erreurs en faisant mon rituel, parce que sinon, quelque chose de terrible pourrait arriver par ma faute.

Hier, ma mère est venue me chercher à mon cours de piano. Quand je l'ai vue arriver, l'image de Gollum est apparue dans ma tête. Pour éviter qu'un malheur n'arrive à ma mère, le TOC me dit de recommencer 5 fois mon action et de retenir ma respiration en marchant. J'ai rejoué mon morceau de piano 5 fois même si le cours était terminé ce qui a mis tout le monde en colère. Alors Azalée s'est opposée à quitter le cours de piano, elle s'est mise à pleurer et à injurier sa mère et le prof de piano.

En arrivant à la maison, mes frères jouaient au hockey dehors dans la rue. J'ai pensé à Gollum en sortant de la voiture. Et devine ce que le TOC m'a dit ? "Si tu ne refermes pas la porte de la voiture 5 fois en retenant ton souffle, il pourrait arriver malheur à tes frères". Je doute que peut-être que lorsque l'image de Gollum apparaît dans ma tête, c'est un signe qu'un malheur va arriver ? Si je n'arrive pas à empêcher Gollum d'entrer dans ma tête, c'est peut-être parce qu'il essaie de m'ensorceler ? Peut-être que mon rituel n'est pas assez puissant pour annuler les mauvais sorts ? Peut-être que j'ai mal fait mon rituel et qu'un malheur arrivera par ma faute ? »

Quels sont les comportements représentant des obsessions et des compulsions ?

Obsessions	Compulsions

Quels sont les comportements représentants des comportements non-TOC ?

Comportements non-TOC

Mise en situation D : Gaillard – Et si j'avais fait une erreur ?

« Gaillard a peur de faire une erreur : dans ses devoirs, dans les tâches qu'il fait à la maison et même quand il parle. Gaillard travaille très fort, car le TOC lui demande de recommencer ce qu'il fait jusqu'à ce que ce soit parfait. Par exemple, quand il range ses vêtements, il doit faire des piles exactement de la même grosseur et les placer par couleur, comme si c'était une vitrine de magasin de mode. Quand il écrit, il doit repasser sur les lettres et les retracer pour qu'elles soient super bien écrites. C'est long ! Le TOC fait croire à Gaillard qu'on pourrait ne pas comprendre ce qu'il dit ou ce qu'il écrit. Alors il doit utiliser le mot exact quand il parle et il essaie de prononcer ses phrases parfaitement. Malgré tout, Gaillard se demande tout le temps s'il a dit la bonne chose. Souvent, il appelle sa mère pour qu'elle le rassure.

Gaillard nous raconte... Depuis que j'ai commencé le secondaire, j'ai tellement de travail à faire. Je passe toutes mes soirées à faire mes devoirs et à étudier. Je finis vers minuit le soir. Ça me prend au moins 2 heures pour écrire au propre une composition d'une demi-page. Je dois m'assurer que toutes mes lettres sont parfaitement écrites, sinon le professeur pourrait ne pas être capable de comprendre mon écriture et j'aurais zéro.

Souvent, je me lève à 5h du matin pour relire mes cahiers d'exercices. J'ai toujours l'impression d'avoir oublié quelque chose d'important. À l'école, je reste en classe après le cours pour poser des questions au prof. Je dois m'assurer que j'ai bien noté toutes les consignes. Je fais souvent des crises d'anxiété. Je panique et je pleure.

Quand j'arrive à la maison, je me demande encore si je fais le bon devoir. Peut-être que je n'ai pas noté le bon exercice de maths à faire ? Peut-être qu'on devait écrire un texte de 6 pages et non de 2 pages ? Alors je trouve un ami qui est en ligne à l'ordinateur pour lui demander des précisions. Dimanche soir, j'ai parlé à 8 amis différents pour vérifier les consignes. Quelques fois, j'appelle même ma mère pour lui demander si elle pensait que j'avais l'air con. Je lui raconte les situations pour être sûre qu'elle me comprenne et me rassure.

Depuis l'âge de 9 ans, ma tâche est de vider le lave-vaisselle. Avant ça me prenait 10 minutes, maintenant ça me prend 45 minutes. Je dois placer toutes les tasses, les assiettes et les ustensiles à égale distance, avec les motifs de la vaisselle alignés en avant. Autrement, c'est laid et je dois recommencer. Parfois, maman m'aide à aller plus vite. Lorsque c'est terminé, je demande à Papa si tout est en ordre. Je passe beaucoup de temps à la maison à plier mes vêtements et replacer tous mes objets dans ma chambre. Quand tout est en ordre, enfin, je me sens mieux. Parfois, j'empêche même les autres membres de la famille d'aller aux activités.

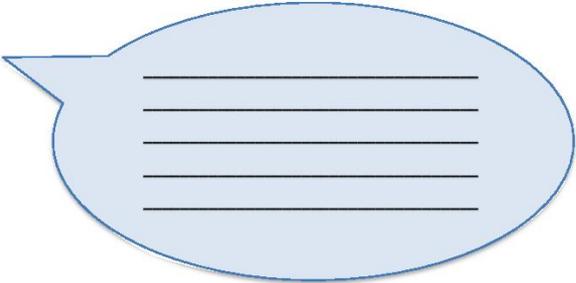
Je doute que peut-être que j'ai mal compris ? Peut-être que mon texte est mal écrit ? Peut-être que j'ai oublié de lire une page ? Peut-être que je n'ai pas dit la bonne chose ? Peut-être que mes choses sont mal placées ? Peut-être que mes vêtements sont mal pliés ? »

Rencontre 2 – Parents, parlons TOC!

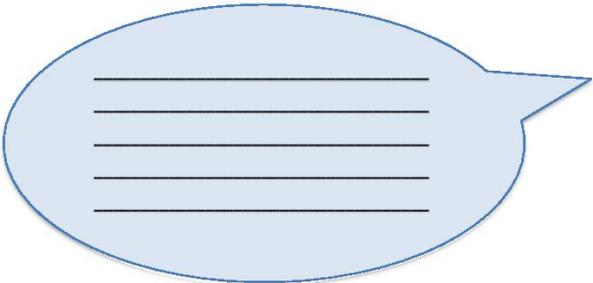
Exercice 2.2**Quelles sont les obsessions et les compulsions se rapportant à votre enfant ?**

Après s'être exercé avec des personnages à identifier différentes obsessions, compulsions et comportements non-TOC. Nous proposons maintenant de transposer cet exercice à votre propre réalité. Essayez d'identifier les obsessions, les compulsions et les comportements non-TOC de votre propre jeune. Vous pouvez utiliser une feuille blanche, un tableau blanc ou l'espace ci-dessous pour faire un remue-méninge sur ces différents concepts.

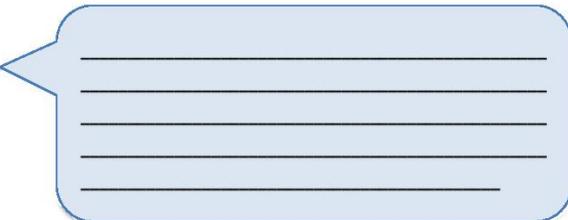
OBSSESSIONS



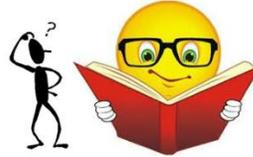
COMPULSIONS



COMPORTEMENTS NON-TOC

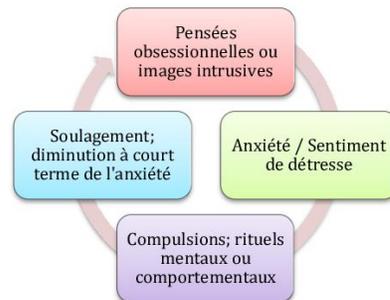


QUOI RETENIR ?



- ✓ Pour recevoir un diagnostic de TOC, il doit y avoir une perte de temps (+1 heure/jour)
- ✓ Les obsessions = pensées, pulsions ou images récurrentes, persistantes, intrusives et non désirées s'accompagnant de sentiments négatifs (peur, dégoût et honte).
- ✓ Les compulsions = comportements ou actes mentaux répétitifs que l'individu se sent obligé d'exécuter.

Le cycle du trouble obsessionnel-compulsif



Le rôle du renforcement négatif de la compulsion dans le TOC

Modèles théoriques		
Stimulus	Réponse	Conséquence
Perception de saleté ou de microbes	Laver les mains	Diminution de l'anxiété

= **Augmenter** la probabilité que le comportement se reproduise à nouveau dans des circonstances similaires.

Puisque la compulsion tend à soulager et à diminuer l'anxiété, elle implique un processus de renforcement négatif. De plus, certains comportements chez les enfants et les adolescents visent à **neutraliser** ou **éviter** les obsessions et les compulsions.



À FAIRE À LA MAISON

Lire et compléter à la maison les 2 mises en situation restantes de l'exercice 2.1.

Références

1. Mowrer, O. (1960). Learning theory and behavior.
2. Rachman, S. (1977). The conditioning theory of fearacquisition: A critical examination. *Behaviour Research and Therapy*, 15(5), 375-387.
3. Piacentini, J., Langley, A., & Roblek, T. (2007). Cognitive behavioral treatment of childhood OCD: It's only a false alarm therapist guide: Oxford University Press.
4. Fontaine, A. (2012). Adaptation d'une thérapie ciblant l'imagination pour les enfants de 9 à 12 ans aux prises avec un trouble obsessionnel-compulsif. (Essai doctoral). Université de Montréal, Montréal.

Rencontre 2 – Parents, parlons TOC!

Rencontre 3

La séquence obsessionnelle

OBJECTIFS DE LA RENCONTRE

1. Comprendre le rôle du doute obsessionnel
2. Comprendre la séquence obsessionnelle
3. Cibler les obsessions et les doutes obsessionnels



RETOUR SUR LA RENCONTRE PRÉCÉDENTE

- ✓ Résumé de la semaine dernière
 - *Est-ce qu'il s'est passé quelque chose que vous voudriez aborder durant la dernière semaine ?*
 - *Quels ont été les principaux conflits ou difficultés cette semaine en lien avec le TOC ?*
- ✓ Résumé des définitions
 - *Obsession*
 - *Compulsion*
 - *Comportement non-TOC*
- ✓ Retour sur l'exercice 2.1 et les deux mises en situation non complétées
 - *Avez-vous des questions ou des incompréhensions à la suite des exercices ?*

CONTENU = SAVIEZ-VOUS QUE ?

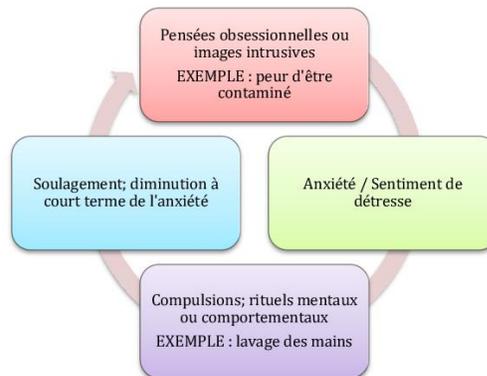


1— Comprendre le rôle du doute obsessionnel

Le but de la rencontre est que vous puissiez identifier une séquence obsessionnelle.

Le TOC a deux composantes majeures : les **obsessions** et les **compulsions**. Le TOC peut prendre différentes formes. Les compulsions les plus connues sont la vérification et le lavage, mais il y a plusieurs autres compulsions moins faciles à identifier.

Figure 3.1 Le Cycle du TOC



1.1 Qu'est-ce que le doute obsessionnel ? ¹²

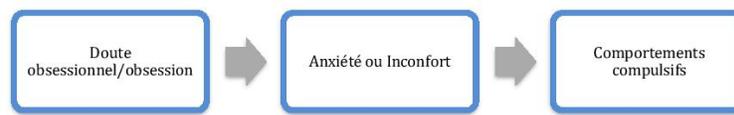
Obsession ou doute obsessionnel ?

Tout d'abord, il est important de souligner que chacun est confronté au doute au moins une fois dans sa vie : tout le monde doute !

Rencontre 3 – Parents, parlons TOC!



L'objectif dans cette rencontre est de distinguer le doute obsessionnel. En effet, il peut s'agir dans certaines approches d'un synonyme d'une obsession. Dans l'approche basée sur les inférences, le terme « obsession » est peu employé. Il est plutôt remplacé par la terminologie **doute obsessionnel**. L'obsession est la pensée ou l'image tandis que le doute est la question derrière l'obsession.



Dans la majorité des cas, une obsession est un doute obsessionnel à propos de quelque chose. Souvent, les doutes obsessionnels prennent la forme de possibilités comme :

- Qu'est-ce qui se passerait si... ?
- Qu'est-ce que pourrait être... ?
- Qu'est-ce qui pourrait arriver si... ?

Avez-vous des questions de ce genre ?

***EXEMPLE** → Si votre jeune vérifie si la porte est barrée, c'est la possibilité ou le doute qui le motive à faire cette vérification. Peut-être qu'il croit que la porte n'est pas correctement barrée, ou que le loquet pourrait être endommagé et ainsi ne pas correctement barrer la porte. C'est le doute ou la possibilité dont il est question ici.*



1.2 Les compulsions commencent toujours avec le doute obsessionnel

L'objectif est de comprendre que tous les éléments de la séquence obsessionnelle sont liés. En commençant par les concepts de base : les obsessions et les compulsions.

Si votre jeune n'avait pas de doute obsessionnel, alors il n'aurait pas besoin de faire la compulsion. Également, s'il n'avait pas de doute obsessionnel, alors il ne sentirait aucun anxiété ou inconfort.



Par exemple, si votre enfant a le doute obsessionnel : « J'ai peut-être laissé la porte ouverte », il va peut-être commencer à s'inquiéter à propos de toutes sortes de conséquences possibles : la maison va peut-être être cambriolée ou encore être inquiet à propos du fait d'être responsable de faire du mal aux autres. Il va devenir anxieux, et commencer à aller vérifier la porte pour se réassurer que tout est correct. Mais aucune de ces actions n'aurait lieu s'il n'avait pas de doute obsessionnel au départ.

1.3 Tous les symptômes suivent le doute

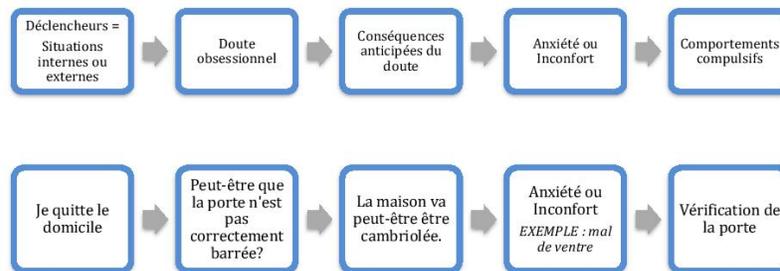
Ceci est un important point à comprendre. Si votre jeune n'expérimente pas le doute, il va rester ancré dans la réalité, dans l'« ici et le maintenant ». Il ne va pas devenir anxieux ni se sentir forcé de faire une compulsion. Donc, le doute est la source du problème. Ce sont de bonnes nouvelles, car une fois que votre jeune commence à modifier son doute, il va changer tout ce qui en découle. Le type de TOC n'a pas d'importance. Votre rôle auprès de votre jeune est de l'aider à reconnaître son doute obsessionnel (l'obsession) et la séquence obsessionnelle qui déclenche les compulsions.

2— Comprendre la séquence obsessionnelle

Il est primordial de comprendre chacun des concepts afin de les intégrer à la séquence. Vous pouvez reprendre brièvement chaque définition avec chaque concept.

Précédemment, vous avez appris que les symptômes obsessionnels-compulsifs de votre jeune suivent naturellement le doute obsessionnel. La manière ou le processus par lequel le TOC évolue, et dans lequel le jeune va se sentir obligé de faire des comportements compulsifs s'appelle la **séquence obsessionnelle**.

Voici la séquence obsessionnelle :



2.1 Les déclencheurs = situations internes ou externes

La séquence obsessionnelle est habituellement mise en marche par un déclencheur ou des situations internes ou externes. Par exemple, si votre jeune présente des doutes qu'il peut blesser quelqu'un, ce doute pourrait être déclenché juste en pensant à un conflit qu'il a eu avec un ami, il y a quelques jours. Puis, une fois que le doute a une emprise sur lui, il va se soucier des conséquences, ressentir de l'anxiété, et se livrer à un comportement compulsif, comme essayer de bloquer la pensée de son esprit. Le déclencheur provoque le doute et les symptômes du TOC débutent à la suite du doute.

EXEMPLE → Juste marcher au travers de la porte peut être un déclencheur au doute qu'elle n'est peut-être pas barrée. Dans le même ordre d'idées, toucher une barre de métro ou de la gouache peut déclencher le doute de votre enfant qu'il est peut-être contaminé.

Votre jeune peut avoir toutes sortes de raisons pour lesquelles il croit en ce doute de façon assez réaliste afin d'agir selon les formes de compulsions.

Rencontre 3 – Parents, parlons TOC!

2.2 Le doute obsessionnel

****Rappel : Les doutes obsessionnels prennent la forme de possibilités****

Qu'est-ce qui se passerait si... ?

Qu'est-ce que pourrait être... ?

Qu'est-ce qui pourrait arriver si... ?

2.3 Les conséquences anticipées suivent le doute obsessionnel

Par exemple, si on utilise l'exemple de la porte, l'inquiétude à propos de quelqu'un entrant par infraction dans la maison, est le **doute obsessionnel**. C'est ce doute obsessionnel qui est responsable de l'anxiété. À la suite de ce doute obsessionnel, votre jeune va imaginer beaucoup de conséquences qui pourraient se produire. Ce sont les **conséquences anticipées** du doute obsessionnel. Votre jeune sent qu'il n'a peut-être pas correctement barré la porte. Résultats : la maison va peut-être être cambriolée ou encore il se sent inquiet à propos d'être responsable de faire du mal à sa famille. Sans ce doute obsessionnel, il ne serait pas inquiet à propos de quelqu'un qui entre dans la maison et n'aurait pas de conséquence anticipée.



2.4 Anxiété ou inconfort

Identifier les manifestations de l'anxiété

2.5 Les compulsions

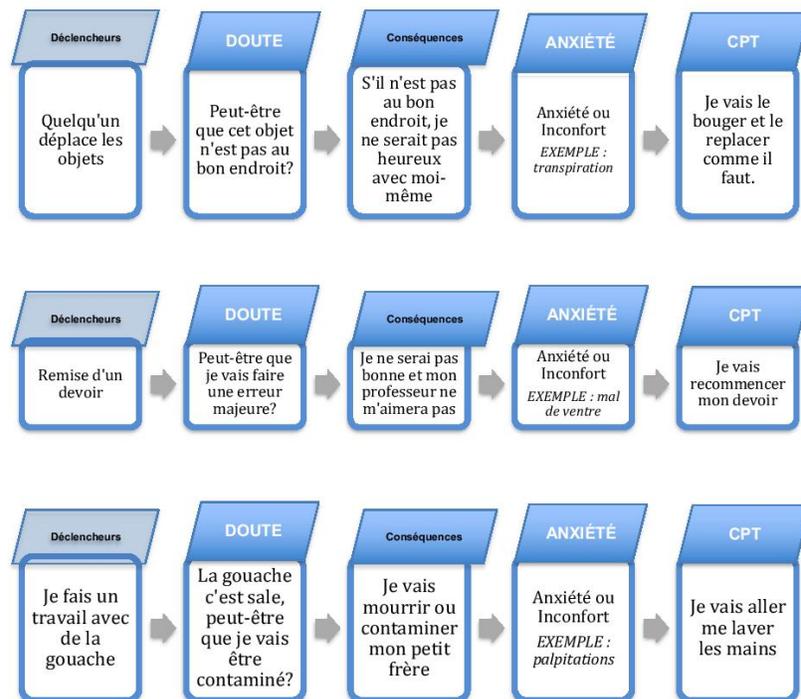
**** Rappel : Comportements ou des actes mentaux répétitifs que votre jeune se sent obligé d'exécuter. Ces comportements ou ces actes mentaux ont pour but de prévenir ou de réduire l'anxiété et la détresse occasionnées par le doute obsessionnel. ****

Rencontre 3 – Parents, parlons TOC!

2.6 La séquence obsessionnelle personnelle de votre jeune

Les doutes obsessionnels des jeunes atteints de TOC peuvent être très différents les uns des autres, mais la séquence obsessionnelle est toujours la même. Donc, si vous n'êtes pas au courant de la séquence obsessionnelle de votre jeune, il peut être difficile de reconnaître le TOC. Mais en regardant de plus près la séquence obsessionnelle de votre propre jeune, vous verrez qu'il s'agit des mêmes concepts. Il y a un déclencheur, un doute, et tout le reste découle de là.

Voici des exemples de séquences obsessionnelles :



Rencontre 3 – Parents, parlons TOC!



Exercice 3.1
Identifier les doutes obsessionnels

- À la rencontre précédente, 4 mises en situation³ vous ont été présentées.
- À l'aide d'un surligneur, identifier les propos de la mise en situation qui se réfèrent aux doutes obsessionnels du personnage.

Comme suggéré à la rencontre 2, nous allons maintenant choisir deux exercices qui se rapportent plus aux doutes obsessionnels de votre jeune et laisser les deux autres exercices à faire à la maison.

A) Pink – Et si mes mains étaient contaminées ? :

« Pink a peur d'avoir les mains sales et contaminées. Le TOC l'oblige à se laver les mains selon des règles précises, au moins 50 fois par jour. Le TOC lui conseille d'éviter de toucher à des choses qui ont l'air sales et que plusieurs personnes ont touchées, comme les poignées de porte, les casiers, les bancs dans l'autobus scolaire ou même son chat Manolo !

Pink nous raconte que... À l'automne dernier, Maman m'a amenée voir le médecin parce qu'elle trouvait que je n'allais pas bien et ne savait pas comment m'aider. Le Docteur m'a dit que j'ai un TOC.

C'est parce que je passe trop de temps dans la salle de bain le matin pour me préparer. Il y a seulement une salle de bain dans la maison et je retarde tout le monde. Clara, ma sœur, frappe dans la porte pour que je sorte et crie à ma mère de faire quelque chose. Elle a juste à aller se maquiller ailleurs : moi je n'ai pas terminé de me laver les mains ! Alors Maman reste avec moi dans la salle de bain et compte à voix haute jusqu'à 30. Je m'assure ainsi que mes mains sont propres, car je les ai savonnées pendant 30 secondes. Ensuite, elle m'apporte une nouvelle serviette pour que je m'essuie les mains.

Quand je suis chez Papa, c'est plus difficile, parce qu'il ne veut pas m'aider et il ne lave pas les serviettes après chaque utilisation. Le matin, je veux appeler Maman

Rencontre 3 – Parents, parlons TOC!

B) BAO – Peut-être que je vais exploser et devenir violent ?

« Il y a quelque temps, une pensée vraiment dérangeante s'est installée dans la tête de Bao. Il croit qu'il pourrait perdre le contrôle et devenir très violent. À cause de cette pensée, il ne veut plus dormir la nuit. Il fait des crises à répétition. Il s'oppose et se chicane avec ses parents. S'il s'endort, Bao a peur d'attaquer sa petite sœur Lili sans le savoir.

Bao nous raconte... Ma première pensée TOC est arrivée à la récré. Je jouais avec mon ami Albert. On s'amusait bien. On espionnait les filles dans la cour d'école : moi, j'étais James Bond et mon ami, c'était Sherlock Holmes.

Tout à coup, en voyant une roche pointue par terre, je me suis imaginé fendre la tête de mon ami avec cette roche : "Bang" ! Comme ça, d'un seul coup ! Dans ma tête, j'ai vu Albert tomber par terre, mort. J'ai eu un gros frisson : Cette pensée avait l'air tellement vraie, comme si j'avais envie de le faire. Je ne pouvais pas penser à autre chose. Je ne rigolais plus du tout, mon cœur battait très vite, je tremblais et je ne sentais presque plus mes doigts. On aurait dit que j'allais exploser. Pourtant, je vous jure que je ne voudrais jamais, jamais, jamais, faire une chose comme fendre la tête de mon meilleur ami.

Ça, c'était l'an passé. Depuis, j'ai plein de pensées horribles qui me viennent dans la tête, tous les jours, comme celle que je viens de vous raconter. Alors quand j'ai des pensées, je dois me souvenir en détail de ce qui s'est passé : qu'est-ce que j'ai fait, comme je me sentais, qu'est-ce que je me suis dit ? Tout ça pour me prouver que je ne suis pas coupable. Mais plus j'y pense, plus je suis mêlé.

À la récréation, je ne veux pas sortir de la classe. Si je croise un autre enfant, je vais me remettre à obséder. Souvent, je me cache dans les toilettes et j'attends que la récré se termine.

Le pire c'est que depuis, je me suis à croire que je pourrais faire du mal à ma petite sœur Lili. Quand je suis avec elle, il y a plein de prises de kung-fu qui me viennent en tête. Je vois en détail le mouvement que j'aurais à faire pour la tuer d'un coup sec ou la paralyser. Ça me fait très peur parce que je ne suis pas capable d'empêcher ces idées de venir dans ma tête.

Alors pourquoi je pense à lui faire du mal ? Peut-être que je suis violent ? Peut-être que comme Hulk, je vais me transformer et devenir très méchant ? Peut-être que j'ai une nature violente et que j'ai envie de faire du mal à quelqu'un ? Peut-être que je vais perdre le contrôle et mettre mes plans violents à exécution ? Quand je dors, je n'ai plus de contrôle sur mes pensées, alors je vais peut-être m'en prendre à Lili avant de me réveiller ? »

Quels sont les doutes obsessionnels de Bao ?

Les doutes obsessionnels

C) Azalée — Peut-être que mes pensées portent malheur ?

« Depuis qu'Azalée a regardé Le seigneur des anneaux, elle est très souvent dérangée par l'image de Gollum qui apparait dans sa tête sans sa permission. Azalée est incapable d'empêcher cette pensée d'entrer dans sa tête. Et si c'était une malédiction ? Azalée a peur d'être porteur de malheur. Alors elle fait des rituels pour annuler la malchance, comme de répéter ses actions 5 fois et de retenir son souffle quand elle marche.

Azalée nous raconte... Des fois, j'ai peur de devenir folle. Parce que je n'arrive pas à me débarrasser de l'image de Gollum. J'ai peur que cette image porte malchance. Alors quand je pense à Gollum, je dois faire un rituel pour empêcher qu'il arrive un malheur à ma famille. Je ne dois pas faire d'erreurs en faisant mon rituel, parce que sinon, quelque chose de terrible pourrait arriver par ma faute.

Hier, ma mère est venue me chercher à mon cours de piano. Quand je l'ai vue arriver, l'image de Gollum est apparue dans ma tête. Pour éviter qu'un malheur n'arrive à ma mère, le TOC me dit de recommencer 5 fois mon action et de retenir ma respiration en marchant. J'ai rejoué mon morceau de piano 5 fois même si le cours était terminé ce qui a mis tout le monde en colère. Alors Azalée s'est opposée à quitter le cours de piano, elle s'est mise à pleurer et à injurier sa mère et le prof de piano.

En arrivant à la maison, mes frères jouaient au hockey dehors dans la rue. J'ai pensé à Gollum en sortant de la voiture. Et devine ce que le TOC m'a dit ? "Si tu ne refermes pas la porte de la voiture 5 fois en retenant ton souffle, il pourrait arriver malheur à tes frères". Je doute que peut-être que lorsque l'image de Gollum apparait dans ma tête, c'est un signe qu'un malheur va arriver ? Si je n'arrive pas à empêcher Gollum d'entrer dans ma tête, c'est peut-être parce qu'il essaie de m'ensorceler ? Peut-être que mon rituel n'est pas assez puissant pour annuler les mauvais sorts ? Peut-être que j'ai mal fait mon rituel et qu'un malheur arrivera par ma faute ? »

Quels sont les doutes obsessionnels d'Azalée ?

Les doutes obsessionnels

D) Gaillard – Et si j'avais fait une erreur ?

« Gaillard a peur de faire une erreur : dans ses devoirs, dans les tâches qu'il fait à la maison et même quand il parle. Gaillard travaille très fort, car le TOC lui demande de recommencer ce qu'il fait jusqu'à ce que ce soit parfait. Par exemple, quand il range ses vêtements, il doit faire des piles exactement de la même grosseur et les placer par couleur, comme si c'était une vitrine de magasin de mode. Quand il écrit, il doit repasser sur les lettres et les retracer pour qu'elles soient super bien écrites. C'est long ! Le TOC fait croire à Gaillard qu'on pourrait ne pas comprendre ce qu'il dit ou ce qu'il écrit. Alors il doit utiliser le mot exact quand il parle et il essaie de prononcer ses phrases parfaitement. Malgré tout, Gaillard se demande tout le temps s'il a dit la bonne chose. Souvent, il appelle sa mère pour qu'elle le rassure.

Gaillard nous raconte... Depuis que j'ai commencé le secondaire, j'ai tellement de travail à faire. Je passe toutes mes soirées à faire mes devoirs et à étudier. Je finis vers minuit le soir. Ça me prend au moins 2 heures pour écrire au propre une composition d'une demi-page. Je dois m'assurer que toutes mes lettres sont parfaitement écrites, sinon le professeur pourrait ne pas être capable de comprendre mon écriture et j'aurais zéro.

Souvent, je me lève à 5h du matin pour relire mes cahiers d'exercices. J'ai toujours l'impression d'avoir oublié quelque chose d'important. À l'école, je reste en classe après le cours pour poser des questions au prof. Je dois m'assurer que j'ai bien noté toutes les consignes. Je fais souvent des crises d'anxiété. Je panique et je pleure.

Quand j'arrive à la maison, je me demande encore si je fais le bon devoir. Peut-être que je n'ai pas noté le bon exercice de maths à faire ? Peut-être qu'on devait écrire un texte de 6 pages et non de 2 pages ? Alors je trouve un ami qui est en ligne à l'ordinateur pour lui demander des précisions. Dimanche soir, j'ai parlé à 8 amis différents pour vérifier les consignes. Quelques fois, j'appelle même ma mère pour lui demander si elle pensait que j'avais l'air con. Je lui raconte les situations pour être sûre qu'elle me comprenne et me rassure.

Depuis l'âge de 9 ans, ma tâche est de vider le lave-vaisselle. Avant ça me prenait 10 minutes, maintenant ça me prend 45 minutes. Je dois placer toutes les tasses, les assiettes et les ustensiles à égale distance, avec les motifs de la vaisselle alignés en avant. Autrement, c'est laid et je dois recommencer. Parfois, maman m'aide à aller plus vite. Lorsque c'est terminé, je demande à Papa si tout est en ordre. Je passe beaucoup de temps à la maison à plier mes vêtements et replacer tous mes objets dans ma chambre. Quand tout est en ordre, enfin, je me sens mieux. Parfois, j'empêche même les autres membres de la famille d'aller aux activités.

Je doute que peut-être que j'ai mal compris ? Peut-être que mon texte est mal écrit ? Peut-être que j'ai oublié de lire une page ? Peut-être que je n'ai pas dit la bonne chose ? Peut-être que mes choses sont mal placées ? Peut-être que mes vêtements sont mal pliés ? »

Rencontre 3 – Parents, parlons TOC!

Quels sont les doutes obsessionnels de Gaillard ?

Les doutes obsessionnels

QUOI RETENIR ?

Voici la séquence obsessionnelle :



Les déclencheurs = situations internes ou externes

La séquence obsessionnelle est habituellement mise en marche par un déclencheur ou des situations internes ou externes. Le déclencheur provoque le doute et les symptômes du TOC commencent avec le doute.

Le doute obsessionnel ?

Comme le programme est basé sur l'approche basée sur les inférences. Le terme « obsession » est peu employé. Il est plutôt remplacé par la terminologie doute obsessionnel. Le doute obsessionnel est la question derrière l'obsession. Souvent, les doutes obsessionnels prennent la forme de possibilités comme :

Qu'est-ce qui se passerait si... ?

Qu'est-ce que pourrait être... ?

Qu'est-ce qui pourrait arriver si... ?

Les conséquences anticipées

À la suite d'un doute obsessionnel, votre jeune va imaginer beaucoup de conséquences qui pourraient se produire. Ce sont les conséquences anticipées du doute obsessionnel.

Les compulsions

Comportements ou des actes mentaux répétitifs que votre jeune se sent obligé d'exécuter. Ces comportements ou ces actes mentaux ont pour but de prévenir ou de réduire l'anxiété et la détresse occasionnées par le doute obsessionnel. Si votre jeune n'avait pas de doute obsessionnel, alors il n'aurait pas besoin de faire la compulsion. Également, s'il n'avait pas de doute obsessionnel, alors il ne sentirait aucune anxiété ou inconfort.



Rencontre 3 – Parents, parlons TOC!

3— Cibler les obsessions et les doutes obsessionnels



Exercice 3.2.

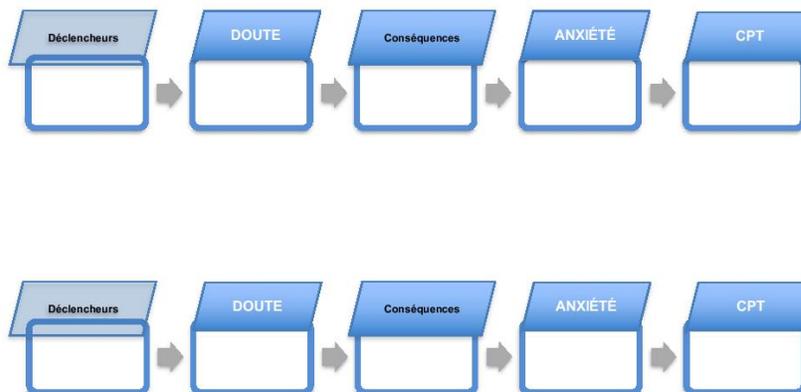
Quelle est la séquence obsessionnelle de votre jeune ?

Le but de cet exercice est de vous aider à transposer la séquence obsessionnelle à la réalité de votre propre jeune. Reprenez chaque concept et suivez la séquence. Dans le TOC, plusieurs séquences obsessionnelles sont présentes. Aussi, il faut se rappeler que nous n'avons pas la vérité absolue. Vous ne pouvez pas lire les pensées de votre jeune. Le mieux est de discuter avec lui de ces concepts au moment opportun. Également, il se peut que votre jeune ne soit pas prêt à aborder ces concepts. Vous ne devez alors pas aller trop vite ou brusquer ses apprentissages.



Rappel : « Votre rôle est d'aider tranquillement votre jeune à reconnaître son doute obsessionnel et la séquence obsessionnelle qui déclenche les compulsions. »

La séquence obsessionnelle de votre jeune



À FAIRE À LA MAISON

- A. Compléter les mises en situation non complétées.
- B. Compléter l'exercice 3.3, JEU-QUESTIONNAIRE.

Exercice 3.3
JEU-QUESTIONNAIRE

Veillez compléter le jeu-questionnaire suivant sur les concepts abordés dans la rencontre 3. Parmi les choix de réponses suivants, lequel complète le mieux la phrase.

- | | |
|--|--|
| <p>1. Le TOC débute avec...</p> <ul style="list-style-type: none"> a) La fatigue b) Un doute c) Le fait de voir quelque chose de mal d) Aucun des choix ci-haut | <ul style="list-style-type: none"> c) Tu n'aurais pas d'autres symptômes obsessionnels-compulsifs d) Tous les choix ci-haut |
| <p>2. Le doute est à propos...</p> <ul style="list-style-type: none"> a) D'un besoin de tout contrôler b) D'une possibilité c) Un manque de confiance en la vie d) Aucun des choix ci-haut | <p>5. Dans lequel de ces sous-types de TOC, le doute obsessionnel joue-t-il un rôle crucial ?</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Vérification b) Lavage c) Symétrie d) Obsessions à propos de faire du mal e) Tous les choix ci-haut |
| <p>3. Penser que tu vas être malade si tu es contaminé est...</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Un signe d'être fou b) Une conséquence du doute c) La pensée primaire responsable des symptômes d) Aucun des choix ci-haut | <p>Références</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. O'Connor, K., & Aardema, F. (2011). Clinician's handbook for obsessive compulsive disorder: inference-based therapy: John Wiley & Sons. 2. O'Connor, K., Aardema, F., & Pélissier, M.-C. (2005). Beyond reasonable doubt: Reasoning processes in obsessive-compulsive disorder and related disorders: John Wiley & Sons. 3. Fontaine, A. (2012). Adaptation d'une thérapie ciblant l'imagination pour les enfants de 9 à 12 ans aux prises avec un trouble obsessionnel-compulsif. (Essai doctoral). Université de Montréal, Montréal. |
| <p>4. Sans le doute obsessionnel...</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Tu ne te sentirais pas anxieux b) Tu n'aurais pas de compulsions | |

Rencontre 3 – Parents, parlons TOC!

Rencontre 4

Les répercussions du trouble obsessionnel-compulsif

OBJECTIFS DE LA RENCONTRE

1. Identifier les répercussions du TOC dans la vie du jeune selon les parents
2. Identifier les répercussions du TOC dans la vie familiale
3. Utiliser l'intervention systémique de la famille pour comprendre le rôle de la famille dans le cycle du TOC



RETOUR SUR LA RENCONTRE PRÉCÉDENTE

- ✓ Résumé de la semaine dernière
 - *Est-ce qu'il s'est passé quelque chose que vous voudriez aborder durant la dernière semaine ?*
 - *Quels ont été les principaux conflits ou difficultés cette semaine en lien avec le TOC ?*
- ✓ Retour sur l'exercice 3.1, mises en situation sur les doutes obsessionnels
 - *Retour sur les deux mises en situation sur comment identifier les doutes obsessionnels, avez-vous des questions ou des incompréhensions ?*
- ✓ Retour sur les séquences obsessionnelles
 - *Le but de cet exercice est de conscientiser le parent à la complexité du TOC, ainsi que de cibler les éléments de la séquence obsessionnelle.*
- ✓ Retour sur le jeu-questionnaire
 - *Donnez les réponses aux parents et avez vous des questions ?*

Rencontre 4 – Parents, parlons TOC!

CONTENU = SAVIEZ-VOUS QUE ?**Perturbations du fonctionnement dans différentes sphères de vie**

Le TOC, pas toujours facile à vivre pour le jeune et ses parents... Il est un peu comme une maladie contagieuse qui contamine toutes les parties de votre vie. Le TOC est généralement associé à une réduction de la qualité de vie ainsi qu'à des perturbations dans le fonctionnement social, scolaire et familial. En plus d'avoir des répercussions sur la personne qui en souffre, le TOC contamine également tous les membres de la famille. Ces perturbations sont souvent associées à la sévérité des symptômes du TOC et peuvent être causées, en outre, par le temps passé à effectuer les obsessions ou les compulsions ou par l'évitement de certaines situations qui pourraient déclencher celles-ci.

***EXEMPLE** → Quoi de plus frustrant que de s'empêcher d'aller à des activités à cause du TOC ou encore d'arriver en retard à un rendez-vous hyperimportant parce que votre enfant fait des rituels ?*

Les prochains paragraphes décriront les principales perturbations du TOC dans le fonctionnement des sphères sociales, scolaires et familiales.

Exercice 4.1
Identifier les répercussions du TOC

CONSIGNE → À l'aide des colonnes suivantes, identifier les principales répercussions du TOC dans chacune des sphères suivantes :

Scolaires	Sociales	Familiales

Rencontre 4 – Parents, parlons TOC!

Figure 4.1. Les répercussions du trouble obsessionnel-compulsif les plus fréquentes



1— Identifier les répercussions du TOC dans la vie du jeune selon les parents

Il s'agit ici de passer en revue les différentes sphères perturbées par le TOC. Il se peut que vous soyez surpris par certaines informations qui résument quelques constations cliniques, mais elles ne représentent pas pour autant la vérité absolue. De plus, certaines informations ne s'appliquent peut-être pas à votre jeune ou à votre famille : Et c'est très bien comme ça !!

1.1 Perturbations dans le fonctionnement social du jeune

Les enfants et les adolescents atteints du TOC peuvent éviter des contacts sociaux avec leurs pairs (*p. ex., par peur de faire du mal aux autres*), des endroits ou des choses (*p. ex., évitement des toilettes, de l'autobus ou du métro par peur d'être contaminé*) qui déclenchent leurs obsessions et leurs compulsions.

En effet, rappelez-vous à la rencontre 3 lorsque nous parlions des déclencheurs des doutes obsessionnels. Les jeunes vont avoir une tendance tout à fait naturelle à éviter ces déclencheurs. Cette tendance peut être également définie par le renforcement négatif expliqué à la rencontre 2, ce qui renforce le cycle obsessionnel.

Les effets nuisibles du TOC complexifient l'établissement de relations interpersonnelles durables et de qualité et certains symptômes peuvent être des obstacles à l'établissement de relations sociales. Par exemple, les obsessions à propos de la peur de faire du mal aux autres peuvent faire en sorte que les relations amicales soient considérées comme hasardeuses pour le jeune. Aussi, le jeune peut avoir tendance à éviter ce type de relation sociale. Par exemple, le jeune peut avoir peur de se faire juger, ridiculiser et même penser qu'il est un danger pour les autres.

Certains jeunes passent tellement de temps à effectuer leurs obsessions et leurs compulsions qu'ils ne passent pas de temps à s'amuser, à créer des liens d'amitié et à jouer avec leurs pairs.

1.2 Perturbations dans le fonctionnement scolaire du jeune

Les symptômes obsessionnels-compulsifs peuvent perturber le fonctionnement scolaire et diminuer la réussite scolaire des jeunes et des adolescents qui présentent un TOC puisqu'ils génèrent des effets cognitifs et comportementaux négatifs chez ceux-ci. En effet, l'élève peut manifester des **difficultés d'attention** dues à ses obsessions puisqu'il va tenter d'ignorer, de supprimer ou de neutraliser celles-ci avec d'autres pensées ou compulsions occasionnant ainsi un épuisement mental.

De plus, le TOC à l'école peut entraîner un **épuisement physique et mental** chez les jeunes parce qu'ils tentent de cacher leurs comportements afin de pouvoir se mêler aux autres élèves.

Rencontre 4 – Parents, parlons TOC!

EXEMPLE → *Imaginez un instant, le cerveau de votre jeune ne s'arrête jamais. En permanence dès qu'il se réveille, il est envahi de doutes obsessionnels. Imaginez un seul instant votre réaction si vous aviez sans cesse des questions qui se bouscuaient dans votre tête. Cette activité cérébrale volcanique peut expliquer la fatigue excessive ou les excès de colère de votre jeune lorsqu'il rentre à la maison après l'école ou une activité sociale.*

Le jeune ayant un TOC peut aussi arriver **en retard** à l'école en raison du temps consacré aux rituels lors du départ de la maison.

Il peut également éprouver des difficultés et même des échecs scolaires, car il est **plus lent** dans l'exécution des tâches imposées et est incapable de terminer les exercices (*p. ex., repasse sur les « o » par exemple*).

Aussi, le jeune peut s'interroger et poser beaucoup de questions avant d'accomplir plusieurs actions ou gestes et demander à l'enseignante de répéter les consignes ou les explications (*p. ex. peut également compter les mots, rater du contenu, etc.*).

2— Identifier les répercussions du TOC dans la vie familiale

Cette section est plus difficile à aborder, car le but est d'aider sans culpabiliser ou vous accuser, à prendre conscience de certaines répercussions du TOC dans votre vie familiale. Le parent « parfait » est un beau concept, mais qui n'existe malheureusement pas. Mettons-nous en contexte de vie familiale avec un jeune ayant un TOC. Les parents peuvent être à bout de souffle et exaspérés de tout répéter à cause du TOC... Souvent, ils ont également un travail à temps plein, d'autres jeunes à la maison, et d'avoir un jeune avec des besoins particuliers n'est pas de tout repos.

D'une part, les symptômes obsessionnels-compulsifs ont des conséquences sur la famille et dans les relations familiales. D'autre part, la famille peut également influencer les symptômes obsessionnels-compulsifs de leur jeune par leurs attitudes et leurs comportements. Il est important de mettre l'accent sur cette double relation.

3— Utiliser l'intervention systémique de la famille pour comprendre le rôle de la famille dans le cycle du TOC ^{1 2}

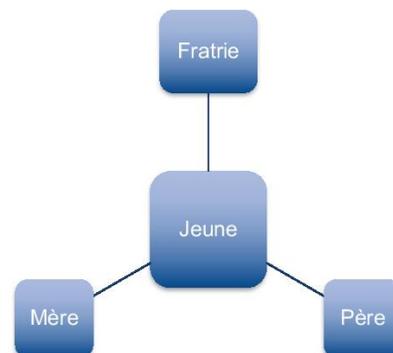
LA FAMILLE = C'EST UN SYSTÈME !!

L'intervention systémique envisage l'individu comme inscrit dans **un système relationnel**. Par conséquent, la famille est perçue comme **un système** de personnes en relation et en constante interrelation. La famille est considérée comme un ensemble de relations humaines qui s'influencent les unes vis-à-vis les autres.



Les comportements des individus sont liés aux interactions et au contexte dans lequel ils se développent. Tout changement d'un des individus a un effet sur l'ensemble du système et, donc indirectement sur les autres membres du système.

Figure 4.2 Le système relationnel de la famille

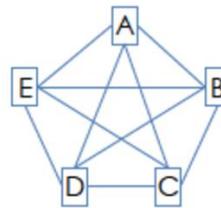
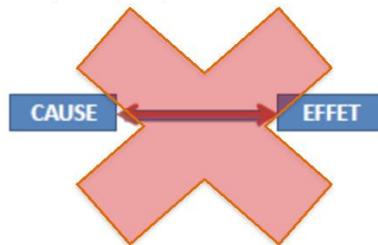


Après avoir identifié les répercussions du TOC dans votre famille, le prochain objectif s'inscrit plutôt dans une perspective de mieux comprendre le fonctionnement du système de la famille et du point de vue de tous les membres de la famille. On cherche

à savoir quelle est la perception de chacun des membres de la famille lors d'une situation particulière, comme celle du TOC.

Dans le TOC, il n'y a pas une causalité linéaire, c'est-à-dire que le TOC (la cause) n'a pas seulement une influence sur le jeune (effet).

Nous sommes plutôt dans une causalité circulaire/interactionnelle où tous les individus entourant le jeune atteint de TOC sont influencés par ce dernier.

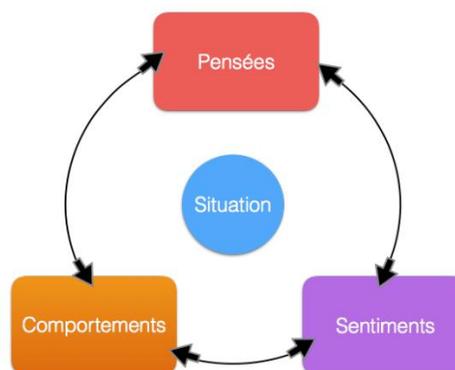


Comment adopter une intervention systémique ?

C'est adopter une démarche pour étudier et prendre conscience de tous les éléments du système, c'est-à-dire la famille.

Pour ce faire,

- ❖ On cherche à comprendre les relations entre les membres.
- ❖ On cherche à comprendre le point de vue (**les pensées**) de chaque membre.
- ❖ On cherche à comprendre **les sentiments** de chaque membre.
- ❖ On cherche à comprendre **les comportements** de chaque membre.



Rencontre 4 – Parents, parlons TOC!

Exercice 4.2 : À vous de jouer ?
Schéma d'intervention systémique avec les familles



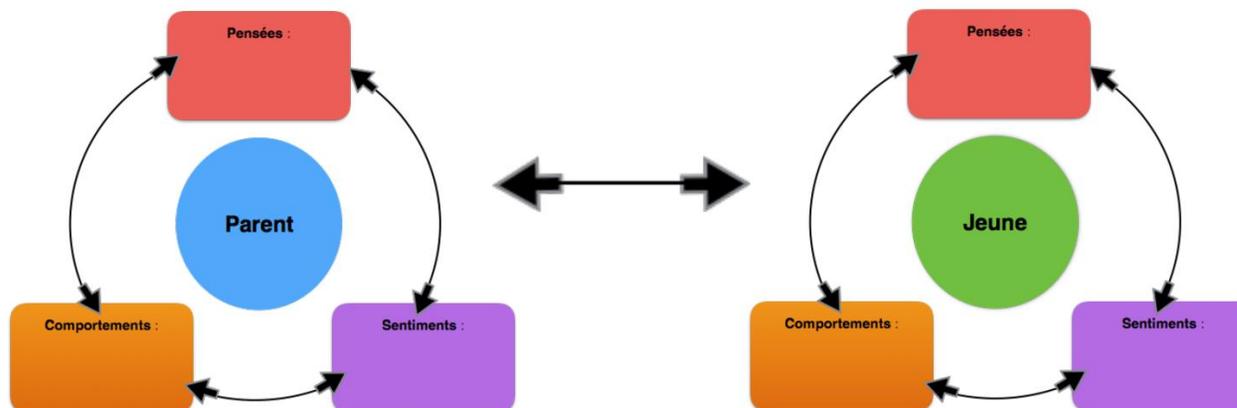
Situation : _____

Parent :

Pensées : _____
 Sentiments : _____
 Comportements : _____

Jeune :

Pensées : _____
 Sentiments : _____
 Comportements : _____



QUOI RETENIR ?



Résumé des répercussions les plus fréquentes

Répercussions scolaires

- ✓ Impact sur la réussite scolaire : éprouver des difficultés et même des échecs scolaires, car il est plus lent dans l'exécution des tâches imposées et est incapable de terminer les exercices
- ✓ Difficultés d'attention
- ✓ Épuisement physique et mental.
- ✓ Retard à l'école
- ✓ Se poser beaucoup de questions avant d'accomplir des actions ou des gestes et demander à l'enseignante de répéter

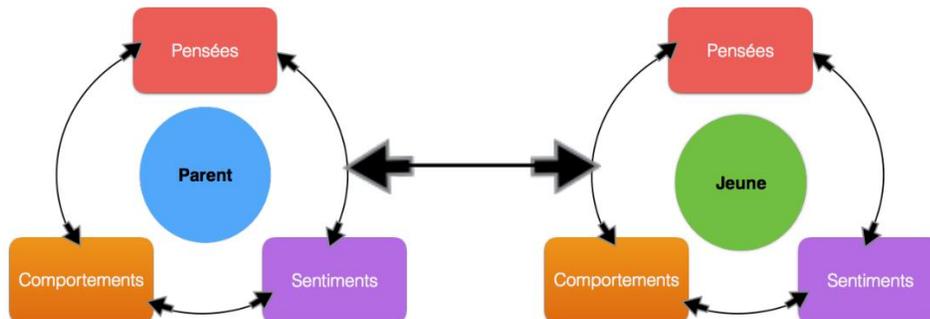
Répercussions sociales

- ✓ Éviter certains contacts sociaux avec leurs pairs, les endroits ou certaines choses.
- ✓ Un obstacle à l'établissement de relations sociales durables et de qualité.
- ✓ Certains jeunes passent tellement de temps à effectuer leurs obsessions et leurs compulsions qu'ils ne passent pas de temps à s'amuser, à créer des liens d'amitié et à jouer avec les autres élèves.

Répercussions familiales

- ✓ Comportements permissifs, accommodants et de surprotection
- ✓ Comportements de détresse, un fonctionnement familial perturbé, de l'hostilité et du blâme
- ✓ Émotions négatives exprimées, reproches fréquents et punitions excessives
- ✓ Pauvres habiletés de résolution de problèmes et une diminution de la confiance portée envers leur jeune
- ✓ Accommodation familiale et réassurance
- ✓ Augmentation du nombre de conflits et de frustrations
- ✓ Relations familiales évitées et hasardeuses
- ✓ Faible cohésion familiale et faible communication
- ✓ Détresse familiale, organisation familiale et rôles familiaux perturbés

Schéma d'intervention systémique avec les familles comme prise de conscience



Rencontre 4 – Parents, parlons TOC!

À FAIRE À LA MAISON

- ❖ Complétez l'exercice 4.2 : Schéma d'intervention systémique de la famille ?

Références

1. Villeneuve, C. (2006). L'intervention en santé mentale: le pouvoir thérapeutique de la famille: PUM.
2. Carneiro, C., Vaudan, C., Marwood, A. D., Darwiche, J., Despland, J.-N., & de Roten, Y. (2013). L'«Intervention systémique brève»: un manuel thérapeutique. *Thérapie familiale*, 34(1), 115-130.

Rencontre 4 – Parents, parlons TOC!

Rencontre 5

L'accommodation familiale

OBJECTIFS DE LA RENCONTRE :

1. Définir l'accommodation familiale
2. Identifier les comportements d'accommodation de la famille
3. Trouver des comportements alternatifs



RETOUR SUR LA RENCONTRE PRÉCÉDENTE

- ✓ Résumé de la semaine dernière
 - *Est-ce qu'il s'est passé quelque chose que vous voudriez aborder durant la dernière semaine ?*
 - *Quels ont été les principaux conflits ou difficultés cette semaine en lien avec le TOC ?*
- ✓ Retour sur l'exercice 4.2., comment utiliser l'intervention systémique de la famille ?
 - *Avez-vous fait un retour sur cet exercice à la maison ?*
 - *Avez-vous des questions ?*

CONTENU = SAVIEZ-VOUS QUE ?

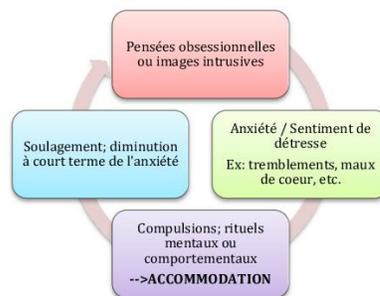


1— Définir l'accommodation familiale

L'**accommodation familiale** se définit comme la participation des membres de la famille dans les rituels du jeune ayant le TOC, par la modification de la routine en fonction des symptômes obsessionnels-compulsifs ou par certains comportements d'évitement.

Les comportements d'accommodation de la famille par rapport au TOC vont avoir pour effet de soulager et diminuer à court terme l'anxiété du jeune. L'accommodation familiale peut être une barrière au traitement puisqu'elle renforce les comportements d'évitement ce qui diminue l'efficacité des exercices proposés dans les traitements.

Voici le cycle du TOC, les comportements d'accommodation familiale vont renforcer les compulsions, les rituels mentaux ou les autres comportements de votre jeune.



CEPENDANT !!!!

Le renforcement négatif du TOC par l'entremise de l'accommodation familiale

À la rencontre #2, le rôle du renforcement négatif de la compulsion vous a été présenté : puisque la compulsion tend à soulager et à diminuer l'anxiété, elle implique un processus de renforcement négatif. En effet, l'anxiété ou la détresse est un stimulus désagréable, le retrait de l'anxiété par la manifestation d'une compulsion renforce la probabilité de réapparition de la compulsion la prochaine fois que le jeune ressentira de nouveau l'anxiété induite par une pensée obsessionnelle. **Le cycle est donc renforcé.**

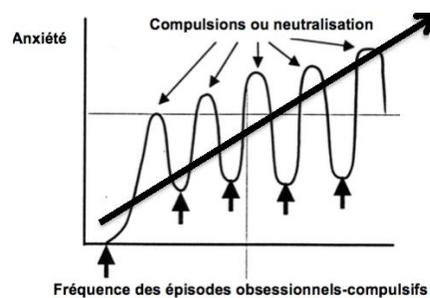
****Rappel : Figure 2.4 : Les contingences de renforcement****

	Addition d'un événement (+)	Soustraction d'un événement (-)
↑ probabilité de réapparition du cpt	RENFORCEMENT POSITIF (R+)	RENFORCEMENT NÉGATIF (R -)

L'accommodation familiale vient jouer exactement le même rôle. En général, l'accommodation familiale remplace la compulsion de votre jeune ou lui permet de faire de l'évitement. L'accommodation familiale tend à **soulager** et **diminuer** l'anxiété, elle implique un processus de renforcement négatif. Par conséquent, étant donné qu'elle diminue l'anxiété (retrait d'un événement aversif/négatif), elle vient renforcer les obsessions/compulsions ce qui maintient le cycle obsessionnel. En effet, l'anxiété ou la détresse est un stimulus désagréable, le retrait de l'anxiété par les comportements d'accommodation familiale renforce la probabilité de réapparition de la compulsion la prochaine fois que le jeune ressentira de nouveau l'anxiété induite par une pensée obsessionnelle. Le cycle est, donc renforcé.

EXEMPLE → Pour ne pas arriver en retard au brunch, papa et maman aident à faire les rituels.

****Rappel : Figure 2.5. : Le maintien du TOC à cause de l'accommodation****



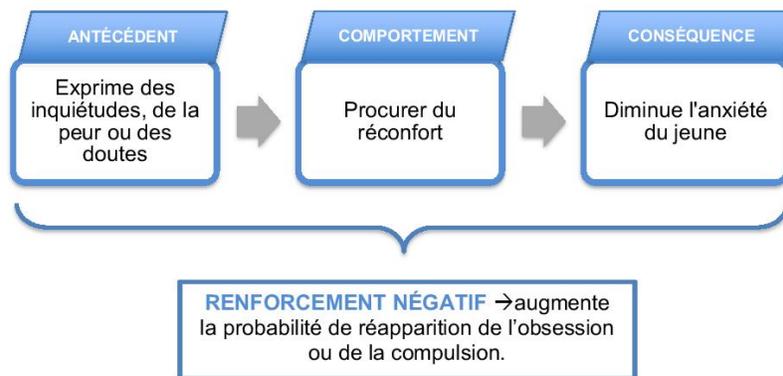
2— Identifier les comportements d'accommodation de la famille ¹

Voici quelques manières de réagir aux symptômes de votre jeune qui peuvent être considérées comme de l'accommodation familiale. Il se peut que les exemples suivants vous surprennent tant ils sont familiers. Rappelez-vous que l'accommodation familiale est un comportement normal au sein d'une famille, ne vous sentez pas coupable. Il faut en comprendre les effets. Tous les parents souhaitent aider et soutenir son jeune. Il est important de prendre conscience du côté pervers de l'accommodation familiale (le renforcement négatif) ainsi que de garder à l'esprit le message que vous voulez transmettre à votre jeune en effectuant un comportement d'accommodation familiale, quel est son effet et pourquoi ?

PROCURER DU RÉCONFORT

Quand votre jeune exprime des inquiétudes, de la peur ou des doutes par rapport aux obsessions ou compulsions et que vous le rassurez quant au fait qu'il n'a rien à craindre, qu'il n'a pas raison de s'en faire et que les rituels qu'il vient d'accomplir ont prévenu ce qu'il craint.

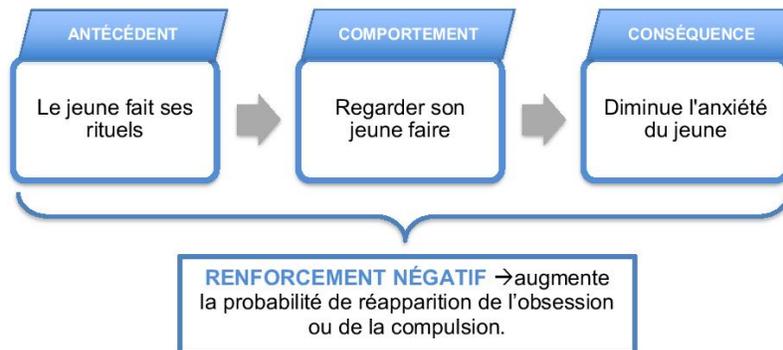
EXEMPLE → Dire à votre jeune qu'il/elle n'est pas contaminé, ou qu'il/elle a assez nettoyé ou vérifié.



REGARDER VOTRE JEUNE ALORS QU'IL COMPLÈTE DES RITUELS

Avoir volontairement regardé votre jeune tandis qu'il complétait des rituels, à sa demande ou en pensant que c'est-ce qu'il/elle souhaite que vous fassiez.

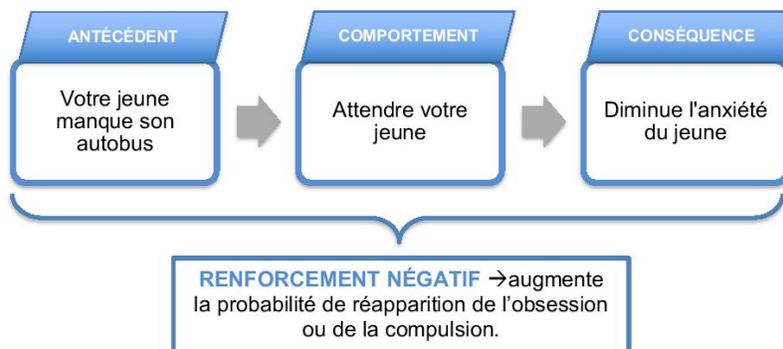
EXEMPLE → Surveiller votre jeune alors qu'il complète ses rituels.



ATTENDRE VOTRE JEUNE

Vous avez attendu votre jeune le temps qu'il complète des compulsions, au point de déranger les plans que vous aviez faits.

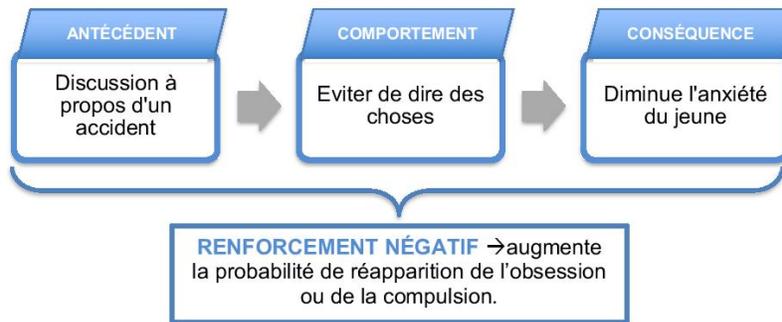
EXEMPLE → Être en retard de plusieurs minutes le matin pour aller à l'école ou à un souper de famille, manquer son autobus.



SE RETENIR DE DIRE OU FAIRE DES CHOSES

Se retenir de faire des choses ou de dire des choses à cause du TOC de votre jeune.

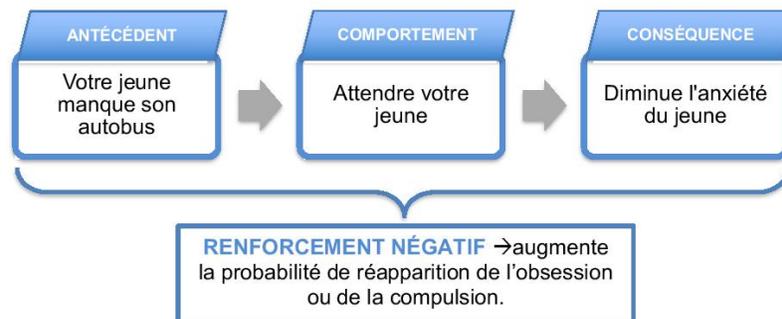
EXEMPLE → Certains membres de la famille peuvent arrêter d'aller dans certaines parties de la maison, se retenir d'avoir des contacts physiques avec leur proche aux prises avec le TOC ou éviter les sujets de conversation associés à ses obsessions.



PARTICIPER AUX COMPULSIONS

Vous impliquez dans les compulsions de votre jeune ou dans des comportements qui vous paraissent bizarres ou insensés, à sa demande, ou en pensant que votre jeune voudrait que vous fassiez ces choses.

EXEMPLE → Les membres de la famille peuvent laver leurs mains plus fréquemment que ce qu'ils croient nécessaire (ou d'une manière ritualisée) ou peuvent vérifier les ronds du poêle à répétition bien qu'ils savent que les ronds ne sont pas allumés. Ils peuvent également aider les jeunes à faire leur devoir ou même faire leur devoir pour eux.

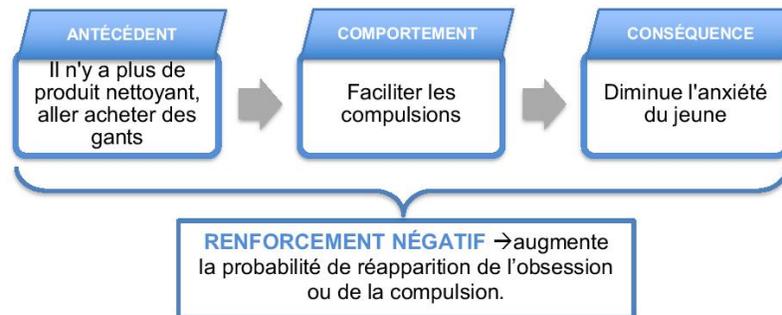


Rencontre 5 – Parents, parlons TOC!

FACILITER L'EXÉCUTION DES COMPULSIONS

Vos actions permettent à votre jeune de compléter ses rituels (sans être directement impliqué dans l'accomplissement du rituel).

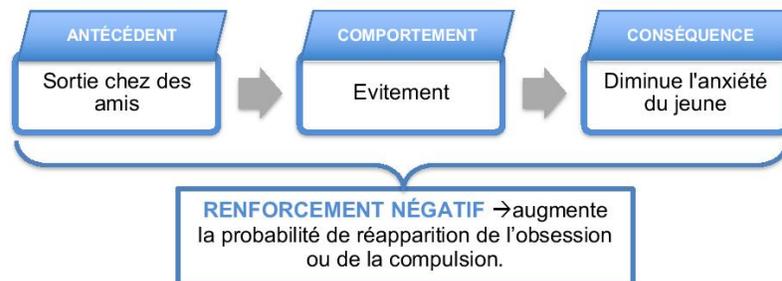
EXEMPLE → Un membre de la famille peut fournir à votre jeune aux prises avec le TOC des choses dont il a besoin pour accomplir ses rituels ou ses compulsions, comme acheter une quantité excessive de savon ou de produits nettoyants. D'autres exemples peuvent inclure de revenir sur son chemin en voiture pour que votre jeune puisse vérifier que les portes de la maison sont barrées, ou de créer de l'espace supplémentaire dans la maison pour que le proche puisse conserver des choses.



FACILITER L'ÉVITEMENT

Vous impliquez dans les efforts déployés par votre jeune à éviter des gens, des endroits ou des choses. Faire quoique ce soit qui a permis à votre jeune d'éviter.

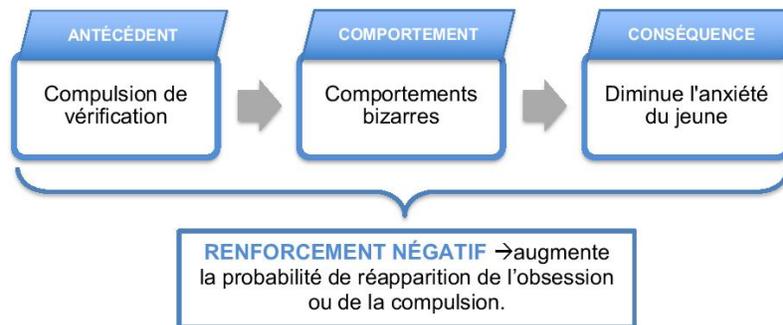
EXEMPLE → Les membres de la famille peuvent donner des excuses à la place du proche qui dit ne pas pouvoir occuper une fonction sociale à cause des préoccupations associées au TOC, ou faire un détour en voiture parce que le proche veut éviter une zone « contaminée », ou ouvrir la porte pour le proche de manière à lui éviter d'avoir à toucher la poignée de porte « contaminée ».



TOLÉRER DES COMPORTEMENTS BIZARRES/PERTURBATION DU FOYER

Tolérer des comportements bizarres de votre jeune ou tolérer des conditions inhabituelles dans votre maison à cause du TOC de votre jeune.

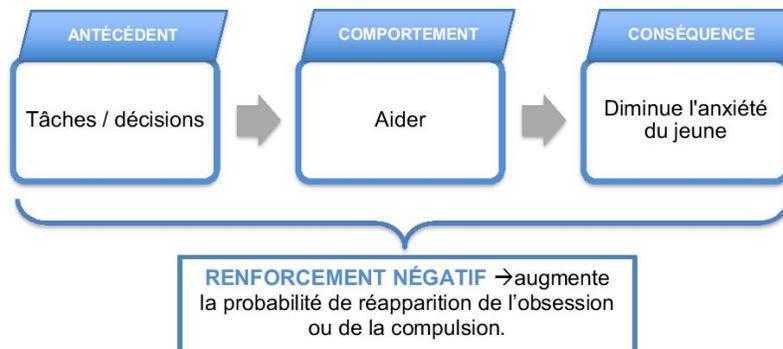
EXEMPLE → Tolérer de laisser la maison encombrée de vieux journaux ou d'ignorer le fait que votre jeune ouvre et ferme la porte à répétition.



AIDER LE JEUNE DANS DES TÂCHES QUOTIDIENNES OU L'AIDER À PRENDRE DES DÉCISIONS SIMPLES

Aider votre jeune à accomplir des tâches simples du quotidien ou à prendre des décisions simples alors que sa capacité à fonctionner était diminuée par le TOC.

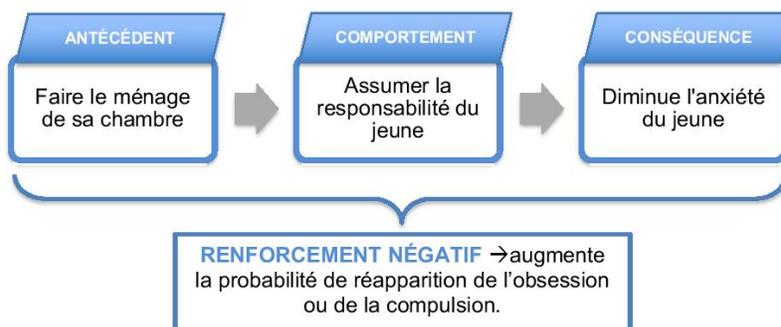
EXEMPLE → Aider votre jeune à s'habiller, à prendre son bain ou décider quoi manger.



ASSUMER LES RESPONSABILITÉS DU JEUNE

Assumer des tâches dont votre jeune est responsable, mais qu'il n'est pas en mesure d'accomplir adéquatement à cause du TOC.

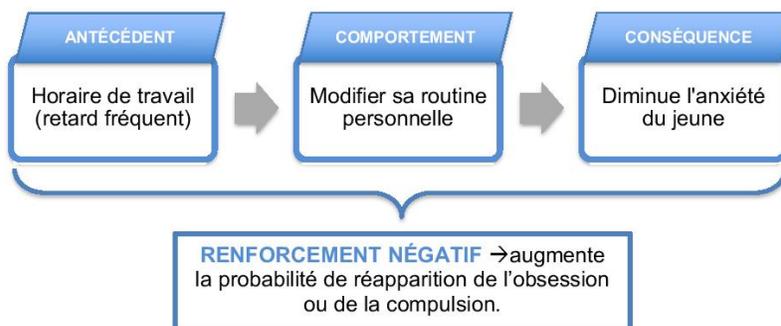
EXEMPLE → Payer ses comptes ou de prendre soin de ses enfants, faire les devoirs de votre jeune, faire le ménage de ses choses.



MODIFIER SA ROUTINE PERSONNELLE

Modifier votre temps de loisirs ou vos responsabilités familiales ou professionnelles à cause du TOC de votre jeune.

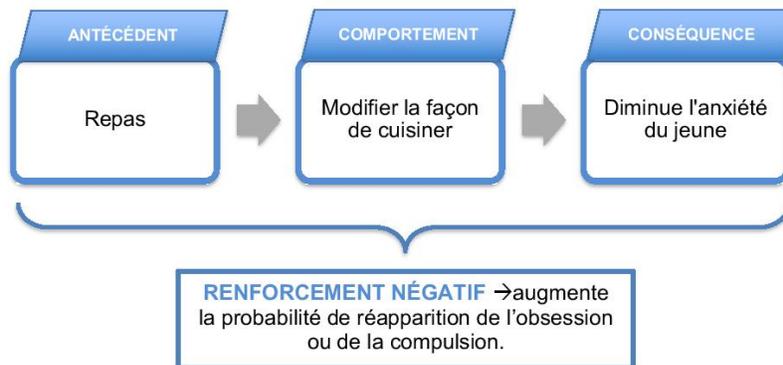
EXEMPLE → Modification de son horaire personnel peut être de passer moins de temps dans des activités sociales ou sportives, ou de changer son horaire de travail pour pouvoir passer plus de temps avec la personne aux prises avec le TOC.



MODIFIER LA ROUTINE FAMILIALE

Modifier la routine ordinaire de la vie familiale à cause du TOC de votre jeune.

EXEMPLE → Modifier la manière de cuisiner ou de faire le ménage.



Exercice 5.1 : Identifier les comportements d'accommodation familiale

Reprenons nos différentes mises en situation.² Certaines d'entre elles rapportaient des comportements que nous pouvons associer à l'accommodation familiale. Cet exercice permet de se pratiquer à identifier les comportements d'accommodation qui peuvent être utilisés au sein d'une famille.

A) Pink – Et si mes mains étaient contaminées ? :

« Pink a peur d'avoir les mains sales et contaminées. Le TOC l'oblige à se laver les mains selon des règles précises, au moins 50 fois par jour. Le TOC lui conseille d'éviter de toucher à des choses qui ont l'air sales et que plusieurs personnes ont touchées, comme les poignées de porte, les casiers, les bancs dans l'autobus scolaire ou même son chat Manolo !

Pink nous raconte que... À l'automne dernier, Maman m'a amenée voir le médecin parce qu'elle trouvait que je n'allais pas bien et ne savait pas comment m'aider. Le Docteur m'a dit que j'ai un TOC.

C'est parce que je passe trop de temps dans la salle de bain le matin pour me préparer. Il y a seulement une salle de bain dans la maison et je retarde tout le monde. Clara, ma sœur, frappe dans la porte pour que je sorte et crie à ma mère de faire quelque chose. Elle a juste à aller se maquiller ailleurs : moi je n'ai pas terminé de me laver les mains ! Alors Maman reste avec moi dans la salle de bain et compte à voix haute jusqu'à 30. Je m'assure ainsi que mes mains sont propres, car je les ai savonnées pendant 30 secondes. Ensuite, elle m'apporte une nouvelle serviette pour que je m'essuie les mains.

Quand je suis chez Papa, c'est plus difficile, parce qu'il ne veut pas m'aider et il ne lave pas les serviettes après chaque utilisation. Le matin, je veux appeler Maman pour qu'elle me rassure. Papa se fâche et moi je fais de grosses crises parce que je veux que Maman compte avec moi au téléphone.

Je lave mes mains au moins 50 fois par jour. Ça me fait mal maintenant parce qu'à force de les frotter, ma peau est devenue toute gercée. À l'école, on me demande souvent pourquoi mes mains sont si rouges. Alors je les cache. J'ai aussi développé des trucs pour ne pas salir mes mains comme de me servir de mes manches pour prendre un livre ou d'attendre que quelqu'un ouvre la porte pour moi. J'ai l'air bizarre, mais c'est plus fort que moi. »

Quels sont les comportements représentants de l'accommodation familiale ?

Comportements d'accommodation familiale

B) Gaillard – Et si j'avais fait une erreur ?

« Gaillard a peur de faire une erreur : dans ses devoirs, dans les tâches qu'il fait à la maison et même quand il parle. Gaillard travaille très fort, car le TOC lui demande de recommencer ce qu'il fait jusqu'à ce que ce soit parfait. Par exemple, quand il range ses vêtements, il doit faire des piles exactement de la même grosseur et les placer par couleur, comme si c'était une vitrine de magasin de mode. Quand il écrit, il doit repasser sur les lettres et les retracer pour qu'elles soient super bien écrites. C'est long ! Le TOC fait croire à Gaillard qu'on pourrait ne pas comprendre ce qu'il dit ou ce qu'il écrit. Alors il doit utiliser le mot exact quand il parle et il essaie de prononcer ses phrases parfaitement. Malgré tout, Gaillard se demande tout le temps s'il a dit la bonne chose. Souvent, il appelle sa mère pour qu'elle le rassure.

Gaillard nous raconte... Depuis que j'ai commencé le secondaire, j'ai tellement de travail à faire. Je passe toutes mes soirées à faire mes devoirs et à étudier. Je finis vers minuit le soir. Ça me prend au moins 2 heures pour écrire au propre une composition d'une demi-page. Je dois m'assurer que toutes mes lettres sont parfaitement écrites, sinon le professeur pourrait ne pas être capable de comprendre mon écriture et j'aurais zéro.

Souvent, je me lève à 5h du matin pour relire mes cahiers d'exercices. J'ai toujours l'impression d'avoir oublié quelque chose d'important. À l'école, je reste en classe après le cours pour poser des questions au prof. Je dois m'assurer que j'ai bien noté toutes les consignes. Je fais souvent des crises d'anxiété. Je panique et je pleure.

Quand j'arrive à la maison, je me demande encore si je fais le bon devoir. Peut-être que je n'ai pas noté le bon exercice de maths à faire ? Peut-être qu'on devait écrire un texte de 6 pages et non de 2 pages ? Alors je trouve un ami qui est en ligne à l'ordinateur pour lui demander des précisions. Dimanche soir, j'ai parlé à 8 amis différents pour vérifier les consignes. Quelques fois, j'appelle même ma mère pour lui demander si elle pensait que j'avais l'air con. Je lui raconte les situations pour être sûre qu'elle me comprenne et me rassure.

Depuis l'âge de 9 ans, ma tâche est de vider le lave-vaisselle. Avant ça me prenait 10 minutes, maintenant ça me prend 45 minutes. Je dois placer toutes les tasses, les assiettes et les ustensiles à égale distance, avec les motifs de la vaisselle alignés en avant. Autrement, c'est laid et je dois recommencer. Parfois, maman m'aide à aller plus vite. Lorsque c'est terminé, je demande à Papa si tout est en ordre. Je passe beaucoup de temps à la maison à plier mes vêtements et replacer tous mes objets dans ma chambre. Quand tout est en ordre, enfin, je me sens mieux. Parfois, j'empêche même les autres membres de la famille d'aller aux activités. »

Quels sont les comportements représentant de l'accommodation familiale ?

Comportements d'accommodation familiale

Dans la dernière mise en situation, est-ce que d'autres personnes peuvent accommoder Gaillard ?

Comportements d'accommodation amicale



	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENREDI	SAMEDI	DIMANCHE
MATIN	ECOLE	ECOLE	SORTIE	ECOLE	ECOLE	JEUX	JEUX
APRES-MIDI	ECOLE	ECOLE	ACTIVITES	ECOLE	ECOLE	ACTIVITES	ACTIVITES
SOIR	JEUX	JEUX	JEUX	JEUX	JEUX	JEUX	JEUX
	DOUCHE	DOUCHE	DOUCHE	DOUCHE	DOUCHE	DOUCHE	DOUCHE
	REPAS	REPAS	REPAS	REPAS	REPAS	REPAS	REPAS
	COUCHER	COUCHER	COUCHER	COUCHER	COUCHER	COUCHER	COUCHER

RECOMPENSES :

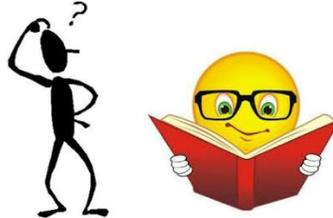
- sortie / parc
- activités
- histoire en plus le soir
- 1 dessin animé le soir
- 10 min de jeu Wi le week-end au kinder
- 10 min de jeu avec Papa ou Maman

PUNITIONS :

- perte de points
- perte d'activités / animation
- rester au calme dans sa chambre en silence 10 minutes
- perte de points semaine à venir
- sans téléphone en soirée le soir
- sans ordinateur
- pas de Wi le week-end

TIMEOUT!

QUOI RETENIR ?



Les comportements d'accommodation de la famille

Procurer du réconfort	Faciliter l'évitement
Regarder votre jeune alors qu'il complète des rituels	Tolérer des comportements bizarres/perturbation du foyer
Attendre votre jeune	Aider le jeune dans des tâches quotidiennes ou l'aider à prendre des décisions simples
Se retenir de dire ou de faire des choses	Assumer les responsabilités du jeune
Participer aux compulsions	Modifier sa routine personnelle et familiale
Faciliter les compulsions	



À FAIRE À LA MAISON

- Faire un retour avec le jeune de l'accommodation familiale : expliquer au jeune une courte définition, vous pouvez également lui demander son avis sur ce comportement. *Exemple : Est-ce que ça l'aide ? Est-ce qu'il se rend compte de l'accommodation ?*
- Faire un remue-méninge avec votre jeune de l'exercice 5.3 sur identifier des comportements alternatifs à l'accommodation familiale.

Références

1. Calvocoressi, L., Lewis, B., Harris, M., & Trufan, S. J. (1995). Family accommodation in obsessive-compulsive disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 152(3), 441.
2. Fontaine, A. (2012). Adaptation d'une thérapie ciblant l'imagination pour les enfants de 9 à 12 ans aux prises avec un trouble obsessionnel-compulsif. (Essai doctoral). Université de Montréal, Montréal.

Rencontre 6

La résolution de problème

OBJECTIFS DE LA RENCONTRE

1. Enseigner des méthodes de résolution de problèmes
2. Identifier des problèmes familiaux récurrents en lien avec le TOC
3. Appliquer la méthode de résolution de problèmes
4. Aborder les principes du conditionnement opérant



RETOUR SUR LA RENCONTRE PRÉCÉDENTE

- ✓ Résumé de la semaine dernière
 - *Est-ce qu'il s'est passé quelque chose que vous voudriez aborder durant la dernière semaine ?*
 - *Quels ont été les principaux conflits ou difficultés cette semaine en lien avec le TOC ?*
- ✓ Retour sur la définition de l'accommodation familiale
 - *Pouvez-vous me rappeler dans vos mots qu'est-ce que l'accommodation familiale ?*
 - *Avez-vous discuté de l'accommodation familiale avec votre jeune ?*
- ✓ Retour sur l'exercice 5.3 identifier des comportements alternatifs à l'accommodation familiale.
 - *Pouvez-vous me donner des exemples de comportements alternatifs à l'accommodation familiale ?*

CONTENU = SAVIEZ-VOUS QUE ?



1— Enseigner des méthodes de résolution de problèmes ¹

La résolution de problème ? Qu'est-ce que ça représente pour vous ?

Avez-vous une anecdote associée à la résolution de problème ?

La résolution de problèmes, quel beau concept ! Pas toujours facile à mettre en pratique par contre. Pas toujours facile également de trouver le temps et l'énergie pour discuter et trouver des façons de régler les problèmes.

Nous vous proposons dans cette section une « recette » pour résoudre certains problèmes et trouver des solutions qui aideront à améliorer le climat familial.

1.1 La résolution de problèmes ²

Les familles qui éprouvent des difficultés de fonctionnement peuvent être incapables de reconnaître l'existence des problèmes. À l'inverse, les familles qui fonctionnent de manière harmonieuse traversent, en dépensant le minimum d'énergie, les différentes étapes du processus de résolution de problèmes. Pourtant, la majorité des gens se situent entre les deux.

En général, les familles présentent plus d'un problème et ceux-ci changent dans le temps. Comme il y a plusieurs membres au sein d'une même famille, il y a différentes versions aux problèmes.

Définition

La résolution de problèmes consiste à définir un problème et à le résoudre de manière à préserver un fonctionnement familial efficace. Cette habileté est essentielle à la qualité de vie familiale puisque les problèmes surviennent fréquemment dans la vie quotidienne. Deux types de problèmes sont identifiés soit d'ordre :

- 1) **INSTRUMENTAL** = c'est-à-dire liés aux aspects matériels de la vie quotidienne (horaire, budget ou logement, par exemple)
- 2) **AFFECTIF** (conflits).

Selon certains auteurs, il arrive que les membres de la famille soient capables de résoudre facilement les problèmes d'ordre instrumental, alors qu'ils éprouvent des difficultés à résoudre les problèmes affectifs. Le processus de résolution de problèmes est, pourtant, le même dans les deux cas. Cependant, quand les émotions entrent en jeu, il devient beaucoup plus difficile de mettre en place un processus de résolution de problèmes.

1.2 Les étapes de la résolution de problèmes

Voici le message important de cette approche :

« Quand il y a un conflit entre nous (le parent et le jeune), nous n'avons pas besoin de mobiliser nos forces les uns contre les autres et nous soucier de qui va gagner. À la place, nous pouvons mettre notre énergie ensemble pour trouver des solutions qui respectent nos besoins à chacun ».

Nous donnons aux jeunes des outils qui vont leur permettre de participer à la résolution de problèmes auxquels ils sont confrontés (maintenant, à la maison, avec leurs amis et aussi dans le futur).

Le processus de la résolution de problème compte, généralement, sept étapes ³:

Étape 1 : Définition du problème

La famille reconnaît l'existence du problème, soit par l'intermédiaire d'un de ses membres (mère, père et enfants), soit après l'intervention d'une personne étrangère à la famille (p. ex., un psychologue, un médecin). Certains des membres de la famille sont plus aptes à reconnaître les problèmes instrumentaux, d'autres ont plus de facilité à reconnaître les problèmes affectifs. Il est important de vérifier si l'ensemble de la famille cerne correctement le problème. Il arrive fréquemment qu'elle se détourne des problèmes réels au profit d'éléments moins conflictuels ou moins menaçants.

Étape 2 : Communication aux membres de la famille ou à un tiers

Certaines familles se referment et évitent de parler des problèmes afin de cacher leur vulnérabilité ou de protéger leur vie privée. D'autres parlent de leur problème à tout le monde, sauf à la personne concernée ou aux ressources appropriées. Il est primordial de communiquer les différents points de vue du problème à tous les membres de la famille.

Étape 3 : Recherche de solutions (« Remue-méninge »)

La famille doit établir une liste de solutions appropriées à la nature du problème et ne pas tomber dans le piège des solutions prédéterminées. Il arrive que la famille applique la même solution à divers types de problèmes. De plus, la résolution de problèmes en famille ne signifie pas toujours des désaccords. Une solution peut apparaître satisfaisante pour tous les membres. Toutes les solutions sans jugement doivent être prises en considération.

Étape 4 : Prise de décision

La prise de décision par rapport au problème est quelques fois une source de conflits. À cette étape, nous choisissons une solution.

Étape 5 : Action

Lorsqu'elle a pris une décision, la famille doit passer à l'action. Elle a alors le choix entre ne pas agir, agir de façon limitée ou tout mettre en œuvre pour appliquer sa décision.

Étape 6 : Contrôle de l'action

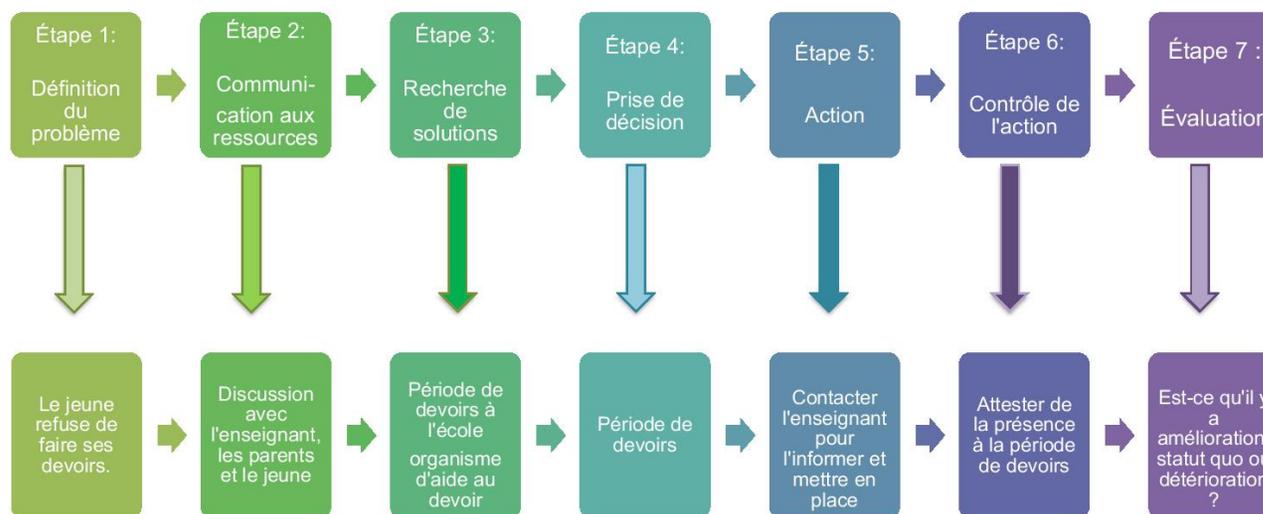
Mettre au point des mécanismes de contrôle pour s'assurer que la décision est mise à exécution.

Étape 7 : Évaluation

À un niveau optimal de fonctionnement, les membres effectuent un retour sur leur décision ainsi que sur leur action afin d'en évaluer l'efficacité. En réfléchissant sur ce qu'elle vient de vivre, la famille analyse la pertinence de ses comportements et en tire des leçons qui lui permettront, à l'avenir, de résoudre plus facilement des problèmes similaires.

Figure 6.1 : Schéma du processus de résolution de problèmes

Pour bien comprendre le processus de résolution de problèmes, débutons par un exemple d'ordre général.



2— Identifier des problèmes familiaux récurrents en lien avec le TOC

Maintenant, comment utiliser ce processus de résolution de problèmes avec le TOC ?...

Retournons il y a quelques semaines... À la rencontre #4, vous avez identifié quelques problèmes que vous pouviez rencontrer dans votre famille à cause du TOC de votre jeune.

Exercice 6.1 : identifier un conflit récurrent

CONSIGNE → Veuillez cibler les principaux conflits, désaccords ou problèmes rencontrés au sein de votre famille en lien avec le TOC :

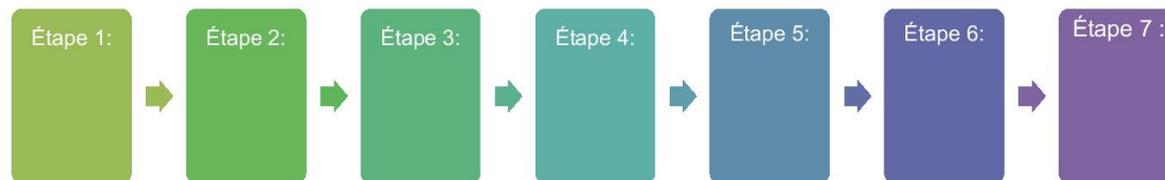
3— Appliquer la méthode de résolution de problèmes

Exercice 6.2

Utiliser la méthode enseignée de résolution de problème pour le TOC

À l'aide de l'exercice 6.1, choisissez un problème en lien avec le TOC qui vous préoccupe. Par la suite, avec l'aide du thérapeute, chacune des étapes de la résolution de problèmes sera abordée afin de compléter le processus de la résolution de problèmes.

PROBLÈME : _____



4— Aborder les principes du conditionnement opérant ^{4 5}

****Rappel de la rencontre 2****

Tout comportement est un instrument pour obtenir un effet quelconque. Chaque comportement est précédé d'un antécédent et amène une conséquence. Pour bien illustrer cette chaîne, voici le modèle A-B-C.

A	B	C
Antécédent	Comportement	Conséquence
Perception de la saleté	Se laver les mains	Diminution de l'anxiété
Je quitte le domicile, peur d'oublier de barrer la porte	Je vérifie que j'ai bel et bien barré la porte	Diminution de l'anxiété

La plupart des comportements peuvent s'expliquer à l'aide de cette séquence.

Plusieurs versions de celle-ci existent dans la littérature scientifique. Par exemple, certains auteurs préfèrent la nomenclature suivante :

Figure 2.3. Nomenclature des séquences comportementales

Modèle original A-B-C		
A	B	C
Antécédent	Comportement	Conséquence
Modèles théoriques		
Modèle de renforcement		
S ^d	R	S ^r
Stimulus Discriminatif	Réponse	Stimulus de renforcement

Lorsque nous souhaitons modifier un comportement, une véritable question demeure :

Comment faire pour augmenter ou diminuer la fréquence d'un comportement ?

L'addition ou la soustraction d'un stimulus de renforcement (**S^r**), c'est-à-dire d'une conséquence, peut entraîner 2 classes d'effet :



Augmenter la probabilité que le comportement se reproduise à nouveau dans des circonstances similaires.

Diminuer la probabilité que le comportement se reproduise à nouveau dans des circonstances similaires.

En suivant cet ordre d'idées, lorsqu'on parle d'un **renforcement** :

Un renforcement positif (R+), c'est-à-dire l'ajout d'un stimulus de renforcement (Sr) appétitif à la suite du comportement, augmente la probabilité de réapparition du comportement dans une situation similaire ultérieure.

EXEMPLE → R+ = Donner jouet, bonbon, sorties avec le jeune, argent, bref quelque chose d'appétitif.

Un renforcement négatif (R-), c'est-à-dire le retrait d'un stimulus de renforcement (Sr) aversif à la suite du comportement augmente la probabilité de réapparition du comportement dans une situation similaire ultérieure.

EXEMPLE → R- = Enlever un mal de tête, une douleur, éviter une situation gênante (parler en public).

	Addition d'un événement (+)	Soustraction d'un événement (-)
↑ probabilité de réapparition du cpt	RENFORCEMENT POSITIF (R+)	RENFORCEMENT NÉGATIF (R -)
↓ probabilité de réapparition du cpt	PUNITION POSITIVE (P +)	PUNITION NÉGATIVE (P -)

Maintenant, allons un peu plus loin...

Lorsque nous parlons d'une **punition** :

Une punition positive (P+), c'est-à-dire l'**ajout** d'un stimulus de renforcement (Sr) **aversif** à la suite du comportement **diminue** la probabilité de réapparition du comportement dans une situation similaire ultérieure.

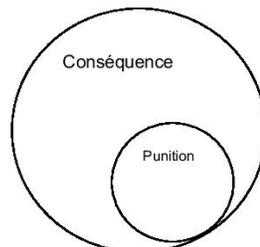
EXEMPLE → P+ = Donner une conséquence, dire des insultes, laver la langue avec du savon, donner la fessée, etc.

Une punition négative (P-), c'est-à-dire le **retrait** d'un stimulus de renforcement (Sr) **appétitif** à la suite du comportement **diminue** la probabilité de réapparition du comportement dans une situation similaire ultérieure.

EXEMPLE → P- = Enlever jouet, bonbon, sorties avec le jeune, argent, bref quelque chose d'appétitif, etc.

4.1 Punitons = Conséquences

	PUNITION	CONSÉQUENCE
Définitions	Action de punir, d'infliger un châtimeut ou une peine	Ce qui est produit naturellement par quelque chose ou ce qui en résulte d'une suite logique
Caractéristiques	But = diminuer un comportement (P+)	
	Proviens, parfois, d'une réaction excessive de la part du parent	Proviens, généralement, naturellement d'une situation ou à la suite d'une rétroaction
	Est un type de conséquence	Est le résultat de toute action
Exemples	Être privé de sortie pour la semaine	Payé pour la réparation d'un objet



La punition n'enseigne rien. Elle peut être utile, mais pas seule et il faut préférer des punitions négatives (P-), mais il ne faut pas juste se concentrer sur l'alternative... Certaines punitions sont correctes et nécessaires afin de donner une leçon au jeune. Acheter la paix n'est pas souhaitable non plus !! Tout est une question de dosage, et la loi du gros bon sens doit être utilisée.

Garder à l'esprit, il est préférable de faire ressortir la valeur derrière la règle qui a été brisée afin que le jeune puisse bien comprendre et généraliser la leçon à tirer.

Garder à l'esprit, une punition doit toujours être accompagnée de l'enseignement du comportement souhaitable et des mesures de renforcement (R+ ou R-).

UN PEU DE PRATIQUE...**Exercice 6.3 : Mises en situation**

Consigne : Veuillez lire attentivement la scène conflictuelle entre Tommy et son père :

Père : Tommy, as-tu fouillé dans mon bureau ?

Tommy : Non

Père : En es-tu certain ?

Tommy : Oui, je n'ai jamais touché à ton bureau.

Père : Et bien... dans ce cas, peux-tu m'expliquer pourquoi plusieurs papiers sont éparpillés dans mon bureau, les objets ont été déplacés et j'ai trouvé du nettoyant ?

Tommy : Oh ! Oui ! Désolé ! Je cherchais des ciseaux et de la colle pour un projet scolaire. Sauf que le TOC a commencé à me dire que le bureau était peut-être contaminé. Alors, j'ai utilisé le nettoyant pour effectuer mes rituels, mais je ne pouvais pas remettre les choses à leur endroit. J'imagine que je l'ai oublié.

Père : Alors tu m'as encore menti !

Tommy : Je n'ai pas menti, j'ai juste réellement oublié cet épisode du TOC.

Père : Oui ! La même chose que quand tu n'as pas rangé la cuisine la semaine dernière !

Tommy : Mais, papa, je n'ai vraiment pas fait exprès. Parfois, j'oublie quand je fais autre chose ou que le TOC m'envahit.

Père : Eh bien ! Peut-être que cela va t'aider à te souvenir la prochaine fois. Je t'interdis d'utiliser mon bureau ou la cuisine. En plus, à cause que tu as menti, tu vas rester à la maison demain, quand on va aller au cinéma !

1. Qu'est-ce qui motive le parent à punir Tommy, dans la scène ?

2. Quel type de punition est utilisé par le père de Tommy (P+ vs P-) et quelle est votre opinion sur cette punition ? (Justifiée ? Non justifiée ? Excessive ?)

3. Quels sentiments, pensez-vous, que Tommy a éprouvé quand il a été puni ?

4. Qu'auriez-vous fait à la place du père de Tommy ?

4.2 Types de conséquences positives et constructives ⁶

1. Exprimer sa désapprobation en parlant de ses propres émotions et besoins
2. Mentionner vos attentes
3. Parler des émotions du jeune et de ses besoins
4. Montrer au jeune comment réparer ses actes ou son erreur
5. Remue-méninge ou écrire toutes les idées de solutions qui viennent à l'esprit
6. Décidez les suggestions que vous aimez et celles que vous n'aimez pas
7. Offrir un choix
8. Autoriser le jeune à expérimenter les conséquences de ses actes
9. Passer à l'action

<p>Exprimer ses sentiments «Je suis furieux que mon bureau ne soit pas en ordre.»</p>	<p>Exprimer vos attentes «Je m'attends à ce que mon bureau soit rangé après que tu l'aies emprunté.»</p>
<p>Montrer au jeune comment réparer «Peux-tu ranger les choses et serrer le nettoyeur?»</p>	<p>Offrir un choix «Tu peux emprunter mes choses et les retourner ou tu peux laisser tomber le privilège de les utiliser. Tu décides»</p>
<p>Passer à l'action Jeune : «Pourquoi le bureau est verrouillé?» Père : «Toi dit-moi pourquoi?»</p>	<p>Résoudre le problème «Qu'est ce qu'on peut améliorer pour que tu puisses utiliser mes choses quand tu en a de besoin et que je sois certain qu'ils seront là quand j'en aurai de besoin?».</p>

QUOI RETENIR ?

Les étapes de résolution de problèmes



Étape 1 : Définition du problème

La famille reconnaît l'existence du problème, il est important de vérifier si la famille cerne correctement le problème. Il arrive fréquemment qu'elle se détourne des problèmes réels au profit d'éléments moins conflictuels ou moins menaçants.

Étape 2 : Communication aux ressources

Certaines familles se ferment et évitent d'en parler à des tiers afin de cacher leur vulnérabilité ou de protéger leur vie privée. D'autres parlent de leur problème à tout le monde, sauf à la personne concernée ou aux ressources appropriées.

Étape 3 : Recherche de solutions (« Remue-méninge »)

La famille doit établir une liste de solutions appropriées à la nature du problème et ne pas tomber dans le piège des solutions prédéterminées.

Étape 4 : Prise de décision

La prise de décision est souvent une source de conflits.

Étape 5 : Action

Lorsqu'elle a pris une décision, la famille doit passer à l'action. Elle a alors le choix entre ne pas agir, agir de façon limitée ou tout mettre en œuvre pour appliquer sa décision.

Étape 6 : Contrôle de l'action

Mettre au point des mécanismes de contrôle pour s'assurer que la décision est mise à exécution.

Étape 7 : Évaluation

A un niveau optimal de fonctionnement, les membres effectuent un retour sur leur décision ainsi que sur leur action afin d'en évaluer l'efficacité.





À FAIRE À LA MAISON

Exercice 6.4 :

1. Pensez à un problème qui arrive régulièrement à la maison et qui peut être résolu par la méthode de la résolution de problème. Trouvez un temps où ça convient pour les deux (parent et jeune) et une place où vous ne serez pas interrompu. Bien important, veuillez résoudre le problème avec le jeune.

Problème :



2. Utiliser une conséquence positive et constructive : laquelle avez-vous utilisée et quelle était la réaction de votre jeune ?

Références

1. Peris, T. S., Sugar, C. A., Bergman, R. L., Chang, S., Langley, A., & Piacentini, J. (2012). Family factors predict treatment outcome for pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80*(2), 255.
2. Epstein, N. B., Bishop, D. S., & Levin, S. (1978). The McMaster model of family functioning. *Journal of marital and family therapy, 4*(4), 19-31.
3. De Montigny, F., & Beaudet, L. (1997). *Lorsque la vie éclate: l'impact de la mort d'un enfant sur la famille*: Éditions du Renouveau pédagogique.
4. Skinner, B. (1957). Verbal learning. New York, NY: Appleton-Century-Crofts.
5. Mowrer, O. (1960). Learning theory and behavior.
6. Faber, A., Mazlish, E., Coe, K. A., Faber, J., & Roy, R. (2012). *Parler pour que les enfants écoutent, écouter pour que les enfants parlent*: Aux Editions du Phare, chapitre 3, p.122, 123 et 127.

Rencontre 7

Attitudes et comportements consolidant le TOC

OBJECTIFS DE LA RENCONTRE

1. Favoriser des attitudes positives par rapport au TOC
2. Cibler les attitudes et les comportements des parents consolidant le cycle du TOC
3. S'exercer à faire du renforcement positif social lorsque l'enfant émet des comportements appropriés



RETOUR SUR LA RENCONTRE PRÉCÉDENTE

- ✓ Résumé de la semaine dernière
 - *Est-ce qu'il s'est passé quelque chose que vous voudriez aborder durant la dernière semaine ?*
 - *Quels ont été les principaux conflits ou difficultés cette semaine en lien avec le TOC ?*
- ✓ Retour sur l'exercice 6.4.
 - *Pouvez-vous me rappeler dans vos mots, qu'est-ce que la résolution de problèmes et quelles en sont les étapes ?*
 - *Avez-vous fait l'exercice à la maison d'utiliser une alternative à la punition : laquelle avez-vous utilisée et quelle était la réaction de votre jeune ?*
 - *Comment se déroule la méthode de la résolution de problèmes à la maison ?*



CONTENU = SAVIEZ-VOUS QUE ?

Ce n'est pas toujours facile de gérer nos émotions et nos comportements face au TOC de son enfant.

EXEMPLE →Après une journée de travail chargée où nous avons à peine eu le temps de manger, après avoir couru à la garderie ou au service de garde pour récupérer les jeunes, après avoir préparé en vitesse le souper pour tous les membres de la famille, après avoir aidé aux devoirs et aux leçons, tous les parents ressentent une certaine fatigue et ne pensent qu'à avoir un moment de repos. Et si, en plus d'être passé au travers de cette liste exubérante de tâches, vous l'avez fait en négociant, en gérant des crises de colère ou d'anxiété, en transigeant avec la rigidité mentale de votre jeune qui demande sans cesse plus d'attention et de réassurance...

Vous essayez de comprendre de tout votre cœur les obsessions et les compulsions de votre jeune et vous voulez l'aider du mieux que vous pouvez, mais vous essayez tant bien que mal de gérer vos émotions et vos comportements. Cependant, il se peut que vous ayez de la difficulté à les gérer, il se peut que vous soyez fâché, irrité, découragé par moment... Il se peut que vous vous sentiez impuissant. Il se peut qu'à un certain moment, vous ressentiez cette fatigue et cette accumulation de tension. Et à un moment, nous perdons patience! Nos émotions et nos comportements prennent le dessus et nous avons de la difficulté à réfléchir. Mais qui ne perd jamais patience, personne! Ces réactions sont tout à fait normales et compréhensives. Ce n'est pas dramatique!

L'objectif de cette rencontre est de trouver des moyens afin d'améliorer le soutien et le fonctionnement familial en prenant conscience des attitudes et comportements consolidant le cycle du TOC.

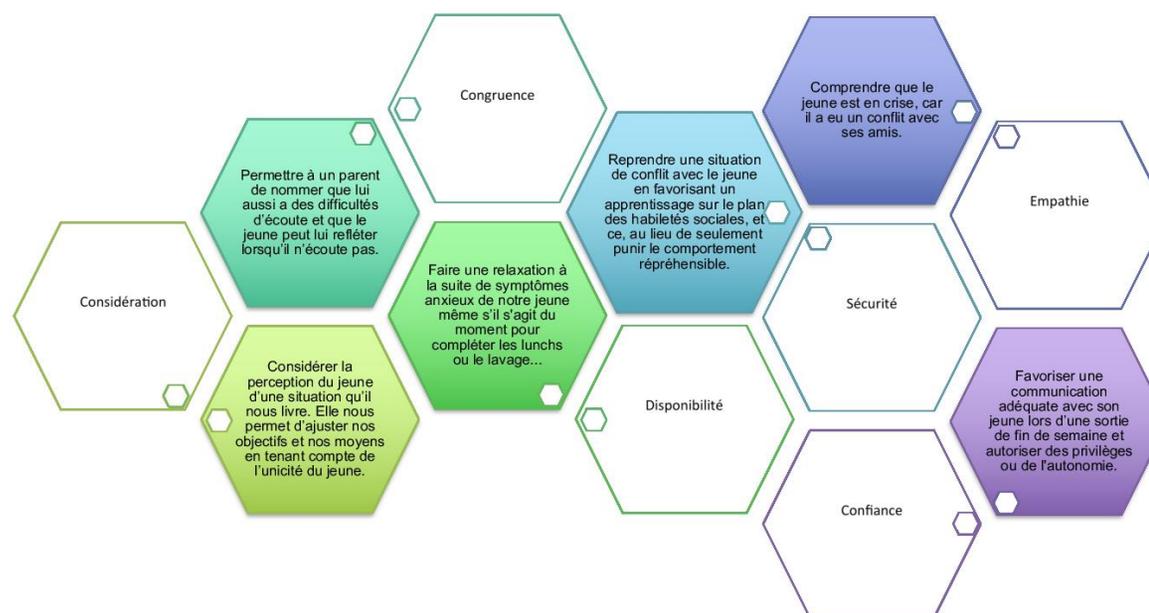
1— Favoriser des attitudes positives par rapport au TOC

Dans cette rencontre, il est question du **savoir-être** (qui correspond à un savoir-faire relationnel, c'est-à-dire adopter les comportements et les attitudes attendus dans une situation donnée) du parent.

Nous vous présentons six **attitudes relationnelles**¹²; leurs définitions, comment ils jouent un rôle dans le vécu partagé avec votre jeune et comment ces attitudes sont une valeur ajoutée pour favoriser l'atteinte des objectifs du programme parental.

Exercice 7.1 Le casse-tête des attitudes relationnelles

Voici les 6 attitudes relationnelles : veuillez associer chacune des définitions suivantes avec un exemple s'y rapportant.



CONSIGNE →Après avoir lu les définitions de chacune des attitudes mentionnées, veuillez noter à l'aide de l'échelle suivante le degré de difficulté ou de facilité à laquelle chaque attitude se rapporte à vous :

A) La considération

La considération est basée sur un respect inconditionnel qui permet aux parents d'attribuer une valeur d'être unique au jeune et d'établir une relation d'égal à égal. Le parent considère que le jeune possède suffisamment de **ressources** pour faire face à ses difficultés. Il accepte l'enfant tel qu'il est sans faire constamment référence à ce qu'il voudrait qu'il soit. Le **respect de l'enfant** dans son individualité et son unicité est important.



B) La sécurité

La sécurité est un **ensemble d'attitudes** présentes chez le parent qui permet de gérer une situation avec ses éléments de dangers physiques ou psychologiques, tout en conservant son intégrité et en ayant l'énergie nécessaire pour saisir dans la réalité les éléments susceptibles d'aider l'enfant à trouver un certain bien-être.



C) La confiance

La confiance est l'attitude qui procure au parent un **sentiment d'assurance et d'espoir** qui lui permet de se fier au jeune et de croire en sa force, son potentiel et ses propres ressources.



D) La disponibilité

La disponibilité est un ensemble d'attitudes qui permet au parent d'oublier son propre bien-être pour partager avec l'enfant un moment de son vécu, reconnaître ses besoins et pour créer les conditions favorables pour y répondre.



E) La congruence

La congruence est une **attitude d'honnêteté**, un souci d'être vrai et authentique de la part du parent. Le parent tend à être cohérent entre son expérience personnelle, la conscience qu'il a de lui-même et ce qu'il transpose dans le vécu partagé avec son enfant.



F) L'empathie

L'empathie est l'attitude du parent qui permet de sentir ce que vit l'enfant, de comprendre son point de vue et ses agissements. Cette attitude permet l'expression de cette compréhension par des gestes, des attitudes et des paroles.



2— Cibler les attitudes et les comportements consolidant le cycle du TOC ^{3 4 5 6 7 8 9}



Certains auteurs mentionnent qu'en plus de l'**accommodation**, les parents peuvent avoir de nombreuses attitudes et comportements afin de faire face au TOC.

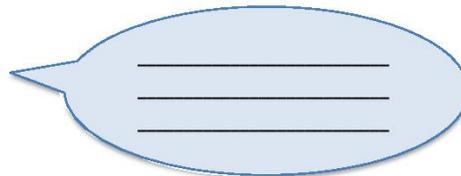
D'une part, certains parents peuvent avoir des **comportements permissifs** pour éviter des crises ou diminuer la détresse, et de **surprotection**. D'autre part, certains parents peuvent vivre de la **détresse**, avoir un **fonctionnement familial perturbé**, de l'**hostilité** et du **blâme** par rapport à leur jeune et son TOC. La détresse et un fonctionnement familial perturbé sont présents chez environ 60 % à 90 % des familles aux prises avec un jeune présentant des symptômes obsessionnels-compulsifs.

QU'EN PENSEZ-VOUS ?

Rencontre 7 – Parents, parlons TOC!

L'hostilité et le blâme sont également associés à la sévérité des symptômes du TOC ainsi qu'à un environnement familial plus critique et moins chaleureux. Alors plus, votre jeune présente des symptômes sévères et plus les parents ont tendance à avoir des réactions d'hostilité et de blâme envers leur jeune. Aussi, les compulsions sont associées à des réponses parentales de blâme et d'hostilité supérieures que les obsessions. En effet, la plupart des parents vont réagir beaucoup plus rapidement aux comportements (compulsions) de leur jeune plutôt qu'à leurs pensées obsessionnelles auxquelles vous n'avez pas toujours accès.

QU'EN PENSEZ-VOUS ?



De plus, la dynamique familiale affective caractérisée par les **émotions négatives exprimées**, les **reproches** fréquents et les **punitions excessives** des parents influence et est associée à des perturbations dans le fonctionnement familial. Il est normal et compréhensible de devenir parfois frustrés en raison des comportements répétitifs ou des rituels et des problèmes associés au TOC de votre jeune. Finalement, certains auteurs ajoutent qu'en général, les parents montrent davantage de difficultés dans les **habiletés de résolution de problèmes** et une **faible confiance** envers leur jeune.

QU'EN PENSEZ-VOUS ?

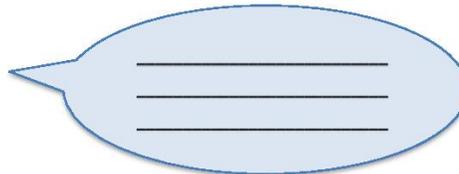
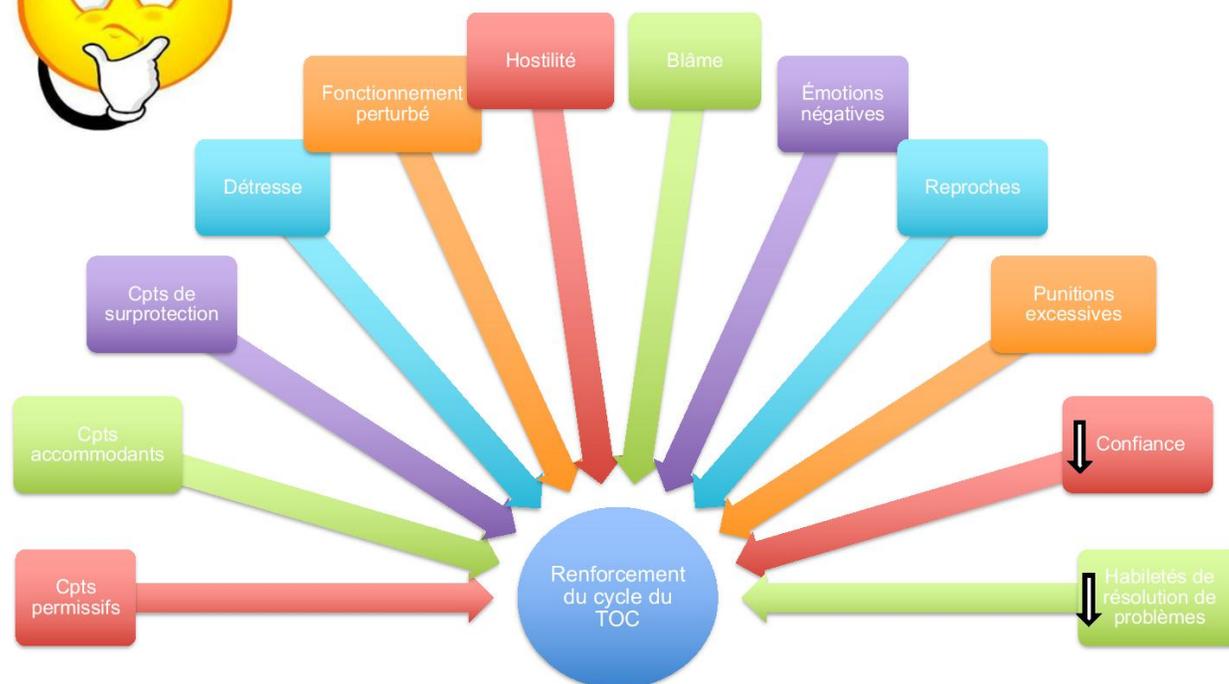




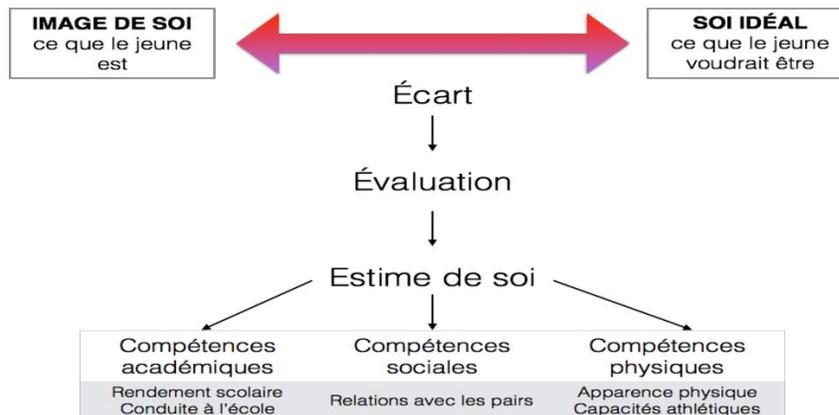
Figure 7.1 : Attitudes et comportements consolidant le cycle du TOC



3— S'exercer à faire du renforcement positif social lorsque l'enfant émet des comportements appropriés

Comme mentionné dans les premières rencontres, le TOC débute par un doute. La plupart des doutes obsessionnels sont dirigés vers l'enfant et ses propres points de repère. Les enfants ayant un TOC vont douter de leurs sens et de leurs capacités. Ainsi, leur estime de soi et leur confiance en soi semblent plus faibles et affectées par le TOC.¹⁰

¹¹ Définition de l'estime de soi (Lawrence, 1988)



Si l'estime de soi d'un jeune est si importante, alors qu'est-ce que vous pouvez faire comme parents pour l'améliorer ou la préserver ?

1. Montrer du respect pour ses émotions et ses sentiments (VALIDER)
2. Offrir la chance de prendre une décision (OFFRIR DU POUVOIR)
3. Donner la chance de résoudre un problème par lui-même (AUTONOMISATION)

=

Le jeune augmente sa confiance et son estime de soi.

Certainement, complimenter son jeune peut aider à améliorer son estime de soi. Cependant, complimenter son enfant peut être une chose délicate et provoquer des réactions non attendues ou non désirées.

EXEMPLE → un doute, de la colère, de la honte, une gêne, des sources de conflits.

Rencontre 7 – Parents, parlons TOC!

Exercice 7.2 Quelle est votre réaction ?¹²

Veillez lire chacune des situations et décrivez votre réaction interne (sentiments, émotions, pensées) face aux compliments reçus dans les situations suivantes.

Situation 1

Vous recevez un invité non attendu pour souper. Vous n'avez que 5 minutes avant son arrivée. Vous vous dépêchez de faire chauffer une crème de poulet à laquelle vous ajoutez des morceaux de poulet, et vous servez le tout sur du riz blanc. Les cannes de crème de poulet sont encore sur le comptoir de la cuisine lors du repas.

Votre invité dit : « Tu es tellement un bon cuisinier ! Je n'ai jamais mangé une aussi bonne crème faite maison. »

Votre réaction interne (sentiments, émotions, pensées) :

Situation 2

Vous venez tout juste d'apprendre que le directeur général de votre entreprise sera là dans quelques minutes. Vous vous dépêchez d'essuyer les traces de café, de passer un linge sur les meubles et de mettre un parfum en aérosol dans le bureau.

Votre collègue approche et dit : « Wow ! Ton bureau est toujours propre. »

Votre réaction interne (sentiments, émotions, pensées) :

Les problèmes des compliments

Vous avez peut-être découvert quelques « problèmes » avec les compliments. À travers, les réactions et les sentiments positifs peuvent survenir d'autres pensées critiques ou négatives.

- ⇒ Se faire complimenter peut vous faire douter de la sincérité du compliment parce que vous même vous n'y croyez pas. (Par exemple : « Si mon invité pense que je suis un bon cuisinier, peut-être qu'elle ment ou alors elle ne connaît rien à la bonne nourriture. »)
- ⇒ Se faire complimenter peut vous inciter à faire du déni. (Par exemple : « Toujours propre !... Il aurait dû me voir il y a 30 secondes. »)
- ⇒ Se faire complimenter peut être menaçant. (Par exemple : « Mais de quoi je vais avoir l'air à la prochaine rencontre ? »)
- ⇒ Se faire complimenter peut nous forcer à nous concentrer sur nos faiblesses. (Par exemple : « Un esprit brillant ? Est-ce que c'est une blague ? Je ne suis même pas capable de comprendre comment ajouter une colonne dans le tableau. »)
- ⇒ Se faire complimenter peut créer de l'anxiété et interférer avec une activité. (Par exemple, « Je ne serai jamais capable de frapper la balle encore comme ça. Maintenant, je suis vraiment crispé. »)
- ⇒ Se faire complimenter peut aussi être perçu comme de la manipulation. (Par exemple : « Qu'est-ce que cette personne veut de moi ? »)



Pourtant, il ne faut pas cesser de complimenter nos enfants, mais plutôt savoir quand et comment étant donné les répercussions sur leur estime de soi.

Les compliments aidants

Les compliments qui sont aidants viennent habituellement en deux phases :

1. Le parent décrit avec appréciation ce qu'il ou elle voit ou ressent.
2. Le jeune, après avoir entendu la description, est capable de se complimenter lui-même.

Au lieu d'évaluer de manière générale : « Très bien... » « Wow, c'est super beau ! »

- A. Décrire ce que vous voyez.
- B. Décrire ce que vous ressentez.
- C. Résumer le comportement souhaitable et bien fait du jeune avec un mot.

Exemples :

« Je vois un plancher propre, un lit fait et les livres rangés dans la bibliothèque. »

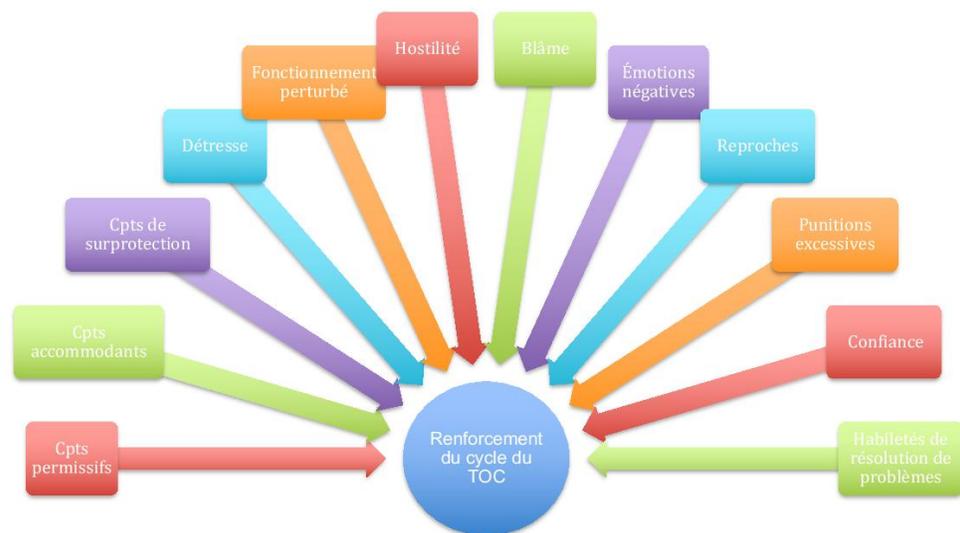
« C'est un plaisir de marcher à travers cette pièce. »

« Tu as rangé tes Lego, des autos, tes animaux de ferme et tu les as séparés dans des boîtes. C'est ce que j'appelle de l'organisation. »

À MÉMORISER ? QUOI RETENIR ?



Attitudes et comportements consolidant le cycle du TOC



Complimentez votre jeune = Augmenter son estime de soi

Les compliments qui sont aidants viennent habituellement selon cette recette :

- Décrire ce que vous voyez.
- Décrire ce que vous ressentez.
- Résumer le comportement souhaitable et bien fait du jeune avec un mot.

Rencontre 7 – Parents, parlons TOC!

À FAIRE À LA MAISON



Exercice 7.3

1. Une qualité que j'aime à propos de mon jeune :

2. Quelque chose qu'il ou elle a bien fait dernièrement et que j'ai apprécié et que je ne lui ai pas mentionné :

3. Qu'est-ce que je pourrais lui dire pour montrer mon appréciation en utilisant les habiletés de complimenter de manière précise et détaillée ? :

Références

1. Beaudoin, M. (2007). *Intervention psychoéducatrice de réadaptation en milieu familial*. Université du Québec à Trois-Rivières.
2. Gendreau, G. (2001). *Jeunes en difficulté et intervention psychoéducatrice*. Montréal: Éditions sciences et culture.
3. Peris, T. S., Benazon, N., Langley, A., Roblek, T., & Piacentini, J. (2008). Parental attitudes, beliefs, and responses to childhood obsessive compulsive disorder: The Parental Attitudes and Behaviors Scale. *Child & Family Behavior Therapy, 30*(3), 199-214.
4. Peris, T. S., Sugar, C. A., Bergman, R. L., Chang, S., Langley, A., & Piacentini, J. (2012). Family factors predict treatment outcome for pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80*(2), 255.
5. Peris, T. S., Bergman, R. L., Langley, A., Chang, S., McCracken, J. T., & Piacentini, J. (2008). Correlates of accommodation of pediatric obsessive-compulsive disorder: parent, child, and family characteristics. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 47*(10), 1173-1181.
6. Renshaw, K. D., Steketee, G., & Chambless, D. L. (2005). Involving family members in the treatment of OCD. *Cognitive Behaviour Therapy, 34*(3), 164-175.
7. Piacentini, J., Bergman, R. L., Keller, M., & McCracken, J. (2003). Functional impairment in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Journal of child and adolescent psychopharmacology, 13*(2, Supplement 1), 61-69.
8. Calvocoressi, L., Lewis, B., Harris, M., & Trufan, S. J. (1995). Family accommodation in obsessive-compulsive disorder. *The American Journal of Psychiatry, 152*(3), 441.
9. Chambless, D. L., & Steketee, G. (1999). Expressed emotion and behavior therapy outcome: A prospective study with obsessive-compulsive and agoraphobic outpatients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*(5), 658.
10. Aardema, F., Moulding, R., Radomsky, A. S., Doron, G., Allamby, J., & Souki, E. (2013). Fear of self and obsessionality: Development and validation of the Fear of Self Questionnaire. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders, 2*(3), 306-315.
11. Lawrence, D. (1988). *Enhancing self-esteem in the classroom*: Pine Forge Press.
12. Faber, A., Mazlish, E., Coe, K. A., Faber, J., & Roy, R. (2012). *Parler pour que les enfants écoutent, écouter pour que les enfants parlent*: Aux Editions du Phare, Chapitre 5, p.224, 225, 226, 237 et 238.

Rencontre 7 – Parents, parlons TOC!

Rencontre 8

La communication

OBJECTIFS DE LA RENCONTRE

1. Définir les composantes de la communication (recevoir et émettre)
2. Enseigner des stratégies de communication empathique et saine



RETOUR SUR LA RENCONTRE PRÉCÉDENTE

- ✓ Résumé de la semaine dernière
 - *Est-ce qu'il s'est passé quelque chose que vous voudriez aborder durant la dernière semaine ?*
 - *Quels ont été les principaux conflits ou difficultés cette semaine en lien avec le TOC ?*
- ✓ Retour sur les attitudes et les comportements consolidant le TOC
 - *Avez-vous remarqué des attitudes et comportements que vous aviez cette semaine que nous n'avons pas abordés ?*
- ✓ Retour sur l'exercice 7.3.
 - *Quelle est la qualité que vous aimez à propos de votre jeune ?*
 - *Qu'est-ce que vous pourriez lui dire pour montrer votre appréciation en utilisant les habiletés de complimenter de manière précise et détaillée ?*



CONTENU = SAVIEZ-VOUS QUE ?

1— Définir les composantes de la communication ¹

Depuis notre naissance, la communication fait partie intégrante de notre vie. Par conséquent, cela peut sembler futile de résumer les principes de bases d'une communication empathique et saine. Cependant, savoir trouver les mots et poser les bons gestes peut être difficile lorsque des situations stressantes et envahissantes surviennent. La prochaine section résume les principaux points afin de favoriser une communication empathique et saine.

Selon vous et dans vos mots, qu'est-ce que la communication ?

Selon vous et dans vos mots, quelles sont les répercussions d'une mauvaise communication ?

1.1 Pourquoi enseigner les habiletés de communication aux parents ?

L'enseignement d'habiletés pour la communication est indispensable pour les parents de jeunes présentant des difficultés en lien avec le TOC. La faiblesse de la communication avec les parents est le facteur, parmi tous les facteurs sociaux, qui prédit le mieux la **persistance des problématiques** de santé mentale, de la délinquance et des troubles graves et répétitifs du comportement. Par conséquent, une bonne communication est un facteur de protection.

1.2 Définitions de la communication

1.2a Définition générale

Action de communiquer et d'échanger avec quelqu'un, en général, par le langage (p. ex., verbalement). Bref, tout commence par se parler et s'écouter mutuellement les uns et les autres.

Rencontre 8 – Parents, parlons TOC!

1.2 b Définition de la communication en contexte d'intervention

La communication se définit par tout acte ou série d'actes prenant la forme de gestes, de mimiques, de paroles et d'écrits en vue d'échanger avec le jeune. C'est **échanger des informations** pour tenter de redéfinir ensemble une situation visée, ajuster ou remettre en question des comportements ou des attitudes, tout cela pour agir sur le jeune.

1.3 Les deux parties de la communication

Dans la communication, il y a toujours un **émetteur** (celui qui parle) et un **récepteur** (celui qui écoute). Vous vous trouvez autant dans les 2 situations. Nous allons donc travailler les habiletés d'écoute ainsi que les habiletés verbales. Nous voulons amener le parent à utiliser dans ses différentes sphères de vie ces deux sphères, soit : « Comment bien écouter ? RECEVOIR » et « Comment bien parler ? ÉMETTRE ». Les deux rôles (émetteur/récepteur) sont tout aussi importants.



En matière d'intervention, nous n'avons pas toujours la vérité absolue ! Sachez que si vous croyez avoir fait une erreur de communication avec votre jeune, un retour sur cette situation en admettant, par exemple, une erreur de votre part peut avoir de nombreuses conséquences positives. En plus de montrer un exemple d'authenticité à votre jeune, cela lui apprend à adopter une communication saine et empathique même lorsque la situation est plus délicate.



1.4 La recette pour bien écouter

- 1) Je fais un pas de recul.
- 2) J'identifie si je suis disponible à l'écoute (**Filtres de l'écoute**).
- 3) Je tourne mon corps vers mon jeune qui parle.
- 4) Je regarde mon jeune qui parle.
- 5) Je montre par des gestes mon intérêt : faire un signe de tête, être attentif, ne pas faire autre chose en même temps.
- 6) J'attends mon tour pour parler sans interrompre le jeune et sans préparer ma réplique !

1.5. Qu'est-ce qui m'empêche de bien écouter ? :

LES FILTRES DE L'ÉCOUTE

Lorsque nous écoutons quelqu'un, nous ne retenons pas tout ce que nous entendons. Nous enregistrons certaines informations et nous en laissons passer d'autres ou nous les déformons à cause de nos attentes, de nos besoins, de nos désirs, de nos attitudes, de nos croyances, de notre humeur, de notre personnalité, de la situation, etc.

Pour chacun des filtres d'écoute suivants, trouvez et échangez des exemples à l'aide du thérapeute caractérisant ce type de filtre :

La situation	Ma personnalité	Mes humeurs	Mes attentes	Mes désirs	Mes besoins	Mes croyances
Le bruit Le danger La chaleur	Suis-je ? Distrait Impulsif Rêveur	Mon état d'âme	Ce que je veux... Ce que ça devrait être...	J'aimerais J'ai hâte	J'ai soif, Faim Besoin d'attention	Mon intérêt Mes valeurs

10. Écoutez-vous votre jeune même si vous prévoyez ce qui va être dit ?	
11. Êtes-vous patient(e) pendant la discussion ?	
12. Si votre jeune hésite, l'encouragez-vous toujours à continuer ?	
13. Encouragez-vous votre jeune à parler par des sourires ou des signes de tête ?	
14. Laissez-vous votre jeune terminer sans lui couper la parole ?	
15. Percevez-vous les sentiments cachés de votre jeune ?	
16. Respectez-vous les idées et les opinions de votre jeune ?	
17. Pouvez-vous demeurer calme même si votre jeune est enragé ou excité ?	
18. Faites-vous un résumé de ce qui est dit pendant la discussion ?	

1.6 La recette pour bien parler

1) Utilisez le « je »

Impliquez-vous. Lorsque votre jeune vous demande si vous avez envie d'aller marcher et que vous répondez : « oui, on peut » ou « pourquoi pas », vous évitez de vous positionner. Soyez plus assertifs : « Oui, j'ai envie d'aller marcher, ça va me changer les idées ». Ou bien : « Je n'ai pas envie d'aller marcher pour ne pas me coucher trop tard ». Ou encore : « Je n'ai pas d'envie particulière. Si ça te fait plaisir d'aller marcher, je t'accompagne ». Essayez de communiquer vos sentiments.

2) Exprimez des opinions et des demandes précises

Si vous dites : « On perd notre temps à t'aider à faire des rituels », vous ne donnez pas beaucoup d'indications sur votre ressenti ni sur votre désir. En disant : « C'est la troisième fois que je t'aide à faire tes rituels et je perds une demi-heure de mon temps. Je suis embêté, car j'ai beaucoup de travail en ce moment et ces retards me font perdre un temps précieux. Que penses-tu si nous utilisons un cadran pour gérer le temps des rituels ? »... Vous vous montrez plus concrets, plus précis, plus constructifs. Exprimez une idée à la fois. Il faut identifier une règle, puis la formuler explicitement.

3) Soyez attentif aux messages corporels

Une grande partie des messages passent de manière non verbale. Votre jeune sera très sensible à votre regard, vos mimiques, la position de votre corps, et l'amplitude de vos mouvements. Le corps dit parfois l'inverse de ce que disent les mots. Une bonne communication implique un regard. Il est conseillé de regarder votre jeune dans les yeux. Le sourire, quant à lui, reste un allié universel. Les gestes de la main et du corps viendront soutenir votre discours.

4) Demandez l'opinion du jeune.

Pour ce faire je peux **susciter la discussion**. Optez pour les **questions ouvertes** plutôt que les questions fermées qui laissent moins d'espace à la discussion. Si vous demandez : « Est-ce que tu as aimé ce spectacle ? », votre jeune risque de répondre par oui ou par non. Ce qui mène la discussion à une impasse. Si vous interrogez : « Qu'est-ce qui t'a plu dans ce spectacle ? », vous ouvrez la porte à la discussion.

5) Réconciliez-vous avec les silences

Ce n'est pas parce qu'un blanc se produit dans une conversation que votre jeune ne veut plus parler. Essayez de laisser le temps au jeune de réfléchir. Les silences sont des moments nécessaires.

6) Modulez votre voix

Quelle est l'intensité de votre voix ? Parlez-vous plus fort ou plus faiblement que votre jeune ? L'idéal étant d'atteindre un équilibre entre une voix qui serait trop effacée et une voix qui serait trop imposante. Quel est votre débit ? Parlez-vous lentement ou rapidement ? Sous l'effet du stress ou de la fatigue, certaines personnes seront anesthésiées ou, au contraire, parleront précipitamment comme pour en finir au plus vite. Quelles sont vos intonations ? Pour prendre

conscience de votre voix, rien de tel que d'interroger de tierces personnes. Il est, en effet, difficile de se rendre compte de ses propres tics d'expression et de langage. L'idéal est d'arriver à poser sa voix, de manière affirmée et expressive, mais sans précipitation ni agressivité.

7) Privilégiez les messages positifs

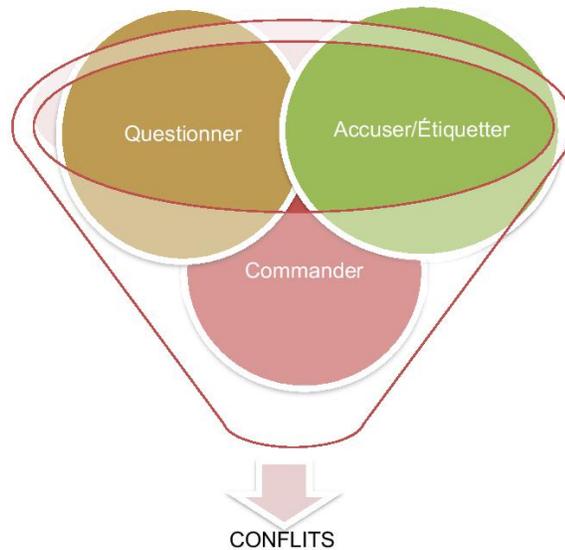
Les gens se tournent volontiers vers les personnes assertives et positives. Il est important aussi de pouvoir accepter un compliment et de l'affection.



L'application de ces outils doit être adaptée aux différentes situations vécues avec votre jeune et à ses capacités personnelles.

1.7 Les 3 pièges à éviter pour bien parler

Dans la communication, nous tombons tous dans des « pièges de communication ». Surtout quand le contenu devient **ÉMOTIF**. Il est important de prendre conscience que nous sommes fragiles et que l'utilisation des « pièges » nous amène à entrer dans le « tunnel à conflits ». Imaginez un tunnel qui débouche inévitablement sur un conflit et toutes les conséquences désagréables qui en résulteraient.



2— Enseigner des stratégies de communication empathique et saine ²

Certaines habiletés peuvent aider non seulement à résoudre les problèmes et à faire diminuer le nombre de conflits, mais également à faciliter la communication. Le prochain objectif de cette rencontre s'insère dans la perspective de donner des moyens aux parents afin d'améliorer l'empathie et la communication avec de leur jeune.

La **réponse empathique** envers les jeunes est rassurante et importante. La présence ou l'écoute des parents est souvent un élément essentiel dans la résolution de problèmes ou de conflits et fait partie intégrante des attitudes positives que cherche à promouvoir ce programme. Les réponses empathiques ne sont pourtant pas faciles à donner.

En lisant les énoncés, essayez de vous imaginer quelles **émotions** ressentiriez ou comment réagiriez-vous si vous étiez un jeune ayant le trouble obsessionnel-compulsif. Selon les obsessions du jeune, certaines paroles peuvent exacerber son anxiété.

1. Blâmer et accuser

« Je suis encore en retard par ta faute! Pourquoi fais-tu toujours ça? Quel est le problème avec toi? Combien de fois dois-je te dire de te dépêcher? Le problème avec toi, c'est que tu n'écoutes jamais! »

En tant que jeune, je me sentirais ...

2. Traiter de noms ou lancer des injures

« Arrête de faire tes tocs, tu es bizarre ou étrange. Tout le monde nous regarde. »
« Tu es contrôlant avec toutes tes règles. »

En tant que jeune, je me sentirais ...

3. Menacer

« Touche la lampe une autre fois et tu vas avoir une conséquence! »
« Si tu ne finis pas de t'habiller dans 1 minute, je compte jusqu'à 3 et je pars sans toi! »

En tant que jeune, je me sentirais ...

4. Commander ou donner des ordres

« Je veux que tu ramasses ta chambre immédiatement ! »
 « Aide-moi à amener l'épicerie, dépêche-toi ! »

En tant que jeune, je me sentirais ...

5. Faire la morale ou sermonner

« Penses-tu que c'était une chose gentille à dire ? Je réalise à quel point les bonnes manières ne sont pas importantes pour toi. Ce que tu dois comprendre, c'est qu'on s'attend à ce que les gens soient polis avec nous, pour qu'on soit poli en retour. On ne dit pas aux autres ce qu'on ne veut pas se faire dire. »

En tant que jeune, je me sentirais...

6. Donner des avertissements

« Attention ! Tu vas te brûler ».
 « Ne monte pas là ! Tu vas tomber ! »
 « Mets ton chandail ou sinon tu vas être malade »

En tant que jeune, je me sentirais ...

7. « Jouer » les martyrs

« Voulez-vous arrêter de crier ? Qu'est-ce que vous essayez de me faire, me rendre malade ? »
 « Vois-tu ces cheveux gris ? Ça, c'est de ta faute, tu m'épuises avec ton TOC. »

En tant que jeune, je me sentirais ...

8. Faire des comparaisons

« Pourquoi tu n'es pas comme ton frère ? Il remet toujours ces travaux à temps, lui ».
« Pourquoi tu n'es pas normal comme les autres enfants ? »

En tant que jeune, je me sentirais ...

9. Faire du sarcasme

« Tu le savais que tu avais un examen demain et tu as laissé ton livre à l'école ? C'était vraiment une chose intelligente à faire ».
« C'est le travail que tu amènes en classe demain ? Eh bien ! Peut-être que ton professeur arrive à lire le chinois ; Pas moi ».

En tant que jeune, je me sentirais ...

10. Faire des prédictions

« Reste égoïste. Tu vas voir, personne ne voudra plus jamais jouer avec toi. Tu n'auras plus d'amis ».
« Tout ce que tu fais, c'est de te plaindre. Tu n'as jamais essayé de t'aider. Je t'imagine dans 10 ans, pris avec les mêmes problèmes et chialer ... »

En tant que jeune, je me sentirais ...

Si en tant qu'adultes, nous éprouvons ces émotions en lisant ces mots sur une page, imaginez ce que le jeune peut ressentir. De plus, il ne faut pas oublier que les jeunes ayant un trouble obsessionnel-compulsif ont une grande sensibilité.

2.1 Les 5 stratégies pour engager la communication et la coopération

Nous aimerions vous partager cinq stratégies utiles pour favoriser la communication et engager la coopération. Ces cinq stratégies ne fonctionneront pas avec tous les jeunes et ne s'apparenteront peut-être pas à votre personnalité. De plus, il faut tenir compte qu'ils ne fonctionneront pas toujours.

Rencontre 8 – Parents, parlons TOC!

Par contre, ce que ces cinq stratégies font, c'est d'instaurer un climat de respect dans lequel l'esprit de coopération grandit et cela rend possible une meilleure résolution de problème (rencontre 6), des attitudes positives (rencontre 7) et une meilleure communication (rencontre 8).

1. Décrire ce que vous voyez ou décrivez le problème
2. Donner de l'information au jeune
3. Dire avec des mots simples, empathiques et doux
4. Parler de ses sentiments
5. Écrire des notes ou un petit mot.



Exercice 8.2

Mise en situation #1 : Vous entrez dans la maison et vous trouvez tous les objets électriques débranchés ou sans batterie. Votre téléphone n'est plus chargé et vous devez changer les heures de tous les appareils de la maison.

A. Écrivez une phrase que vous pourriez dire à votre jeune habituellement.

B. Dans la même situation, démontrez, comment chaque compétence listée ci-haut pourrait être utilisée pour amener la coopération de votre jeune.

1. Décrivez

2. Donnez de l'information

3. Dites-le avec des mots

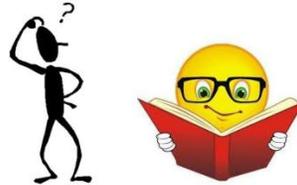
4. Parlez de vos sentiments

5. Écrivez une note.

Vous venez alors d'appliquer les cinq stratégies à une situation.

Rencontre 8 – Parents, parlons TOC!

QUOI RETENIR ?



POURQUOI ENSEIGNER LES HABILITÉS DE COMMUNICATION AUX PARENTS ?

La faiblesse de la communication avec les parents est le facteur, parmi tous les facteurs sociaux, qui prédit le mieux la persistance des problématiques de santé mentale, de la délinquance et des troubles graves et répétitifs du comportement. Il s'agit par ailleurs d'un facteur de protection.

Les deux parties de la communication



LES FILTRES DE L'ÉCOUTE ?

La situation	Ma personnalité	Mes humeurs	Mes attentes	Mes désirs	Mes besoins	Mes croyances
--------------	-----------------	-------------	--------------	------------	-------------	---------------

En résumé : Les 5 stratégies pour engager la coopération

1. Décrire ce que vous voyez ou décrivez le problème
2. Donner de l'information au jeune
3. Dire avec des mots simples, empathiques et doux
4. Parler de ses sentiments
5. Écrire des notes ou un petit mot.

Références

1. Direction de la qualité des services. (2013). *Programme d'aide au développement et à l'apprentissage des habiletés sociales*. Centre jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec Québec. Retrieved from <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/bs2273669>, p. 63, 67, 68,69 et 73.
2. Faber, A., Mazlish, E., Coe, K. A., Faber, J., & Roy, R. (2012). *Parler pour que les enfants écoutent, écouter pour que les enfants parlent*: Aux Editions du Phare, chapitre 2, p. 76-80, 83.

Rencontre 9

La régulation des émotions

OBJECTIFS DE LA RENCONTRE

- 1— Reconnaître ses émotions personnelles et celles des autres
- 2— Enseigner des stratégies de régulation des émotions



RETOUR SUR LA RENCONTRE PRÉCÉDENTE

- ✓ Résumé de la semaine dernière
 - *Est-ce qu'il s'est passé quelque chose que vous voudriez aborder durant la dernière semaine ?*
 - *Quels ont été les principaux conflits ou difficultés cette semaine en lien avec le TOC ?*
- ✓ Retour sur la communication
 - *Avez-vous abordé la communication avec votre jeune cette semaine ?*
 - *Avez-vous remarqué des changements dans votre communication cette semaine ?*

CONTENU = SAVIEZ-VOUS QUE ?



1— Reconnaître ses émotions personnelles et celles des autres ^{1 2}

Gérer et réguler nos propres émotions n'est pas toujours facile même à l'âge adulte. Imaginez alors comment votre jeune peut avoir quelques fois des difficultés à réguler ses émotions. Après avoir pratiqué une méthode de résolution de problème (rencontre 6), la prochaine rencontre s'inscrit également dans la continuité de développer des attitudes positives (objectifs des rencontres 7 sur les attitudes et comportements et 8 sur la communication). Cette rencontre vise à mieux comprendre les émotions, à enseigner des stratégies de régulation des émotions pour vous-même et votre jeune.

Il existe différentes classifications des émotions. Cinq émotions font consensus dans la communauté scientifique comme étant les émotions de base.

Ces émotions sont **la colère, la tristesse, le dégoût, la joie et la peur.**

1.1 DÉFINITIONS LES 5 ÉMOTIONS DE BASE

LA COLÈRE

La colère est un état violent et passager qui résulte de la perception d'avoir été agressé ou offensé. Il s'agit d'un violent mécontentement qui peut se manifester par de l'agressivité.



Rencontre 9 – Parents, parlons TOC!

LA TRISTESSE

La tristesse est un état de chagrin, de mélancolie. Il s'agit d'un état affectif à la fois pénible, douloureux et calme. Cet état est caractérisé par un envahissement de la conscience par une douleur, une insatisfaction ou par un malaise.



LE DÉGOÛT

Le dégoût est une répugnance, une répulsion ou une aversion provoquée par quelque chose ou quelqu'un.



LA PEUR

La peur est un état qui accompagne la prise de conscience d'un danger ou d'une menace, que l'une ou l'autre soit réelle ou imaginée. Dans une situation précise, la peur prend diverses formes de l'inquiétude à l'alarme, de la crainte à la frayeur.



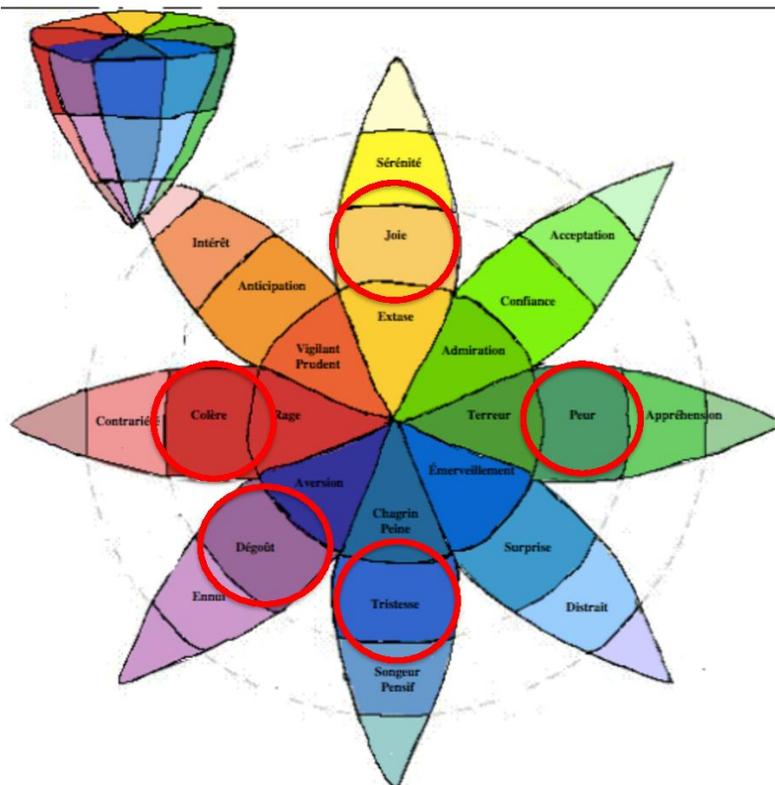
LA JOIE

La joie est un état de satisfaction, limité dans le temps, qui est éprouvé par une personne dont une acquisition ou un désir est réalisé. Cet état se manifeste par de la gaieté et de la bonne humeur.



1.2 La fleur des émotions ³

Il serait réducteur de baser l'enseignement de la régulation des émotions uniquement sur ces 5 émotions de base. La réalité humaine étant beaucoup plus complexe. Il existe une variété d'émotions différentes. Ekman, en 1992, a tenté de représenter la complexité et la profondeur des émotions en la représentant par une fleur (la fleur des émotions). En outre, elle débute en son centre par les 5 émotions de base et se complexifie afin de représenter 24 émotions différentes. Par ailleurs, chaque pétale représente le continuum entre certaines émotions. La figure ci-dessous représente la panoplie d'émotions que vous et votre jeune pouvez vivre.

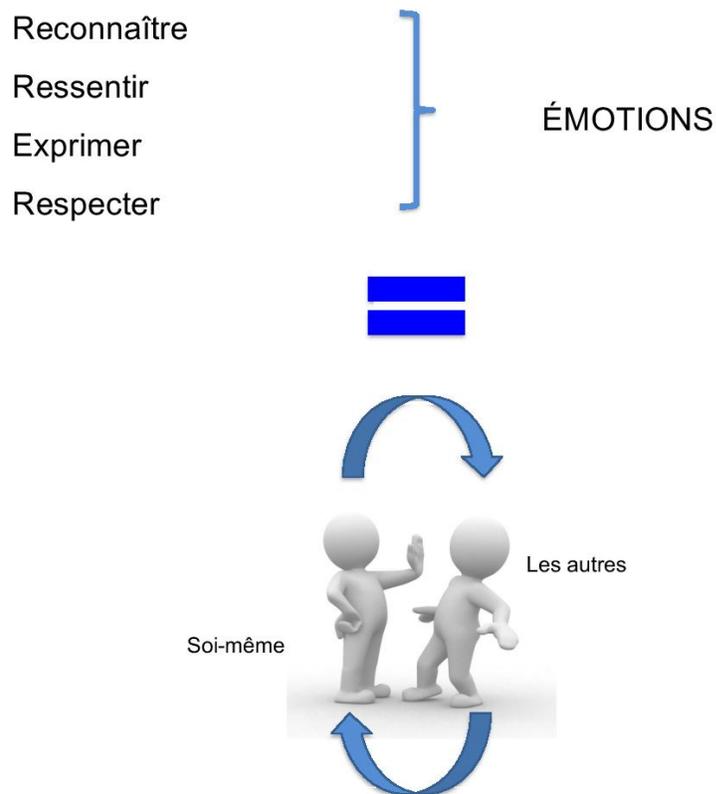


1.3 Processus de régulation des émotions ²

Les émotions ont des fonctions propres à eux. Nous avons parfois la croyance que les émotions surviennent seulement en réaction à quelque chose. Cependant, elles peuvent également être utilisées comme des outils.

Le même concept vu à la rencontre 8 (communication) comprenant les notions d'émetteur et de récepteur peut être généralisé aux émotions. En effet, nos propres émotions ont des répercussions sur les autres. Tout comme, les émotions des autres ont des répercussions sur nous-mêmes.

La prochaine figure montre cette influence des émotions et leurs différentes fonctions.



1.4 « Comment exprimer mon émotion ? »

Nous connaissons maintenant les 5 émotions de base et leurs fonctions. La prochaine partie vise à approfondir comment exprimer ses émotions. Nous voulons maintenant vous amener en tant que parents à mieux percevoir, ressentir et exprimer les émotions vécues par vous-même et par votre jeune. Ainsi, cette prise de conscience du pouvoir des émotions facilitera l'application de plusieurs concepts vus dans les rencontres précédentes.

- 1) Je fais un **pas de recul**.
- 2) Je me concentre sur mes **sensations physiques**.
- 3) **J'identifie l'émotion** que je vis.
- 4) Je pense aux **différentes façons d'exprimer** mon émotion.
- 5) Je **choisis la meilleure façon**.
- 6) **J'exprime** mon émotion.

1.5 EXPRESSION DES ÉMOTIONS : LES 5 PIÈGES

Il est difficile d'exprimer ses émotions clairement et de façon non ambiguë. Nous craignons de nous faire rejeter ou de faire rire de soi. Souvent, les personnes expriment leurs émotions en utilisant l'un des cinq pièges. Ce faisant, la communication peut être brouillée. Pour exprimer adéquatement ses émotions, 5 pièges sont à éviter.

1. Étiqueter ou crier des injures

À ne pas faire	À faire
« Tu es agressif, égocentrique, mal éduqué ».	« Quand tu m'interromps, ça me frustre ».

2. Commander ou donner des ordres

À ne pas faire	À faire
« Tais-toi » « Arrête de poser des questions ».	« Je suis blessé par ce que tu viens de dire ». « Je suis embêté par tes questions ».

3. Accuser

À ne pas faire	À faire
« Tu te fous de nous ». « Tu n'es pas correct ». « Tu veux tout contrôler ».	« Quand tu ne me prêtes pas attention, je me sens délaissé ». « Je n'aime pas ce que tu fais »

4. Questionner

À ne pas faire	À faire
« Qu'est-ce que tu fais avec des amis de même » ?	« Je suis inquiète de te voir avec des amis qui ne te respectent pas ».

5. Ironiser

À ne pas faire	À faire
« Je suis contente que tu arrives à temps » (à la manière sarcastique). « Une chance que tu écoutes ».	« Tu es en retard et, à cause de cela, on n'a pas encore commencé à manger et ça m'irrite ! ».

2— Enseigner des stratégies de régulation des émotions ⁴

Il y a des connexions directes entre comment les jeunes se sentent et comment ils agissent. La plupart du temps, quand les jeunes se sentent bien, ils vont agir correctement.

Alors, la question est :

Comment pouvons-nous aider les jeunes à se sentir bien ?

=

En acceptant leurs émotions ou leurs sentiments.

UN PEU DE PRATIQUE...



Exercice 9.1 Mise en situation ⁴

Pour bien comprendre ce que les jeunes peuvent ressentir, voici une courte mise en situation :

Imaginez que vous êtes au travail. Votre patron arrive dans votre bureau et vous demande de faire un rapport supplémentaire pour lui. Il veut que le rapport soit achevé d'ici la fin de la journée. Vous voulez le faire immédiatement, mais à cause de plusieurs urgences imprévues, vous oubliez complètement celui-ci. La journée est complètement folle, vous n'avez même pas eu le temps de manger votre lunch. Comme vous vous apprêtez à quitter le bureau, votre patron apparaît dans le cadre de porte et vous demande où est le rapport. Rapidement, vous tentez de lui expliquer que vous avez été occupé aujourd'hui. Il vous interrompt immédiatement. Avec une voix bruyante et choquée, il vous crie : « Je ne suis pas intéressé à entendre tes excuses. Pourquoi tu crois que je te paye ? Pour travailler et faire des rapports. » Comme vous ouvrez la bouche pour parler, il dit : « Enregistre ton travail et quitte le bureau immédiatement, je ne veux plus te voir. » Vous finissez de ramasser vos choses et quittez le bureau. En vous rendant à la maison, vous croisez une amie et elle tente de vous aider de 8 manières différentes.

Pour chacune des réponses possibles de votre amie, écrivez ci-dessous ce que vous ressentez :

1. « Il n'y a pas de raison pour être si fâché. C'est stupide de se sentir comme ça. Tu es probablement juste fatigué et ta réaction est sur proportionnée. Ça ne peut pas être aussi mal que tu le décris. Allez, souris... Tu as l'air tellement bien quand tu souris. »

Votre réaction :

À quoi consiste ce type de réponse : Déni des émotions ou sentiments

2. « Écoute, la vie est comme ça. Les choses ne se déroulent pas toujours comme nous voulons. Tu dois apprendre à prendre les choses comme elles viennent. Dans ce monde, rien n'est parfait. »

Votre réaction :

À quoi consiste ce type de réponse : La réponse philosophique

Rencontre 9 – Parents, parlons TOC!

3. «Tu sais ce que je pense que tu devrais faire ? Demain matin, va directement dans le bureau de ton patron et dit : "Écoute, j'avais tort". Après, assis toi et finis la tâche que tu as négligée aujourd'hui. Ne te laisse pas piéger par ces petites urgences qui arrivent. Et si tu es intelligent et que tu veux garder ta job, tu vas t'assurer que cela n'arrive pas encore.»

Votre réaction :

À quoi consiste ce type de réponse : **Le conseil**

4. «Quelles étaient exactement ces urgences que tu avais qui t'ont fait oublier une requête de ton patron ? Tu n'avais pas réalisé qu'il serait en colère si tu n'accomplissais pas la tâche immédiatement ? Est-ce que ça arrive souvent ? Est-ce que c'était déjà arrivé avant ? Pourquoi ne l'as-tu pas suivi lorsqu'il a quitté la pièce pour tenter de lui expliquer la situation encore ?»

Votre réaction :

À quoi consiste ce type de réponse : **Les questions**

5. Je peux comprendre la réaction de ton patron. Il est probablement sous une terrible pression. Tu es chanceux qu'il ne perd pas patience plus souvent.»

Votre réaction :

À quoi consiste ce type de réponse : **La défense de l'autre personne**

6. «Oh, pauvre toi ! C'est terrible ! Je suis désolé pour toi, je pourrais me mettre à pleurer. »

Votre réaction :

À quoi consiste ce type de réponse : **La pitié**

7. Est-ce que cela ne t'est jamais venu à l'esprit que la vraie raison pour laquelle tu étais si fâché par la situation est que ton employeur représente une figure paternelle dans ta vie ? Enfant, tu étais probablement inquiet de déplaire à ton père, et quand ton patron t'a crié après, cela t'a ramené en arrière dans tes peurs primaires de rejet. »

Votre réaction :

À quoi consiste ce type de réponse : L'amateur de psychanalyse

8. « Oh c'est une dure expérience. Être sujet à une attaque comme ça en avant d'autres personnes, spécialement après avoir été sous autant de pression doit avoir été très difficile à prendre. »

Votre réaction :

À quoi consiste ce type de réponse : La réponse empathique

2.1 Comment aider les jeunes avec leurs émotions/sentiments ? ⁴

Si notre attitude n'est pas une attitude de compassion, alors tout ce que nous allons dire peut être expérimenté par le jeune comme une menace ou une manipulation.

1. Écoutez-les avec beaucoup d'attention.
2. Prenez conscience des émotions/sentiments avec un mot : « Ohh »...
« Mmm »... « Je vois »... « Je comprends »...
3. Donnez aux émotions/sentiments un nom.
4. Créer une histoire fantaisiste autour de l'émotion/sentiment.

Parmi ces quatre habitudes, le plus difficile est sans doute d'écouter avec une attention complète et de donner un nom à l'émotion ou aux sentiments. Cela prend de la pratique et de la concentration pour être capable de voir à l'intérieur et au travers de ce qu'un jeune dit pour identifier ce qu'il ressent. Cela dit, il est important que nous donnions aux jeunes un vocabulaire pour leur réalité intérieure. Une fois qu'ils ont les mots pour ce qu'ils expérimentent, ils vont commencer à pouvoir mieux gérer leurs émotions et sentiments.

QUOI RETENIR ?

Les émotions de base sont **la colère, la tristesse, le dégoût, la joie et la peur**

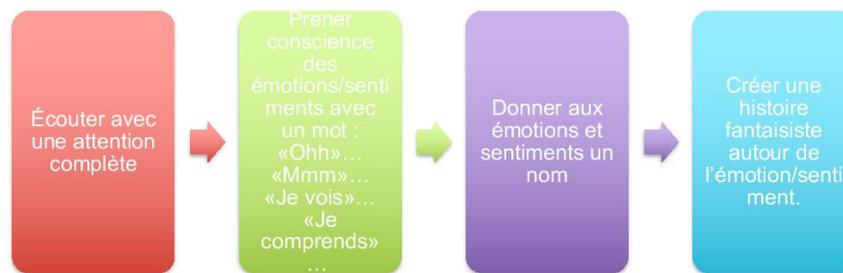
Les 5 pièges à éviter :

1. **Étiqueter ou crier des injures**
2. **Commander ou donner des ordres**
3. **Accuser**
4. **Questionner**
5. **Ironiser**

Comment pouvons-nous aider les jeunes à se sentir bien

=

En acceptant leurs émotions ou leurs sentiments.

**Références :**

1. Peris, T. S., Sugar, C. A., Bergman, R. L., Chang, S., Langlely, A., & Piacentini, J. (2012). Family factors predict treatment outcome for pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80*(2), 255.
2. Direction de la qualité des services. (2013). *Programme d'aide au développement et à l'apprentissage des habiletés sociales*. Centre jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec Québec. Retrieved from <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/bs2273669>
3. Ekman, P. (1992). An argument for basic emotions. *Cognition & emotion, 6*(3-4), 169-200.
4. Faber, A., Mazlish, E., Coe, K. A., Faber, J., & Roy, R. (2012). *Parler pour que les enfants écoutent, écouter pour que les enfants parlent* : Aux éditions du Phare, chapitre 1, p.23-27 et 47.

Rencontre 9 – Parents, parlons TOC!

Rencontre 10

Autonomie du jeune et bilan des apprentissages

OBJECTIFS DE LA RENCONTRE

1. Encourager les parents à favoriser l'autonomie de leur enfant
2. Résumer les apprentissages.



RETOUR SUR LA RENCONTRE PRÉCÉDENTE

- ✓ Résumé de la semaine dernière
 - *Est-ce qu'il s'est passé quelque chose que vous voudriez aborder durant la dernière semaine ?*
 - *Quels ont été les principaux conflits ou difficultés cette semaine en lien avec le TOC ?*
- ✓ Retour sur la régulation des émotions
 - *Avez-vous abordé les émotions avec votre jeune cette semaine ?*
 - *Avez-vous remarqué des changements dans votre expression et gestion des émotions cette semaine ?*

CONTENU = SAVIEZ-VOUS QUE ?



1— Encourager l'autonomie du jeune

Beaucoup de livres sur l'autonomie des jeunes prétendent qu'un des buts les plus importants comme parent est d'aider les jeunes à se séparer de nous, de les aider à devenir des individus indépendants qui vont un jour être capables de fonctionner de leurs propres moyens sans nous.

Comment pouvons-nous les aider à devenir des personnes séparées et indépendantes ?

=

En leur permettant de faire des choses par eux-mêmes, en leur permettant de gérer leurs propres problèmes, en les laissant faire leurs propres erreurs, etc.

UN PEU DE PRATIQUE...**Exercice 10.1.****Comment encourager l'autonomie du jeune ? ¹**

Veillez s'il vous plait lire les prochaines phrases et écrivez votre réaction émotionnelle et/ou comportementale si quelqu'un vous disait ces phrases :

Vous êtes un adulte. Au courant de la journée, vous entendez vos parents d'un certain âge vous dire :

« Ce n'est pas nécessaire pour toi d'apprendre à conduire un jour. Je suis beaucoup trop nerveux à propos du risque d'accident. Je vais être heureux de te conduire, peu importe où tu veux aller, et ce pour toute la vie. Tout ce que tu as à faire est de demander... »

Votre réaction :

5. Vous êtes un citoyen du Canada. Au courant d'une rencontre publique, vous entendez un premier ministre étranger annoncer :

« Puisque votre nation est toujours dans ses tous débuts et qu'elle est non-développée, vos besoins sont inconnus et non essentiels. Nous allons vous envoyer des experts et du matériel pour vous montrer comment faire fonctionner les fermes, les écoles, les entreprises et votre gouvernement. Nous allons également envoyer des professionnels dans vos familles qui vont vous aider à réduire votre taux de naissance. »

Votre réaction :

Il est probablement juste de dire que vous ne voudriez pas en tant que parent que votre jeune ressente les sentiments que vous avez écrits ci-haut. Par ailleurs, les propos des situations précédentes ne font aucun sens et sont incohérents. Le but des mises en situation était de vous faire ressentir la

privation d'autonomie. Lorsque les gens sont placés dans des positions de dépendance, ils ressentent habituellement de l'impuissance, un sentiment d'inutilité, du ressentiment, de la frustration et de la colère.

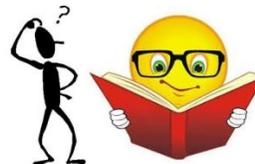
Est-ce qu'il y a des façons de minimiser les sentiments de dépendance de votre jeune ? Est-ce qu'il y a des façons de les aider à devenir des humains responsables qui sont capables de fonctionner par leurs propres moyens ? Heureusement, des opportunités pour encourager l'autonomie des jeunes se présentent tous les jours. Voici quelques habiletés spécifiques qui permettent d'aider le jeune à développer son autonomie.

Encourager l'autonomie du jeune : 6 réponses à privilégier ²

<p>1. Laisser le jeune faire des choix ou un faux choix (perception de choix). « Est-ce que tu veux mettre tes pantalons gris ou rouge ? » « Est-ce que tu souhaites manger du poulet ou du bœuf ? »</p>
<p>2. Montrer du respect pour les difficultés du jeune. « Un pot de confiture peut être difficile à ouvrir. Parfois, il faut le passer sous l'eau tiède pour pouvoir l'ouvrir. »</p>
<p>3. Ne posez pas trop de questions. « Contente de te voir. Bon retour de l'école. »</p>
<p>4. Ne vous pressez pas à répondre aux questions du jeune. « C'est une question intéressante. Qu'en penses-tu ? » « Tu connais la réponse à cette question... Fais-toi confiance ! »</p>
<p>5. Encourager les jeunes à utiliser des sources extérieures à la maison. « Peut-être que le vétérinaire aura une suggestion ? » « Peut-être que tu pourrais vérifier sur le web ? »</p>
<p>6. Ne pas leur faire perdre espoir. « Tu penses auditionner pour la pièce de théâtre. C'est une bonne idée ! Ça va te faire une belle expérience. »</p>

Si vous pensez que les six habiletés que vous venez tout juste de pratiquer ne sont pas les seules à promouvoir l'autonomie de vos enfants, vous avez raison ! En fait, toutes les habiletés étudiées et pratiquées dans ce programme aident vos jeunes à se voir séparés, responsables, indépendants et compétents. Peu importe si nous écoutons leurs sentiments, ou partageons nos propres sentiments avec eux, ou les invitons à nous aider à résoudre un problème, nous encourageons leur autonomie.

2— BILAN DES APPRENTISSAGES



À la suite des rencontres, que comprenez-vous du TOC ?

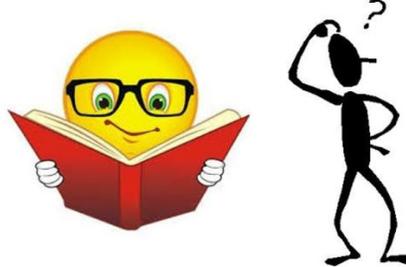
Qu'avez-vous retenu des rencontres ?

Les rencontres ont-elles changé votre perception des symptômes de votre enfant ? De quelles manières ?

RENCONTRE 10 – Autonomie du jeune

Résumé encourager l'autonomie du jeune : 6 réponses à privilégier

1. Laisser le jeune faire des choix.
2. Montrer du respect pour les difficultés du jeune.
3. Ne posez pas trop de questions.
4. Ne vous pressez pas à répondre aux questions du jeune
5. Encourager les jeunes à utiliser des sources extérieures à la maison.
6. Ne pas leur faire perdre espoir.



Références

1. Faber, A., Mazlish, E., Coe, K. A., Faber, J., & Roy, R. (2012). *Parler pour que les enfants écoutent, écouter pour que les enfants parlent* : Aux Éditions du Phare, chapitre 4, p.197.
2. Faber, A., Mazlish, E., Coe, K. A., Faber, J., & Roy, R. (2012). *Parler pour que les enfants écoutent, écouter pour que les enfants parlent* : Aux Éditions du Phare, chapitre 4, p. 177-180.

Rencontre 10 – Parents, parlons TOC!

APPENDICE B

FEUILLES EXPLICATIVES POUR LE THÉRAPEUTE ET L'INTÉGRITÉ DE
TRAITEMENT

Date de la rencontre :
 Parents présents durant la rencontre : Mère / Père
 Rencontre effectuée par :

Durée de la rencontre :
 Numéro des participants :
 Intégrité de traitement effectué par :

Feuille explicative pour le thérapeute / Intégrité de traitement

Rencontre 1 Éducation psychologique au sujet du TOC

Directives : Veuillez s'il vous plaît indiquer les objectifs abordés durant la rencontre en cochant la case appropriée.

Durée	Thérapeute	Intégrité de traitement	Objectifs abordés durant la rencontre	À faire :
10 min	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. Accueillir le ou les parents	1.1 Accueil 1.2 Quelle est votre situation familiale? Situation familiale du parent Membres de la famille Fonctionnement général de la sphère familiale Qualités et forces de la famille
10 min	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Définir les symptômes obsessionnels-compulsifs du jeune	2.1 Retour sur les rencontres d'évaluation. 2.2 Résumer les informations obtenues quant aux symptômes et à l'impact du TOC sur le fonctionnement du jeune.
15 min	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Comprendre les symptômes du TOC	a) TOC ça veut dire quoi? b) Pourquoi on utilise le mot «trouble»? c) Un trouble de santé mentale ne veut pas dire être fou, dérangé ou moins intelligent d) Obsessions e) Émotions difficiles, détresse ou sentiment de malaise f) Compulsion g) Chaîne obsessionnelle

Date de la rencontre :
 Parents présents durant la rencontre : Mère / Père
 Rencontre effectuée par :

Durée de la rencontre :
 Numéro des participants :
 Intégrité de traitement effectué par :

10 min	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Normaliser les symptômes du TOC	a) Quelle est la cause du TOC? b) Le TOC ne fait pas partie de la personnalité c) D'autres personnes souffrent du TOC
10 min	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. Établir une distance émotionnelle par rapport aux comportements liés au TOC	a) Le TOC s'est installé dans la tête du jeune... b) Parler du TOC comme de quelque chose de distinct du jeune
5 min			Quoi retenir? et à faire à la maison	Discuter en famille d'un moment préférable pour faire les exercices.

N.B. Cette rencontre doit être adaptée selon les connaissances de la famille. La clé est l'alliance avec les parents. Nous devons leur donner beaucoup d'espace pour ventiler et discuter de leur perception du TOC.

Section à compléter pour l'intégrité de traitement :

Nombre d'objectifs abordés durant la rencontre : _____ Pourcentage d'objectifs abordés durant la rencontre : _____

Date de la rencontre :
 Parents présents durant la rencontre : Mère / Père
 Rencontre effectuée par :

Durée de la rencontre :
 Numéro des participants :
 Intégrité de traitement effectué par :

Feuille explicative pour le thérapeute / Intégrité de traitement

Rencontre 2 Les comportements TOC et non-TOC

Directives : Veuillez s'il vous plaît indiquer les objectifs abordés durant la rencontre en cochant la case appropriée.

Durée	Thérapeute	Intégrité de traitement	Objectifs abordés durant la rencontre	À faire :
5 min			Retour sur la rencontre précédente	Résumer de la semaine dernière <ul style="list-style-type: none"> • Est-ce qu'il s'est passé quelque chose que le parent voudrait aborder durant la dernière semaine? • Quels ont été les principaux conflits ou difficultés cette semaine en lien avec le TOC? Résumer de la planification/organisation de l'horaire familial
20 min	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. Approfondir le cycle du trouble obsessionnel-compulsif	1.1 Définition du TOC 1.2 Définition des obsessions 1.3 Définition des compulsions 1.4 Présentation du cycle obsessionnel 1.5 Renforcement négatif du TOC

Feuille explicative pour le thérapeute / Intégrité de traitement, RENCONTRE 2, Parents, Parlons TOC!

Date de la rencontre :
 Parents présents durant la rencontre : Mère / Père
 Rencontre effectuée par :

Durée de la rencontre :
 Numéro des participants :
 Intégrité de traitement effectué par :

15 min	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Différencier les comportements TOC et non-TOC en comprenant leur fonction	Exercice 2.1 : Parmi les mises en situation, A, B, C, et D Étape 1 : Effectuer une mise en situation à faire avec les parents Étape 2 : Laisser les parents faire une mise en situation de leur choix Étape 3 : Donner les deux mises en situation restante comme devoir
15 min				Exercice 2.2 : Aider le parent à identifier les obsessions, les compulsions et les comportements non-TOC de son propre jeune. Utiliser l'espace du guide du parent ou un tableau blanc au besoin.
5 min			Quoi retenir? et à faire à la maison	Compléter les 2 mises en situation restantes.

Section à compléter pour l'intégrité de traitement :

Nombre d'objectifs abordés durant la rencontre : _____ Pourcentage d'objectifs abordés durant la rencontre : _____

Date de la rencontre :
 Parents présents durant la rencontre : Mère / Père
 Rencontre effectuée par :

Durée de la rencontre :
 Numéro des participants :
 Intégrité de traitement effectué par :

Corrigé exercice 2.1 Différencier les comportements TOC et non-TOC

Vous pouvez proposer aux parents de faire uniquement 2 mises en situation et laisser les 2 autres mises en situation à faire à la maison. Faire une première mise en situation avec le parent. Le choix des mises en situation est laissé à l'intervenant. Nous conseillons néanmoins de choisir une histoire à travailler lors de la rencontre qui ressemble à l'histoire du jeune pour que le parent puisse faire des liens avec leur propre histoire.

Mise en situation A : Pink – Et si mes mains étaient contaminées? :

«Pink a peur d'avoir les mains sales et contaminées. Le TOC l'oblige à se laver les mains selon des règles précises, au moins 50 fois par jour. Le TOC lui conseille d'éviter de toucher à des choses qui ont l'air sale et que plusieurs personnes ont touchées, comme les poignées de porte, les casiers, les bancs dans l'autobus scolaire ou même son chat Manolo!

Pink nous raconte que ... C'est parce que je passe trop de temps dans la salle de bain le matin pour me préparer. Il y a seulement une salle de bain dans la maison et je retarde tout le monde. Clara, ma sœur, frappe dans la porte pour que je sorte et crie à ma mère de faire quelque chose. Elle a juste à aller se maquiller ailleurs : moi je n'ai pas terminé de me laver les mains! Alors Maman reste avec moi dans la salle de bain et compte à voix haute jusqu'à 30. Je m'assure ainsi que mes mains sont propres car je les ai savonnées pendant 30 secondes. Ensuite, elle m'apporte une nouvelle serviette pour que je m'essuie les mains. Quand je suis chez Papa, c'est plus difficile, parce qu'il ne veut pas m'aider et il ne lave pas les serviettes après chaque utilisation. Le matin, je veux appeler Maman pour qu'elle me rassure. Papa se fâche et moi je fais des grosses crises parce que je veux que Maman compte avec moi au téléphone.

Je lave mes mains au moins 50 fois par jour. Ça me fait mal maintenant parce qu'à force de les frotter, ma peau est devenue toute gercée. À l'école, on me demande souvent pourquoi mes mains sont si rouges. Alors je les cache. J'ai aussi développé des trucs pour ne pas salir mes mains comme de me servir de mes manches pour prendre un livre ou d'attendre que quelqu'un ouvre la porte pour moi. J'ai l'air bizarre, mais c'est plus fort que moi.»

«Pink pense que peut-être que j'ai du pipi sur les mains? Peut-être que j'ai contaminé mes choses? Peut-être que je n'ai pas fait mon rituel de lavage? Peut-être que j'ai mal compté? Peut-être que je n'ai pas frotté le creux de tous mes doigts? Peut-être que j'ai oublié de désinfecter mes mains après avoir enlevé mes vêtements sales?»

Obsessions Compulsions Comportements non-TOC

Feuille explicative pour le thérapeute / Intégrité de traitement, RENCONTRE 2, Parents, Parlons TOC!

Date de la rencontre :
 Parents présents durant la rencontre : Mère / Père
 Rencontre effectuée par :

Durée de la rencontre :
 Numéro des participants :
 Intégrité de traitement effectué par :

Mise en situation B : Bao – Peut-être que je vais exploser et devenir violent?

«Il y a quelques temps, une pensée vraiment dérangeante s'est installée dans la tête de Bao. Il croit qu'il pourrait perdre le contrôle et devenir très violent. À cause de cette pensée, il ne veut plus dormir la nuit. Il fait des crises à répétition. Il s'oppose et se chicane avec ses parents. S'il s'endort, Bao a peur d'attaquer sa petite sœur Lili sans le savoir.

Bao nous raconte... Ma première pensée TOC est arrivée à la récré. Je jouais avec mon ami Albert. On s'amusait bien. On espionnait les filles dans la cour d'école. Tout à coup, en voyant une roche pointue par terre, je me suis imaginé fendre la tête de mon ami avec cette roche : "Bang" ! Comme ça, d'un seul coup! Dans ma tête, j'ai vu Albert tomber par terre, mort. J'ai eu un gros frisson : Cette pensée avait l'air tellement vrai, comme si j'avais envie de le faire. Je ne pouvais pas penser à autre chose. Je ne rigolais plus du tout, mon cœur battait très vite, je tremblais et je ne sentais presque plus mes doigts. Pourtant, je vous jure que je ne voudrais jamais, jamais, jamais, faire une chose comme fendre la tête de mon meilleur ami.

Depuis, j'ai pleins de pensées horribles qui me viennent dans la tête, tous les jours, comme celle que je viens de vous raconter. Alors quand j'ai des pensées, je dois me souvenir en détails de ce qui s'est passé : qu'est-ce que j'ai fait, comme je me sentais, qu'est-ce que je me suis dit? Tout ça pour me prouver que je ne suis pas coupable. Mains plus j'y pense, plus je suis mêlé. À la récréation, je ne veux pas sortir de la classe. Si je croise un autre enfant, je vais me remettre à obséder. Souvent, je me cache dans les toilettes et j'attends que la récré se termine.

Le pire c'est que depuis, je me suis à croire que je pourrais faire du mal à ma petite sœur Lili. Quand je suis avec elle, il y a plein de prises de kung-fu qui me viennent en tête. Je vois en détails le mouvement que j'aurais à faire pour la tuer d'un coup sec ou la paralyser. Ça me fait très peur parce que je ne suis pas capable d'empêcher ces idées de venir dans ma tête.

Alors pourquoi je pense à lui faire du mal? Peut-être que je suis violent? Peut-être que j'ai une nature violente et que j'ai envie de faire du mal à quelqu'un? Peut-être que je vais perdre le contrôle et mettre mes plans violents à exécution? Quand je dors, je n'ai plus de contrôle sur mes pensées, alors je vais peut-être m'en prendre à Lili avant de me réveiller?»

Obsessions [redacted]
 Compulsions [redacted]
 Comportements non-TOC [redacted]

Date de la rencontre :
 Parents présents durant la rencontre : Mère / Père
 Rencontre effectuée par :

Durée de la rencontre :
 Numéro des participants :
 Intégrité de traitement effectué par :

Mise en situation C : Azalée – Peut-être que mes pensées portent malheur?

«Depuis qu'Azalée a regardé Le Seigneur des anneaux, elle est très souvent dérangée par l'image de Gollum qui apparaît dans sa tête sans sa permission. Azalée est incapable d'empêcher cette pensée d'entrer dans sa tête. Et si c'était une malédiction? Azalée a peur d'être porteur de malheur. Alors elle fait des rituels pour annuler la malchance, comme de répéter ses actions 5 fois et de retenir son souffle quand elle marche.

Azalée nous raconte ... Des fois, j'ai peur de devenir folle. Parce que je n'arrive pas à me débarrasser de l'image de Gollum. J'ai peur que cette image porte malchance. Alors quand je pense à Gollum, je dois faire un rituel pour empêcher qu'il arrive un malheur à ma famille. Je ne dois pas faire d'erreur en faisant mon rituel, parce que sinon, quelque chose de terrible pourrait arriver par ma faute.

Hier, ma mère est venue me chercher à mon cours de piano. Quand je l'ai vue arriver, l'image de Gollum est apparue dans ma tête. Pour éviter qu'un malheur n'arrive à ma mère, le TOC me dit de recommencer 5 fois mon action et de retenir ma respiration en marchant. J'ai rejoué mon morceau de piano 5 fois même si le cours était terminé ce qui a mis tout le monde en colère. Alors Azalée s'est opposée à quitter le cours de piano, elle s'est mise à pleurer et à injurier sa mère et le prof de piano.

En arrivant à la maison, mes frères jouaient au hockey dehors dans la rue. J'ai pensé à Gollum en sortant de la voiture. Et devine ce que le TOC m'as dit? "Si tu ne refermes pas la porte de la voiture 5 fois en retenant ton souffle, il pourrait arriver malheur à tes frères". Je doute que peut-être que lorsque l'image de Gollum apparaît dans ma tête, c'est un signe qu'un malheur va arriver? Si je n'arrive pas à empêcher Gollum d'entrer dans ma tête, c'est peut-être parce qu'il essaie de m'ensorceler? Peut-être que mon rituel n'est pas assez puissant pour annuler les mauvais sorts? Peut-être que j'ai mal fait mon rituel et qu'un malheur arrivera par ma faute? »

Obsessions [REDACTED]

Compulsions [REDACTED]

Comportements non-TOC [REDACTED]

Date de la rencontre :
 Parents présents durant la rencontre : Mère / Père
 Rencontre effectuée par :

Durée de la rencontre :
 Numéro des participants :
 Intégrité de traitement effectué par :

Mise en situation D : Gaillard – Et si j’avais fait une erreur?

«Gaillard a peur de faire une erreur : dans ses devoirs, dans les tâches qu’il fait à la maison et même quand il parle. Gaillard travaille très fort, car le TOC lui demande de recommencer ce qu’il fait jusqu’à ce que ce soit parfait. Par exemple, quand il range ses vêtements, il doit faire des piles exactement de la même grosseur et les placer par couleur, comme si c’était une vitrine de magasin de mode. Quand il écrit, il doit repasser sur les lettres et les retracer pour qu’elles soient super bien écrites. C’est long! Le TOC fait croire à Gaillard qu’on pourrait ne pas comprendre ce qu’il dit ou ce qu’il écrit. Alors il doit utiliser le mot exact quand il parle et il essaie de prononcer ses phrases parfaitement. Malgré tout, Gaillard se demande tout le temps s’il a dit la bonne chose. Souvent, il appelle sa mère pour qu’elle le rassure.

Gaillard nous raconte ... Depuis que j’ai commencé le secondaire, j’ai tellement de travail à faire. Je passe toutes mes soirées à faire mes devoirs et à étudier. Je finis vers minuit le soir. Ça me prend au moins 2 heures pour écrire au propre une composition d’une demi-page. Je dois m’assurer que toutes mes lettres sont parfaitement écrites, sinon le professeur pourrait ne pas être capable de comprendre mon écriture et j’aurais zéro.

Souvent, je me lève à 5h du matin pour relire mes cahiers d’exercices. J’ai toujours l’impression d’avoir oublié quelque chose d’important. À l’école, je reste en classe après le cours pour poser des questions au prof. Je dois m’assurer que j’ai bien noté toutes les consignes. Je fais souvent des crises d’anxiété. Je panique et je pleurs.

Quand j’arrive à la maison, je me demande encore si je fais le bon devoir. Peut-être que je n’ai pas noté le bon exercice de maths à faire? Peut-être qu’on devait écrire un texte de 6 pages et non de 2 pages? Alors je trouve un ami qui est en ligne à l’ordinateur pour lui demander des précisions. Dimanche soir, j’ai parlé à 8 amis différents pour vérifier les consignes. Quelques fois, j’appelle même ma mère pour lui demander si elle pensait que j’avais l’air con. Je lui raconte les situations pour être sûre qu’elle me comprenne et me rassure.

Depuis l’âge de 9 ans, ma tâche est de vider le lave-vaisselle. Avant ça me prenait 10 minutes, maintenant ça me prend 45 minutes. Je dois placer toutes les tasses, les assiettes et les ustensiles à égale distance, avec les motifs de la vaisselle alignés en avant. Autrement, c’est laid et je dois recommencer. Parfois, maman m’aide à aller plus vite. Lorsque c’est terminé, je demande à Papa si tout est en ordre. Je passe beaucoup de temps à la maison à plier mes vêtements et replacer tous mes objets dans ma chambre. Quand tout est en ordre, enfin, je me sens mieux. Parfois, j’empêche mes autres membres de la famille d’aller aux activités.

Je doute que peut-être que j’ai mal compris? Peut-être que mon texte est mal écrit? Peut-être que j’ai oublié de lire une page? Peut-être que je n’ai pas dit la bonne chose? Peut-être que mes choses sont mal placées? Peut-être que mes vêtements sont mal pliés?»

Obsessions Compulsions Comportements non-TOC

Date de la rencontre :
 Parents présents durant la rencontre : Mère / Père
 Rencontre effectuée par :

Durée de la rencontre :
 Numéro des participants :
 Intégrité de traitement effectué par :

Feuille explicative pour le thérapeute / Intégrité de traitement

Rencontre 3 La séquence obsessionnelle

Directives : Veuillez s'il vous plaît indiquer les objectifs abordés durant la rencontre en cochant la case appropriée.

Durée	Thérapeute	Intégrité de traitement	Objectifs abordés durant la rencontre	À faire :
5 min			Retour sur la rencontre précédente	Résumé de la semaine dernière <ul style="list-style-type: none"> • Est-ce qu'il s'est passé quelque chose que vous voudriez aborder durant la dernière semaine? • Quels ont été les principaux conflits ou difficultés cette semaine en lien avec le TOC? Résumé des définitions <ul style="list-style-type: none"> • Obsession • Compulsion • Comportement non-TOC Retour sur l'exercice 2.1 et les deux mises en situation non-complétées
15 min	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. Comprendre le rôle du doute obsessionnel	1.1 Qu'est-ce que le doute obsessionnel? 1.2 Les compulsions commencent toujours avec le doute obsessionnel 1.3 Tous les symptômes suivent le doute

Feuille explicative pour le thérapeute / Intégrité de traitement, RENCONTRE 3, Parents, Parlons TOC!

Date de la rencontre :
 Parents présents durant la rencontre : Mère / Père
 Rencontre effectuée par :

Durée de la rencontre :
 Numéro des participants :
 Intégrité de traitement effectué par :

10 min	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Comprendre la séquence obsessionnelle	2.1 Les déclencheurs = situations internes ou externes 2.2 Le doute obsessionnel 2.3 Les conséquences anticipées du doute 2.4 Anxiété ou inconfort 2.5 Les compulsions 2.6 La séquence obsessionnel personnelle de votre jeune
10 min	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Cibler les obsessions et les doutes obsessionnels	Exercice 3.1 Identifier les doutes obsessionnels. Étape 1 : Effectuer une mise en situation à faire avec les parents Étape 2 : Laisser les parents faire une mise en situation de leur choix Étape 3 : Donner les deux mises en situation restante comme devoir
15 min				Exercice 3.2 Quelle est la séquence obsessionnel de votre jeune? Étape 1 : Compléter les exemples de séquence obsessionnelle
5 min			Quoi retenir? et à faire à la maison	Compléter les deux mises en situation de l'exercice 3.1 Compléter l'exercice 3.3. QUIZ

Section à compléter pour l'intégrité de traitement :

Nombre d'objectifs abordés durant la rencontre : _____ Pourcentage d'objectifs abordés durant la rencontre : _____

Feuille explicative pour le thérapeute / Intégrité de traitement, RENCONTRE 3, Parents, Parlons TOC!

Date de la rencontre :
 Parents présents durant la rencontre : Mère / Père
 Rencontre effectuée par :

Durée de la rencontre :
 Numéro des participants :
 Intégrité de traitement effectué par :

Corrigé exercice 3.1 Identifier les doutes obsessionnelles

Comme suggéré à la rencontre 2, vous pouvez choisir deux exercices qui se rapportent plus aux obsessions et compulsions de l'enfant et laisser les deux autres exercices à faire à la maison. Cela vous évitera de manquer de temps à la fin de la rencontre.

À la rencontre précédente, 4 mises en situation vous ont été présentées. Veuillez lire attentivement ces mises en situation.

Pink – Et si mes mains étaient contaminées? :

«Pink a peur d'avoir les mains sales et contaminées. Le TOC l'oblige à se laver les mains selon des règles précises, au moins 50 fois par jour. Le TOC lui conseille d'éviter de toucher à des choses qui ont l'air sale et que plusieurs personnes ont touchées, comme les poignées de porte, les casiers, les bancs dans l'autobus scolaire ou même son chat Manolo! Pink nous raconte que ... À l'automne dernier, Maman m'a amenée voir le médecin parce qu'elle trouvait que je n'allais pas bien et ne savait pas comment m'aider. Le Docteur m'a dit que j'ai un TOC. C'est parce que je passe trop de temps dans la salle de bain le matin pour me préparer. Il y a seulement une salle de bain dans la maison et je retarde tout le monde. Clara, ma sœur, frappe dans la porte pour que je sorte et crie à ma mère de faire quelque chose. Elle a juste à aller se maquiller ailleurs : moi je n'ai pas terminé de me laver les mains! Alors Maman reste avec moi dans la salle de bain et compte à voix haute jusqu'à 30. Je m'assure ainsi que mes mains sont propres car je les ai savonnées pendant 30 secondes. Ensuite, elle m'apporte une nouvelle serviette pour que je m'essuie les mains.

Quand je suis chez Papa, c'est plus difficile, parce qu'il ne veut pas m'aider et il ne lave pas les serviettes après chaque utilisation. Le matin, je veux appeler Maman pour qu'elle me rassure. Papa se fâche et moi je fais des grosses crises parce que je veux que Maman compte avec moi au téléphone.

Je lave mes mains au moins 50 fois par jour. Ça me fait mal maintenant parce qu'à force de les frotter, ma peau est devenue toute gercée. À l'école, on me demande souvent pourquoi mes mains sont si rouges. Alors je les cache. J'ai aussi développé des trucs pour ne pas salir mes mains comme de me servir de mes manches pour prendre un livre ou d'attendre que quelqu'un ouvre la porte pour moi. J'ai l'air bizarre, mais c'est plus fort que moi.»

«Voici les doutes de Pink : Peut-être que j'ai du pipi sur les mains? Peut-être que j'ai contaminé mes choses? Peut-être que j'ai fait mon rituel de lavage? Peut-être que j'ai mal compté? Peut-être que je n'ai pas frotté le creux de tous mes doigts? Peut-être que j'ai oublié de désinfecter mes mains après avoir enlevé mes vêtements sales?»

Feuille explicative pour le thérapeute / Intégrité de traitement, RENCONTRE 3, Parents, Parlons TOC!

Date de la rencontre :
 Parents présents durant la rencontre : Mère / Père
 Rencontre effectuée par :

Durée de la rencontre :
 Numéro des participants :
 Intégrité de traitement effectué par :

BAO – Peut-être que je vais exploser et devenir violent?

«Il y a quelques temps, une pensée vraiment dérangeante s'est installée dans la tête de Bao. Il croit qu'il pourrait perdre le contrôle et devenir très violent. À cause de cette pensée, il ne veut plus dormir la nuit. Il fait des crises à répétition. Il s'oppose et se chicane avec ses parents. S'il s'endort, Bao a peur d'attaquer sa petite sœur Lili sans le savoir.

Bao nous raconte... Ma première pensée TOC est arrivée à la récré. Je jouais avec mon ami Albert. On s'amusait bien. On espionnait les filles dans la cour d'école : moi, j'étais James Bond et mon ami, c'était Sherlock Holmes.

Tout à coup, en voyant une roche pointue par terre, je me suis imaginé fendre la tête de mon ami avec cette roche : "Bang" ! Comme ça, d'un seul coup! Dans ma tête, j'ai vu Albert tomber par terre, mort. J'ai eu un gros frisson : Cette pensée avait l'air tellement vrai, comme si j'avais envie de le faire. Je ne pouvais pas penser à autre chose. Je ne rigolais plus du tout, mon cœur battait très vite, je tremblais et je ne sentais presque plus mes doigts. On aurait dit que j'allais exploser. Pourtant, je vous jure que je ne voudrais jamais, jamais, jamais, faire une chose comme fendre la tête de mon meilleur ami.

Ça c'était l'an passé. Depuis, j'ai pleins de pensées horribles qui me viennent dans la tête, tous les jours, comme celle que je viens de vous raconter. Alors quand j'ai des pensées, je dois me souvenir en détails de ce qui s'est passé : qu'est-ce que j'ai fait, comme je me sentais, qu'est-ce que je me suis dit? Tout ça pour me prouver que je ne suis pas coupable. Mains plus j'y pense, plus je suis mêlé.

À la récréation, je ne veux pas sortir de la classe. Si je croise un autre enfant, je vais me remettre à obséder. Souvent, je me cache dans les toilettes et j'attends que la récré se termine.

Le pire c'est que depuis, je me suis à croire que je pourrais faire du mal à ma petite sœur Lili. Quand je suis avec elle, il y a plein de prises de kung-fu qui me viennent en tête. Je vois en détails le mouvement que j'aurais à faire pour la tuer d'un coup sec ou la paralyser. Ça me fait très peur parce que je ne suis pas capable d'empêcher ces idées de venir dans ma tête.

Alors pourquoi je pense à lui faire du mal? Peut-être que je suis violent? Peut-être que comme Hulk, je vais me transformer et devenir très méchant? Peut-être que j'ai une nature violente et que j'ai envie de faire du mal à quelqu'un? Peut-être que je vais perdre le contrôle et mettre mes plans violents à exécution? Quand je dors, je n'ai plus de contrôle sur mes pensées, alors je vais peut-être m'en prendre à Lili avant de me réveiller?»

Date de la rencontre :
 Parents présents durant la rencontre : Mère / Père
 Rencontre effectuée par :

Durée de la rencontre :
 Numéro des participants :
 Intégrité de traitement effectué par :

Azalée – Peut-être que mes pensées portent malheur?

«Depuis qu'Azalée a regardé Le Seigneur des anneaux, elle est très souvent dérangée par l'image de Gollum qui apparait dans sa tête sans sa permission. Azalée est incapable d'empêcher cette pensée d'entrer dans sa tête. Et si c'était une malédiction? Azalée a peur d'être porteur de malheur. Alors elle fait des rituels pour annuler la malchance, comme de répéter ses actions 5 fois et de retenir son souffle quand elle marche.

Azalée nous raconte ... Des fois, j'ai peur de devenir folle. Parce que je n'arrive pas à me débarrasser de l'image de Gollum. J'ai peur que cette image porte malchance. Alors quand je pense à Gollum, je dois faire un rituel pour empêcher qu'il arrive un malheur à ma famille. Je ne dois pas faire d'erreur en faisant mon rituel, parce que sinon, quelque chose de terrible pourrait arriver par ma faute.

Hier, ma mère est venue me chercher à mon cours de piano. Quand je l'ai vue arriver, l'image de Gollum est apparue dans ma tête. Pour éviter qu'un malheur n'arrive à ma mère, le TOC me dit de recommencer 5 fois mon action et de retenir ma respiration en marchant. J'ai rejoué mon morceau de piano 5 fois même si le cours était terminé ce qui a mis tout le monde en colère. Alors Azalée s'est opposée à quitter le cours de piano, elle s'est mise à pleurer et à injurier sa mère et le prof de piano.

En arrivant à la maison, mes frères jouaient au hockey dehors dans la rue. J'ai pensé à Gollum en sortant de la voiture. Et devine ce que le TOC m'as dit? "Si tu ne refermes pas la porte de la voiture 5 fois en retenant ton souffle, il pourrait arriver malheur à tes frères". Je doute que peut-être que lorsque l'image de Gollum apparaît dans ma tête, c'est un signe qu'un malheur va arriver? Si je n'arrive pas à empêcher Gollum d'entrer dans ma tête, c'est peut-être parce qu'il essaie de m'ensorceler? Peut-être que mon rituel n'est pas assez puissant pour annuler les mauvais sorts? Peut-être que j'ai mal fait mon rituel et qu'un malheur arrivera par ma faute? »

Date de la rencontre :
 Parents présents durant la rencontre : Mère / Père
 Rencontre effectuée par :

Durée de la rencontre :
 Numéro des participants :
 Intégrité de traitement effectué par :

Gaillard – Et si j'avais fait une erreur?

«Gaillard a peur de faire une erreur : dans ses devoirs, dans les tâches qu'il fait à la maison et même quand il parle. Gaillard travaille très fort, car le TOC lui demande de recommencer ce qu'il fait jusqu'à ce que ce soit parfait. Par exemple, quand il range ses vêtements, il doit faire des piles exactement de la même grosseur et les placer par couleur, comme si c'était une vitrine de magasin de mode. Quand il écrit, il doit repasser sur les lettres et les retracer pour qu'elles soient super bien écrites. C'est long! Le TOC fait croire à Gaillard qu'on pourrait ne pas comprendre ce qu'il dit ou ce qu'il écrit. Alors il doit utiliser le mot exact quand il parle et il essaie de prononcer ses phrases parfaitement. Malgré tout, Gaillard se demande tout le temps s'il a dit la bonne chose. Souvent, il appelle sa mère pour qu'elle le rassure.

Gaillard nous raconte ... Depuis que j'ai commencé le secondaire, j'ai tellement de travail à faire. Je passe toutes mes soirées à faire mes devoirs et à étudier. Je finis vers minuit le soir. Ça me prend au moins 2 heures pour écrire au propre une composition d'une demi-page. Je dois m'assurer que toutes mes lettres sont parfaitement écrites, sinon le professeur pourrait ne pas être capable de comprendre mon écriture et j'aurais zéro.

Souvent, je me lève à 5h du matin pour relire mes cahiers d'exercices. J'ai toujours l'impression d'avoir oublié quelque chose d'important. À l'école, je reste en classe après le cours pour poser des questions au prof. Je dois m'assurer que j'ai bien noté toutes les consignes. Je fais souvent des crises d'anxiété. Je panique et je pleurs.

Quand j'arrive à la maison, je me demande encore si je fais le bon devoir. Peut-être que je n'ai pas noté le bon exercice de maths à faire? Peut-être qu'on devait écrire un texte de 6 pages et non de 2 pages? Alors je trouve un ami qui est en ligne à l'ordinateur pour lui demander des précisions. Dimanche soir, j'ai parlé à 8 amis différents pour vérifier les consignes. Quelques fois, j'appelle même ma mère pour lui demander si elle pensait que j'avais l'air con. Je lui raconte les situations pour être sûre qu'elle me comprenne et me rassure.

Depuis l'âge de 9 ans, ma tâche est de vider le lave-vaisselle. Avant ça me prenait 10 minutes, maintenant ça me prend 45 minutes. Je dois placer toutes les tasses, les assiettes et les ustensiles à égale distance, avec les motifs de la vaisselle alignés en avant. Autrement, c'est laid et je dois recommencer. Parfois, maman m'aide à aller plus vite. Lorsque c'est terminé, je demande à Papa si tout est en ordre. Je passe beaucoup de temps à la maison à plier mes vêtements et replacer tous mes objets dans ma chambre. Quand tout est en ordre, enfin, je me sens mieux. Parfois, j'empêche les autres membres de la famille d'aller aux activités.

Je doute que peut-être que j'ai mal compris? Peut-être que mon texte est mal écrit? Peut-être que j'ai oublié de lire une page? Peut-être que je n'ai pas dit la bonne chose? Peut-être que mes choses sont mal placées? Peut-être que mes vêtements sont mal pliés?»

Date de la rencontre :
 Parents présents durant la rencontre : Mère / Père
 Rencontre effectuée par :

Durée de la rencontre :
 Numéro des participants :
 Intégrité de traitement effectué par :

Feuille explicative pour le thérapeute / Intégrité de traitement

Rencontre 4 Les répercussions du TOC

Directives : Veuillez s'il vous plaît indiquer les objectifs abordés durant la rencontre en cochant la case appropriée.

Durée	Thérapeute	Intégrité de traitement	Objectifs abordés durant la rencontre	À faire :
5 min			Retour sur la rencontre précédente	Résumer de la semaine dernière <ul style="list-style-type: none"> • Est-ce qu'il s'est passé quelque chose que le parent voudrait aborder durant la dernière semaine? • Quels ont été les principaux conflits ou difficultés cette semaine en lien avec le TOC? Retour sur l'exercice 3.1, mises en situation sur les doutes obsessionnels Retour sur les séquences obsessionnelles Retour sur le QUIZ
20 min	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. Identifier les répercussions du TOC dans la vie du jeune selon les parents	Exercice 4.1 Identifier les répercussions du TOC en général Présenter le résumé <ul style="list-style-type: none"> 1.1 Perturbations dans le fonctionnement social du jeune 1.2 Perturbations dans le fonctionnement scolaire du jeune

Date de la rencontre :
 Parents présents durant la rencontre : Mère / Père
 Rencontre effectuée par :

Durée de la rencontre :
 Numéro des participants :
 Intégrité de traitement effectué par :

15 min	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Identifier les répercussions du TOC dans la vie familiale	2.1 Perturbations dans le fonctionnement familial 2.2. L'accommodation familiale 2.3 Les attitudes et les comportements des parents 2.4. Les conflits dans les relations familiales Exercice 4.2 : Quelles sont les répercussions du TOC au sein de votre famille et chez votre jeune?
15 min	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Utiliser l'intervention systémique de la famille pour comprendre le rôle de la famille dans le cycle du TOC	Exercice 4.3 : Schéma d'intervention systémique avec les familles
5 min			Quoi retenir? et à faire à la maison	Résumé des répercussions les plus fréquentes Complétez l'exercice 4.3 : Schéma d'intervention systémique de la famille

Section à compléter pour l'intégrité de traitement :

Nombre d'objectifs abordés durant la rencontre : _____ Pourcentage d'objectifs abordés durant la rencontre : _____

Date de la rencontre :
 Parents présents durant la rencontre : Mère / Père
 Rencontre effectuée par :

Durée de la rencontre :
 Numéro des participants :
 Intégrité de traitement effectué par :

Feuille explicative pour le thérapeute / Intégrité de traitement

Rencontre 5 L'accommodation familiale

Directives : Veuillez s'il vous plaît indiquer les objectifs abordés durant la rencontre en cochant la case appropriée.

Durée	Thérapeute	Intégrité de traitement	Objectifs abordés durant la rencontre	À faire :
5 min			Retour sur la rencontre précédente	Résumer de la semaine dernière <ul style="list-style-type: none"> Est-ce qu'il s'est passé quelque chose que le parent voudrait aborder durant la dernière semaine? Quels ont été les principaux conflits ou difficultés cette semaine en lien avec le TOC? Retour sur l'exercice 4.3. comment utiliser l'intervention systémique de la famille
10 min	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. Définir l'accommodation familiale	1.1 L'accommodation familiale 1.2 Le renforcement négatif du TOC par l'entremise de l'accommodation familiale
15 min	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Identifier les comportements d'accommodation de la famille	Exercice 5.1 : Identifier les comportements d'accommodations familiales a) Pink B) Gaillard Exercice 5.2 : Identifier les comportements d'accommodation familiale dans votre famille

Date de la rencontre :
 Parents présents durant la rencontre : Mère / Père
 Rencontre effectuée par :

Durée de la rencontre :
 Numéro des participants :
 Intégrité de traitement effectué par :

15 min	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Trouver des comportements alternatifs	<p>Comment modifie-t-on un comportement d'accommodation familiale?</p> <p>Exercice 5.3 Identifier les comportements alternatifs à l'accommodation familiale</p>
5 min			Quoi retenir? et à faire à la maison	<p>Faire un retour avec le jeune sur l'accommodation familiale : expliquer au jeune une courte définition, vous pouvez également lui demander son avis sur ce comportement.</p> <p>Essayer cette semaine avec l'aide de l'exercice 5.2, d'identifier des séquences obsessionnelles où vous effectuez de l'accommodation familiale.</p> <p>Faire un remue-méninge avec votre jeune de l'exercice 5.3 sur identifier des comportements alternatifs à l'accommodation familiale.</p>

Section à compléter pour l'intégrité de traitement :

Nombre d'objectifs abordés durant la rencontre : _____ Pourcentage d'objectifs abordés durant la rencontre : _____

Date de la rencontre :
 Parents présents durant la rencontre : Mère / Père
 Rencontre effectuée par :

Durée de la rencontre :
 Numéro des participants :
 Intégrité de traitement effectué par :

Corrigé exercice 5.1

A) Pink – Et si mes mains étaient contaminées? :

«Pink a peur d'avoir les mains sales et contaminées. Le TOC l'oblige à se laver les mains selon des règles précises, au moins 50 fois par jour. Le TOC lui conseille d'éviter de toucher à des choses qui ont l'air sale et que plusieurs personnes ont touchées, comme les poignées de porte, les casiers, les bancs dans l'autobus scolaire ou même son chat Manolo!

Pink nous raconte que ... À l'automne dernier, Maman m'a amenée voir le médecin parce qu'elle trouvait que je n'allais pas bien et ne savait pas comment m'aider. Le Docteur m'a dit que j'ai un TOC.

C'est parce que je passe trop de temps dans la salle de bain le matin pour me préparer. Il y a seulement une salle de bain dans la maison et je retarde tout le monde. Clara, ma sœur, frappe dans la porte pour que je sorte et crie à ma mère de faire quelque chose. Elle a juste à aller se maquiller ailleurs : moi je n'ai pas terminé de me laver les mains! Alors Maman reste avec moi dans la salle de bain et compte à voix haute jusqu'à 30. Je m'assure ainsi que mes mains sont propres car je les ai savonnées pendant 30 secondes. Ensuite, elle m'apporte une nouvelle serviette pour que je m'essuie les mains.

Quand je suis chez Papa, c'est plus difficile, parce qu'il ne veut pas m'aider et il ne lave pas les serviettes après chaque utilisation. Le matin, je veux appeler Maman pour qu'elle me rassure. Papa se fâche et moi je fais des grosses crises parce que je veux que Maman compte avec moi au téléphone.

Je lave mes mains au moins 50 fois par jour. Ça me fait mal maintenant parce qu'à force de les frotter, ma peau est devenue toute gercée. À l'école, on me demande souvent pourquoi mes mains sont si rouges. Alors je les cache. J'ai aussi développé des trucs pour ne pas salir mes mains comme de me servir de mes manches pour prendre un livre ou d'attendre que quelqu'un ouvre la porte pour moi. J'ai l'air bizarre, mais c'est plus fort que moi.»

B) Gaillard – Et si j'avais fait une erreur?

«Gaillard a peur de faire une erreur : dans ses devoirs, dans les tâches qu'il fait à la maison et même quand il parle. Gaillard travaille très fort, car le TOC lui demande de recommencer ce qu'il fait jusqu'à ce que ce soit parfait. Par exemple, quand il range ses vêtements, il doit faire des piles exactement de la même grosseur et les placer par couleur, comme si c'était une vitrine de magasin de mode. Quand il écrit, il doit repasser sur les lettres et les retracer pour qu'elles soient super bien écrites. C'est long! Le TOC fait croire à Gaillard qu'on pourrait ne pas comprendre ce qu'il dit ou ce qu'il

Date de la rencontre :
 Parents présents durant la rencontre : Mère / Père
 Rencontre effectuée par :

Durée de la rencontre :
 Numéro des participants :
 Intégrité de traitement effectué par :

écrit. Alors il doit utiliser le mot exact quand il parle et il essaie de prononcer ses phrases parfaitement. Malgré tout, Gaillard se demande tout le temps s'il a dit la bonne chose. Souvent, il appelle sa mère pour qu'elle le rassure.

Gaillard nous raconte ... Depuis que j'ai commencé le secondaire, j'ai tellement de travail à faire. Je passe toutes mes soirées à faire mes devoirs et à étudier. Je finis vers minuit le soir. Ça me prend au moins 2 heures pour écrire au propre une composition d'une demi-page. Je dois m'assurer que toutes mes lettres sont parfaitement écrites, sinon le professeur pourrait ne pas être capable de comprendre mon écriture et j'aurais zéro.

Souvent, je me lève à 5h du matin pour relire mes cahiers d'exercices. J'ai toujours l'impression d'avoir oublié quelque chose d'important. À l'école, je reste en classe après le cours pour poser des questions au prof. Je dois m'assurer que j'ai bien noté toutes les consignes. Je fais souvent des crises d'anxiété. Je panique et je pleurs.

Quand j'arrive à la maison, je me demande encore si je fais le bon devoir. Peut-être que je n'ai pas noté le bon exercice de maths à faire? Peut-être qu'on devait écrire un texte de 6 pages et non de 2 pages? Alors je trouve un ami qui est en ligne à l'ordinateur pour lui demander des précisions. Dimanche soir, j'ai parlé à 8 amis différents pour vérifier les consignes. Quelques fois, j'appelle même ma mère pour lui demander si elle pensait que j'avais l'air con. Je lui raconte les situations pour être sûre qu'elle me comprenne et me rassure.

Depuis l'âge de 9 ans, ma tâche est de vider le lave-vaisselle. Avant ça me prenait 10 minutes, maintenant ça me prend 45 minutes. Je dois placer toutes les tasses, les assiettes et les ustensiles à égale distance, avec les motifs de la vaisselle alignés en avant. Autrement, c'est laid et je dois recommencer. Parfois, maman m'aide à aller plus vite. Lorsque c'est terminé, je demande à Papa si tout est en ordre. Je passe beaucoup de temps à la maison à plier mes vêtements et replacer tous mes objets dans ma chambre. Quand tout est en ordre, enfin, je me sens mieux. Parfois, j'empêche les autres membres de la famille d'aller aux activités.

Dans la dernière mise-en-situation, est-ce que d'autres personnes peuvent accommoder Gaillard?

Comportements d'accommodation amicale
Alors je trouve un ami qui est en ligne à l'ordinateur pour lui demander des précisions.

Date de la rencontre :
 Parents présents durant la rencontre : Mère / Père
 Rencontre effectuée par :

Durée de la rencontre :
 Numéro des participants :
 Intégrité de traitement effectué par :

Feuille explicative pour le thérapeute / Intégrité de traitement

Rencontre 6 Résolution de problèmes

Durée	Thérapeute	Intégrité de traitement	Objectifs abordés durant la rencontre	À faire :
5 min			Retour sur la rencontre précédente	<p>Résumer de la semaine dernière</p> <ul style="list-style-type: none"> • Est-ce qu'il s'est passé quelque chose que le parent voudrait aborder durant la dernière semaine? • Quels ont été les principaux conflits ou difficultés cette semaine en lien avec le TOC? <p>Retour sur la définition de l'accommodation familiale Retour sur l'exercice 5.2, identifier des séquences obsessionnelles où vous effectuez de l'accommodation familiale. Retour sur l'exercice 5.3 identifier des comportements alternatifs à l'accommodation familiale.</p>
10 min	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. Enseigner des méthodes de résolution de problèmes	<p>1.1 La résolution de problèmes 1.2 Les étapes de résolution de problèmes</p>
15 min	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Identifier des problèmes familiaux récurrents en lien avec le TOC	<p>Exercice 6.1 Résumé des répercussions les plus fréquentes du TOC</p>

Date de la rencontre :
 Parents présents durant la rencontre : Mère / Père
 Rencontre effectuée par :

Durée de la rencontre :
 Numéro des participants :
 Intégrité de traitement effectué par :

15 min	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Appliquer la méthode de résolution de problèmes	Exercice 6.2 Utiliser la méthode de résolution de problème pour le TOC À l'aide de l'exercice 6.1, choisissez un problème en lien avec le TOC qui vous préoccupe. Par la suite, avec l'aide de l'intervenant, chacune des étapes de la résolution de problèmes sera abordées afin de compléter un processus de résolution de problèmes.
10 min	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Aborder les principes du conditionnement opérant	4.1 Punitives = Conséquences Exercice 6.3 : Mises en situation 4.2 Quelques alternatives à la punition qui peuvent être utilisés
5 min			Quoi retenir? et à faire à la maison	Exercice 6.4: 1. Utiliser une conséquence positive et constructive: laquelle avez-vous utilisé et quelle était la réaction de votre jeune 2. Pensez à des problèmes qui arrivent régulièrement à la maison et qui peuvent être résolus par la méthode de la résolution de problème. Trouvez un temps où ça convient pour les deux (parent et jeune) et une place où vous ne serez pas interrompu. Bien important, veuillez résoudre le problème avec le jeune.

Section à compléter pour l'intégrité de traitement :

Nombre d'objectifs abordés durant la rencontre : _____ Pourcentage d'objectifs abordés durant la rencontre : _____

Date de la rencontre :
 Parents présents durant la rencontre : Mère / Père
 Rencontre effectuée par :

Durée de la rencontre :
 Numéro des participants :
 Intégrité de traitement effectué par :

Feuille explicative pour le thérapeute / Intégrité de traitement

Rencontre 7 Attitudes et comportements consolidant le TOC

Directives : Veuillez s'il vous plaît indiquer les objectifs abordés durant la rencontre en cochant la case appropriée.

Durée	Thérapeute	Intégrité de traitement	Objectifs abordés durant la rencontre	À faire :
5 min			Retour sur la rencontre précédente	Résumer de la semaine dernière <ul style="list-style-type: none"> • Est-ce qu'il s'est passé quelque chose que le parent voudrait aborder durant la dernière semaine? • Quels ont été les principaux conflits ou difficultés cette semaine en lien avec le TOC? Retour sur l'exercice 6.4. <ul style="list-style-type: none"> • Pouvez-vous me rappeler dans vos mots, qu'est-ce que la résolution de problèmes et quelles en sont les étapes? • Avez-vous fait un retour sur cet exercice à la maison avec votre jeune? La consigne était de penser à des problèmes qui arrivent régulièrement à la maison et qui peuvent être résolus par la méthode de la résolution de problème.
15 min	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. Favoriser des attitudes positives par rapport au TOC	Exercice 7.1 Le casse-tête des attitudes relationnelles (Voir le corrigé) Les échelles des attitudes relationnelles

Feuille explicative pour le thérapeute / Intégrité de traitement, RENCONTRE 7, Parents, Parlons TOC!

Date de la rencontre :
 Parents présents durant la rencontre : Mère / Père
 Rencontre effectuée par :

Durée de la rencontre :
 Numéro des participants :
 Intégrité de traitement effectué par :

20 min	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Cibler les attitudes et les comportements des parents consolidant le cycle du TOC	Accommodation Comportements permissifs Fonctionnement familial perturbé Détresse, hostilité et blâme
15 min	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. S'exercer à faire du renforcement positif social lorsque l'enfant émet des comportements appropriés	Estime de soi (Image de soi vs Soi Idéal) Exercice 7.2 Quelle est votre réaction? Les problèmes des compliments Les compliments aidants
5 min			Quoi retenir? et à faire à la maison	Résumé des attitudes et comportements consolidant le TOC Résumé sur complimentez votre jeune Exercice 7.3

Section à compléter pour l'intégrité de traitement :

Nombre d'objectifs abordés durant la rencontre : _____ Pourcentage d'objectifs abordés durant la rencontre : _____

Date de la rencontre :
Parents présents durant la rencontre : Mère / Père
Rencontre effectuée par :

Durée de la rencontre :
Numéro des participants :
Intégrité de traitement effectué par :

Corrigé exercice 7.1

La considération permet, par exemple, de considérer la perception du jeune d'une situation qu'il nous livre à l'aide de ses auto-observations. Elle nous permet d'ajuster nos objectifs et nos moyens en tenant compte de l'unicité du jeune.

La sécurité permet, par exemple, de reprendre sur-le-champ ou peu après une situation de conflit entre deux jeunes ou une situation de colère dirigée d'un jeune vers soi, en favorisant un apprentissage sur le plan des habiletés sociales quant à la situation vécue, et ce, au lieu de seulement punir le comportement répréhensible.

La confiance permet, par exemple, à un parent de favoriser une communication adéquate avec son jeune lors d'une sortie de fin de semaine en leur offrant, au préalable, les apprentissages de l'écoute et de la communication en individuel.

La disponibilité permet, par exemple, de reprendre des notions de gestion du stress (faire une relaxation) à la suite de l'extinction des feux à un adolescent qui vit de l'anxiété, même s'il n'y a plus de demande à cette heure et que c'est le seul moment pour compléter les rapports suite à une soirée exténuante...

La congruence permet, par exemple, à un parent de nommer que lui aussi a des difficultés d'écoute et que les adolescents peuvent lui refléter lorsqu'il n'utilise pas la recette pour bien écouter.

L'empathie permet, par exemple, de comprendre que l'adolescent est en crise, car son parent n'est pas venu aux visites, car toute sa vie son parent l'a abandonné.

Date de la rencontre :
 Parents présents durant la rencontre : Mère / Père
 Rencontre effectuée par :

Durée de la rencontre :
 Numéro des participants :
 Intégrité de traitement effectué par :

Feuille explicative pour le thérapeute / Intégrité de traitement

Rencontre 8 Communication

Directives : Veuillez s'il vous plaît indiquer les objectifs abordés durant la rencontre en cochant la case appropriée.

Durée	Thérapeute	Intégrité de traitement	Objectifs abordés durant la rencontre	À faire :
5 minutes			Retour sur la rencontre précédente	Résumer de la semaine dernière <ul style="list-style-type: none"> Est-ce qu'il s'est passé quelque chose que le parent voudrait aborder durant la dernière semaine? Quels ont été les principaux conflits ou difficultés cette semaine en lien avec le TOC? Retour sur les attitudes et les comportements consolidant le TOC Retour sur l'exercice 7.3.
25 minutes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. Définir les composantes de la communication (Recevoir et Émettre)	1.1 POURQUOI ENSEIGNER LES HABILITÉS DE COMMUNICATION AUX PARENTS ? 1.2 Définitions de la communication 1.3 Les deux parties de la communication A) RECEVOIR Exercice 8.1 : SUIS-JE UN BON RÉCEPTEUR? Qu'est-ce qui m'empêche de bien écouter : LES FILTRES DE L'ÉCOUTE? B) ÉMETTRE Les 5 pièges à éviter pour bien parler

Date de la rencontre :
 Parents présents durant la rencontre : Mère / Père
 Rencontre effectuée par :

Durée de la rencontre :
 Numéro des participants :
 Intégrité de traitement effectué par :

25 minutes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Enseigner des stratégies de communication empathique et saine	Exercice 8.2 Méthodes ne favorisant pas la communication Les 5 méthodes pour engager la coopération Exercice 8.3 Mise en situation sur la coopération
5 minutes			Quoi retenir? et à faire à la maison	Exercice 8.4 – Mise en situation

Section à compléter pour l'intégrité de traitement :

Nombre d'objectifs abordés durant la rencontre : _____ Pourcentage d'objectifs abordés durant la rencontre : _____

Corrections de l'exercice 8.3 :

Prenons par exemple la situation de la serviette mouillée laissée sur votre lit. Vous allez peut être commencer en faisant remarquer à votre jeune que la serviette est sur votre lit «La serviette rend mon lit mouillé». Vous pouvez aussi combiner cela avec «Les serviettes mouillées appartiennent à la salle-de-bain». Si le jeune ne vous écoute pas pour x raison, vous pouvez augmenter le volume de votre demande. Vous pouvez aussi laisser une note dans un de ses cahiers, mentionnant que des serviettes mouillées dans votre lit vous fâchent.

Date de la rencontre :
 Parents présents durant la rencontre : Mère / Père
 Rencontre effectuée par :

Durée de la rencontre :
 Numéro des participants :
 Intégrité de traitement effectué par :

Feuille explicative pour le thérapeute / Intégrité de traitement

Rencontre 9 Régulation émotionnelle

Directives : Veuillez s'il vous plaît indiquer les objectifs abordés durant la rencontre en cochant la case appropriée.

Durée	Thérapeute	Intégrité de traitement	Objectifs abordés durant la rencontre	À faire :
5 minutes			Retour sur la rencontre précédente	Résumer de la semaine dernière <ul style="list-style-type: none"> • Est-ce qu'il s'est passé quelque chose que le parent voudrait aborder durant la dernière semaine? • Quels ont été les principaux conflits ou difficultés cette semaine en lien avec le TOC? Retour sur la communication Retour sur l'exercice 8.4
25 minutes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. Reconnaître ses émotions personnelles et celles des autres	1.1 DÉFINITIONS les 5 ÉMOTIONS DE BASE 1.2 La fleur des émotions 1.3 Processus de régulation des émotions 1.4 «Comment exprimer mon émotion ?» 1.5 EXPRESSION DES ÉMOTIONS : LES 5 PIÈGES

Date de la rencontre :
 Parents présents durant la rencontre : Mère / Père
 Rencontre effectuée par :

Durée de la rencontre :
 Numéro des participants :
 Intégrité de traitement effectué par :

25 minutes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Enseigner des stratégies de régulation des émotions	Comment pouvons-nous aider les jeunes à se sentir bien ? Exercice 9.1 Différentes réponses aux émotions/sentiments et leurs conséquences 2.1 Comment aider les jeunes avec leurs émotions/sentiments
5 minutes			Quoi retenir? et à faire à la maison	Exercice 9.2 Le Tableau à compléter

Section à compléter pour l'intégrité de traitement :

Nombre d'objectifs abordés durant la rencontre : _____ Pourcentage d'objectifs abordés durant la rencontre : _____

Date de la rencontre :
 Parents présents durant la rencontre : Mère / Père
 Rencontre effectuée par :

Durée de la rencontre :
 Numéro des participants :
 Intégrité de traitement effectué par :

Feuille explicative pour le thérapeute / Intégrité de traitement

Rencontre 10 Autonomie du jeune / Bilan des apprentissages

Directives : Veuillez s'il vous plaît indiquer les objectifs abordés durant la rencontre en cochant la case appropriée.

Durée	Thérapeute	Intégrité de traitement	Objectifs abordés durant la rencontre	À faire :
5 min			Retour sur la rencontre précédente	Résumer de la semaine dernière <ul style="list-style-type: none"> Est-ce qu'il s'est passé quelque chose que le parent voudrait aborder durant la dernière semaine? Quels ont été les principaux conflits ou difficultés cette semaine en lien avec le TOC?
20 min	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. Encourager les parents à favoriser l'autonomie de leur enfant	Comment pouvons-nous aider les jeunes à devenir des personnes indépendantes ? Exercice 10.1 Comment encourager l'autonomie du jeune ? Encourager l'autonomie du jeune : 6 réponses à privilégier
30 min	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Résumer les apprentissages	Retour sur les 10 rencontres, les thèmes abordés et leur appréciation des rencontres

Section à compléter pour l'intégrité de traitement :

Nombre d'objectifs abordés durant la rencontre : _____ Pourcentage d'objectifs abordés durant la rencontre : _____

Feuille explicative pour le thérapeute / Intégrité de traitement, RENCONTRE 10, Parents, Parlons TOC!

APPENDICE C

AFFICHE DE RECRUTEMENT ET PAMPHLET D'INFORMATIONS



Laboratoire d'études des
troubles de l'ordre de la
psychopathologie en enfance
- LETOPE -



Institut universitaire
en santé mentale
de Montréal

CENTRE DE RECHERCHE

UQAM

Université du Québec
à Montréal

Projet de recherche doctoral de Annie Surprenant, doctorante en psychologie, sous la direction de Julie. B. Leclerc, Ph.D. Université du Québec à Montréal (UQAM)

Participants recherchés

QUI?

Parents de jeunes âgés entre 9 et 16 ans ayant des symptômes ou un diagnostic de TOC et **le jeune** en question.

POURQUOI?

«Parents, Parlons TOC!» est un programme parental de 10 rencontres **GRATUITES** offert aux parents visant la compréhension du trouble obsessionnel-compulsif ainsi que l'amélioration du soutien et du fonctionnement familial.

IMPLICATION DE LA RECHERCHE?

- ❖ 1 rencontre (max. 1h30) avant le programme, (parent + jeune)
- ❖ 10 rencontres avec une intervenante spécialisée dans le TOC (parent seul)
- ❖ 1 rencontre (max. 1h30) après le programme, (parent + jeune)

LIEU?

CRIUSMM, 7331 rue Hochelaga Est, Montréal, H1N3V2

Critères d'inclusion :

- ❖ Parent d'un jeune (9 à 16 ans) ayant un TOC/symptômes TOC.
- ❖ Si jeune prend médication = médicament + posologie doivent être stables durant 1 mois avant l'évaluation et aucun changement pendant le programme.

Critères d'exclusion :

- ❖ Les parents/jeunes rapportant une affection médicale générale, une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme.

**Pour plus d'informations ou pour participer,
CONTACTEZ**

Annie Surprenant
514-251-4015 poste 3593
surprenant.annie@courrier.uqam.ca
Version du 20 novembre 2017





**“PARENTS, PARLONS TOC!”
QU’EST-CE QUE C’EST ?**

Ce programme parental, composé de 10 rencontres d’une durée de 60 minutes, permet la compréhension du TOC ainsi que l’amélioration du soutien et du fonctionnement familial.

Les apprentissages ciblés sont :

- Éducation psychologique du TOC
- Différenciation des comportements TOC et non-TOC
- Répercussions familiales du TOC
- Accommodation familiale
- Résolution de problèmes
- Attitudes parentales positives
- Communication
- Régulation émotionnelle et autonomie du jeune

**PARTICIPANTS
RECHERCHÉS**

ÉTUDE
SUR LE TROUBLE
OBSESSIONNEL-COMPULSIF

Projet de recherche doctoral de
Annie Surprenant,
Doctorante en psychologie

sous la direction de
Julie. B. Leclerc, Ph.D .

**Pour plus d’informations ou
pour participer,
CONTACTEZ**

Annie Surprenant
514-251-4015 poste 3593
surprenant.annie@courrier.uqam.ca

Version du 20 octobre 2017

UQÀM | Université de Québec
à Montréal



Laboratoire d'études des troubles de l'ordre de la psychopathologie en enfance
- LETOPE -



BUT DE LA RECHERCHE

La présente étude s'inscrit dans le cadre d'un projet de recherche visant à évaluer les effets du programme "Parents à Bord". Programme parental constitué de 10 rencontres **GRATUITES** offert aux parents, ce dernier est inspiré de l'approche basée sur les inférences chez les jeunes présentant un trouble obsessionnel-compulsif (TOC).

Au fil des rencontres, accéder à la compréhension du TOC mais également améliorer le soutien et le fonctionnement familial, correspondront aux objectifs de ce projet de recherche.

IMPLICATION DE LA RECHERCHE

- ❖ 1 entrevue téléphonique afin de vérifier le respect des critères d'inclusion et d'exclusion des participants.
- ❖ 1 rencontre (max. 1h30) avant et après le programme au cours de laquelle le jeune complètera un questionnaire permettant de vérifier la sévérité des symptômes obsessionnels-compulsifs. Les parents rempliront un questionnaire socio-démographique accompagné de 5 questionnaires évaluant leur perception des symptômes présentés par leur jeune, le niveau d'accommodation familiale, les attitudes et relations familiales.
- ❖ 10 rencontres de 60 minutes avec une intervenante spécialisée dans le TOC (parent seul).

LIEU ?

Les rencontres auront lieu au centre de recherche de l'Institut Universitaire en santé mentale de Montréal.

CRIUSMM, 7331 rue Hochelaga Est,
Montréal, H1N3V2



CRITERES D'INCLUSION :

- ❖ Parent d'un jeune âgé entre 9 et 16 ans ayant un TOC/symptômes TOC.
- ❖ Si le jeune prend une médication = médicament + posologie doivent être stables durant 1 mois avant l'évaluation et aucun changement pendant le programme.

CRITERES D'EXCLUSION :

- ❖ Les parents/jeunes rapportant une affection médicale générale, une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme.

APPENDICE D

PROTOCOLE TÉLÉPHONIQUE DU PROJET DE RECHERCHE

**Protocole téléphonique pour contacter les parents pour le projet de
recherche
Parents, Parlons TOC!**

PROCÉDURE

Numéro du projet : 2018-1231

Titre du projet de recherche : Évaluation des effets du programme «Parents, Parlons TOC!» inspiré de l'approche basée sur les inférences chez les parents de jeunes présentant un trouble obsessionnel-compulsif

Étudiante-chercheur: Annie Surprenant

Programme d'études : Doctorat en psychologie (profil scientifique-professionnel) à l'Université du Québec à Montréal. Laboratoire d'études des troubles de l'ordre de la psychopathologie en enfance (LETOPE).

Adresse courriel : surprenant.annie@courrier.uqam.ca

Téléphone : 514-251-4015 #3593

Les coordonnées des parents sont envoyées par courriel ou par téléphone à Annie Surprenant. Il faut maintenant contacter les parents par téléphone pour expliquer le projet de recherche avec tous les détails et envoyer le formulaire d'Information et de Consentement (FIC) par courriel ou par la poste. Si possible, privilégier le courriel. Dans le but d'accélérer le processus, les parents peuvent vous donner leur consentement par téléphone et signer le formulaire papier en personne lors de la première rencontre d'évaluation. Au besoin, une rencontre en personne dans un local du Centre de recherche pourra être planifiée pour discuter du FIC.

- S'il n'y pas de réponse lors de l'appel, laissez un message et demandez à rappeler au **514-251-4000 #3593**

Verbatim à l'intention de l'auxiliaire de recherche pour la sollicitation lors de l'appel

Bonjour, je m'appelle _____ et je suis auxiliaire de recherche au centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal. Vous nous avez envoyé vos coordonnées pour participer ou en savoir davantage sur un projet de recherche actuellement en cours au centre de recherche de l'IUSMM.

- Il s'agit d'un projet de recherche qui vise à évaluer les effets du programme parental «Parents, Parlons TOC!». Ce programme parental constitué de 10 rencontres **GRATUITES** offert au parents est inspiré de

l'approche basée sur les inférences chez les jeunes présentant un trouble obsessionnel-compulsif (TOC).

- Au fil des rencontres, les objectifs de ce projet de recherche sont la compréhension du TOC ainsi que l'amélioration du soutien et du fonctionnement familial.
- Les chercheurs recherchent actuellement des enfants âgés entre 9 à 16 ans ayant un diagnostic de TOC ou des symptômes TOC et leurs parents afin de participer à l'étude.

Déroulement :

- 1 rencontre (max. 1h30) avant et après le programme au cours de laquelle le jeune complètera un questionnaire permettant de vérifier la sévérité des symptômes obsessionnels-compulsifs.
- Les parents rempliront un questionnaire sociodémographique accompagné de 5 questionnaires évaluant leur perception des symptômes présentés par leur jeune, le niveau d'accommodation familial, les attitudes et relations familiales.
- 10 rencontres de 60 minutes avec une intervenante spécialisée dans le TOC pour le parent uniquement.

Participation à l'étude implique :

- Parent d'un jeune âgé entre 9 et 16 ans ayant un TOC/symptômes TOC.
- Si le jeune prend une médication = médicament + posologie doivent être stables durant 1 mois avant l'évaluation et aucun changement pendant le programme.
- Les parents/jeunes rapportant une affection médicale générale, une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme.

Votre participation contribuerait au développement des connaissances des traitements psychologiques pour le TOC. Vous êtes entièrement libre d'accepter ou de refuser d'y prendre part. À tout moment votre consentement peut être retiré!

Si le parent est toujours intéressé à participer :

- Répondre aux questions
- Demander une adresse courriel ou postale pour envoyer le formulaire d'information et de consentement
- Fixer la première rencontre d'évaluation dans un local du Centre de recherche.
- Si le parent ne donne pas son consentement verbal immédiatement, veuillez donner une semaine au maximum pour que le parent puisse y penser. Mentionner aux parents qu'il doit absolument nous recontacter pour donner son consentement.

APPENDICE E

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT



FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Titre du projet de recherche :	Évaluation des effets du programme «Parents, Parlons TOC!» inspiré de l'approche basée sur les inférences chez les parents de jeunes présentant un trouble obsessionnel-compulsif
Chercheur responsable du projet de recherche :	<p>Étudiante-chercheur: Annie Surprenant Programme d'études : Doctorat en psychologie (profil scientifique-professionnel) à l'Université du Québec à Montréal. Laboratoire d'études des troubles de l'ordre de la psychopathologie en enfance (LETOPE). Adresse courriel : surprenant.annie@courrier.uqam.ca Téléphone : 514-251-4015 #3593</p> <p>Direction de recherche et chercheur principal: Julie Leclerc, M.Ps., Ph.D., professeure au département de psychologie de l'Université du Québec à Montréal (UQAM) et chercheure au Centre de recherche de l'Institut Universitaire en santé mentale de Montréal (CRIUSMM) et au centre de recherche de l'Hôpital Rivière-des-Prairies. Directrice du laboratoire d'études des troubles de l'ordre de la psychopathologie en enfance (LETOPE) Adresse courriel : leclerc.julie@uqam.ca Téléphone : 514-251-4015 # 3425</p>
Installation(s) ou site(s) :	Centre de recherche de l'Institut Universitaire en santé mentale de Montréal

INTRODUCTION

Nous vous invitons à participer à un projet de recherche. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles au chercheur responsable de ce projet ou à un membre de son personnel de recherche et à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

NATURE ET OBJECTIFS DU PROJET DE RECHERCHE

Le but de ce projet est d'examiner la possibilité d'effectuer le programme «Parents, Parlons TOC!» inspiré de l'approche basée sur les inférences (ABI) auprès des parents de jeunes présentant un trouble obsessionnel-compulsif ou des symptômes obsessionnels-compulsifs. Nous vous demandons de participer à un projet de recherche qui implique de répondre à des questionnaires et d'assister à des rencontres visant à comprendre le TOC ainsi que d'améliorer le soutien et le fonctionnement familial. De plus, la participation de votre jeune est nécessaire avant et après ces rencontres afin d'évaluer ses symptômes obsessionnels-compulsifs.

Pour la réalisation de ce projet de recherche, 40 parents dont les enfants sont âgés de 9 à 16 ans et ayant des symptômes obsessionnels-compulsifs ou un diagnostic de TOC au moment de débiter l'étude seront recrutés. Un minimum de 27 jeunes et leurs parents participeront au projet et les parents suivront le programme parental. Ce projet de recherche est réalisé dans le cadre d'une thèse de doctorat sous la direction de Julie B. Leclerc, professeure au département de psychologie à l'Université du Québec à Montréal.

Numéro du participant : _____

DÉROULEMENT DU PROJET DE RECHERCHE

Ce projet de recherche se déroulera au centre de recherche de l'Institut Universitaire en santé mentale de Montréal.

1. Durée et nombre de visites

Votre participation à ce projet de recherche durera 4 mois et comprendra 12 visites. Les rencontres d'évaluation du projet de recherche seront d'une durée maximale de 90 minutes. Par la suite, chaque visite sera d'une durée de 60 minutes.

2. Nature de votre participation

Tous les parents complèteront une entrevue téléphonique effectuée par la doctorante en psychologie ou une assistante de recherche du LETOPE afin de vérifier le respect des critères d'inclusion et d'exclusion des participants.

Ensuite, les jeunes et les parents seront évalués lors d'une rencontre de 90 minutes avant le début du programme parental par une assistante de recherche du LETOPE. Lors de cette rencontre, votre jeune complètera 1 seul questionnaire soit le Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (CY-BOCS) (Scahill et al., 1997; Goodman, 1986) afin de vérifier la sévérité des symptômes obsessionnels-compulsifs. Pendant ce temps, les parents rempliront un questionnaire sociodémographique et 5 questionnaires afin d'évaluer leur perception des symptômes obsessionnels-compulsifs de leur jeune, du niveau d'accommodation familiale, des attitudes parentales et des relations familiales. De plus, avec l'accord du jeune et des parents, et pour les besoins de l'étude, l'entrevue d'évaluation sera enregistrée sur bande audio et demeurera confidentielle. L'évaluation permettra de confirmer les symptômes du jeune et de remplir les critères d'inclusion pour participer au projet de recherche.

Par la suite, les parents pourront débiter le programme «Parents, Parlons TOC!». Le programme «Parents, Parlons TOC!» sera administré par l'étudiant-chercheur responsable du projet de recherche ou des étudiants au doctorat en psychologie formés et supervisés par l'étudiant-chercheur et sa directrice de recherche. De plus, avec l'accord des, et pour les besoins de l'étude, les rencontres seront enregistrées sur bande audio et demeureront confidentielles. L'enregistrement des rencontres permettra de s'assurer que le traitement a correctement été administré.

Finalement, les jeunes et les parents seront évalués lors d'une rencontre de 90 minutes après le programme parental par une assistante de recherche du LETOPE. Lors de cette rencontre, votre jeune complètera de nouveau le Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (CY-BOCS) (Scahill et al., 1997; Goodman, 1986) afin de vérifier la sévérité des symptômes obsessionnels-compulsifs. Pendant ce temps, les parents rempliront 5 questionnaires afin d'évaluer leur perception des symptômes obsessionnels-compulsifs de leur jeune, du niveau d'accommodation familiale, des attitudes parentales et des relations familiales après le programme parental. De plus, avec l'accord du jeune et des parents, et pour les besoins de l'étude, l'entrevue d'évaluation après le programme parental sera enregistrée sur bande audio et demeurera confidentielle.

AVANTAGES ASSOCIÉS AU PROJET DE RECHERCHE

En tant que parent, il se peut que vous retiriez un bénéfice personnel de votre participation à ce projet de recherche, mais nous ne pouvons vous l'assurer. Par ailleurs, nous espérons que les résultats obtenus contribueront à l'avancement des connaissances scientifiques dans ce domaine et au développement de meilleurs traitements pour les patients.

En ce qui concerne la participation des enfants, vous ne retirerez pas de bénéfices de votre participation à ce projet de recherche. Nous espérons que les résultats obtenus contribueront à l'avancement des connaissances scientifiques dans ce domaine et au développement de meilleurs traitements pour les patients.

RISQUES ET INCONVÉNIENTS ASSOCIÉS AU PROJET DE RECHERCHE

Outre le temps consacré à la participation à ce projet de recherche et le déplacement, votre jeune et vous-même pourriez également ressentir une manifestation d'inconfort durant votre participation. Dans le cas échéant, une liste de ressources psychologiques vous sera remise et l'évaluation de votre jeune sera arrêtée. De plus, vous pourrez obtenir des rencontres supplémentaires avec un membre de l'équipe de recherche ou être dirigés vers les services appropriés.

Numéro du participant : _____

PARTICIPATION VOLONTAIRE ET DROIT DE RETRAIT

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en informant l'équipe de recherche.

Votre décision de ne pas participer à ce projet de recherche ou de vous en retirer n'aura aucune conséquence sur la qualité des soins et des services auxquels vous avez droit ou sur votre relation avec les équipes qui les dispensent.

Le chercheur responsable de ce projet de recherche, le Comité d'éthique de la recherche du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal, l'organisme subventionnaire ou le commanditaire peuvent mettre fin à votre participation, sans votre consentement. Cela peut se produire si de nouvelles découvertes ou informations indiquent que votre participation au projet n'est plus dans votre intérêt, si vous ne respectez pas les consignes du projet de recherche ou encore s'il existe des raisons administratives d'abandonner le projet.

Cependant, avant de vous retirer de ce projet de recherche, nous vous suggérons de *discuter avec la doctorante en psychologie afin de céder une dernière rencontre bilan et de compléter les questionnaires de fin du projet de recherche.*

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

Toute nouvelle connaissance acquise durant le déroulement du projet qui pourrait avoir un impact sur votre décision de continuer à participer à ce projet vous sera communiquée rapidement.

CONFIDENTIALITÉ

Durant votre participation à ce projet de recherche, le chercheur responsable de ce projet ainsi que les membres de son personnel de recherche recueilleront, dans un dossier de recherche, les renseignements vous concernant et nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques de ce projet de recherche.

Votre dossier de recherche peut comprendre des renseignements tels que votre nom, votre sexe, votre date de naissance et votre état civil.

Tous les renseignements recueillis demeureront confidentiels dans les limites prévues par la loi. En vertu de la *Loi sur la protection de la jeunesse*, s'il existe un motif raisonnable de croire que la sécurité et le développement d'un jeune participant à la recherche est compromis, nous nous voyons dans l'obligation de le déclarer au directeur de la protection de la jeunesse. Des doutes raisonnables au sujet d'abus sexuels, de mauvais traitements physiques ou de négligence doivent être portés à l'attention du directeur de la protection de la jeunesse. Vous ne serez identifié que par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée par le chercheur responsable de ce projet de recherche.

Ces données de recherche seront conservées pendant au moins 7 ans par le chercheur responsable de ce projet de recherche dans un classeur au Centre de recherche de l'Institut Universitaire en Santé Mentale de Montréal (CRIUSMM), sous clef et seuls les responsables de l'étude y auront accès. Les enregistrements audio des rencontres d'évaluation et du programme parental seront gardés strictement confidentiels pendant 5 ans par le chercheur responsable de ce projet de recherche dans un classeur au Centre de recherche de l'Institut Universitaire en Santé Mentale de Montréal (CRIUSMM), sous clef et seuls les responsables de l'étude y auront accès. Les enregistrements audio seront détruits et effacés à la fin de ces 5 années par le chercheur responsable. Aucun processus de codage des informations nominales sera effectué. Aucun processus de transcription des bandes audio ne sera effectué.

Les données de recherche pourront être publiées ou faire l'objet de discussions scientifiques, mais il ne sera pas possible de vous identifier.

À des fins de surveillance, de contrôle, de protection, de sécurité, votre dossier de recherche ainsi que vos dossiers médicaux pourront être consultés par une personne mandatée par des organismes réglementaires, au Canada ou à l'étranger, tel que Santé Canada, ainsi que par des représentants de l'établissement ou du Comité d'éthique de la recherche du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal. Ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de

Numéro du participant : _____

confidentialité.

Vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis et les faire rectifier au besoin. Par ailleurs, l'accès à certaines informations avant la fin de l'étude pourrait impliquer que vous soyez retiré du projet afin d'en préserver l'intégrité.

COMPENSATION

Vous ne recevrez pas de compensation financière pour votre participation à ce projet de recherche.

EN CAS DE PRÉJUDICE

Si vous deviez subir quelque préjudice que ce soit par suite de l'administration du médicament à l'étude ou de toute procédure reliée à ce projet de recherche, vous recevrez tous les soins et services requis par votre état de santé.

En acceptant de participer à ce projet de recherche, vous ne renoncez à aucun de vos droits et vous ne libérez pas le chercheur responsable de ce projet de recherche, l'organisme subventionnaire et l'établissement de leur responsabilité civile et professionnelle.

IDENTIFICATION DES PERSONNES-RESSOURCES

Si vous avez des questions ou éprouvez des problèmes en lien avec le projet de recherche, ou si vous souhaitez vous en retirer, vous pouvez communiquer avec le chercheur responsable de ce projet de recherche ou avec une personne de l'équipe de recherche : Mme Annie Surprenant au numéro de téléphone suivant : 514-251-4015 #3593 ou Mme Julie B. Leclerc au numéro de téléphone suivant : 514-251-4015 # 3425.

En cas d'urgence, veuillez contacter Annie Surprenant au numéro suivant : 514-772-3599 ou vous rendre aux urgences de l'hôpital le plus proche.

Pour toute question concernant vos droits en tant que participant à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec le Commissaire aux plaintes et à la qualité des services du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal au 514-252-3400, poste 3510.

SURVEILLANCE DES ASPECTS ÉTHIQUES DU PROJET DE RECHERCHE

Le comité d'éthique de la recherche du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal a approuvé le projet et en assurera le suivi. Pour toute information, vous pouvez communiquer avec le secrétariat du Comité au 514-252-3400, poste 5708.

Titre du projet de recherche : Évaluation des effets du programme «Parents, Parlons TOC!» inspiré de l'approche basée sur les inférences chez les parents de jeunes présentant un trouble obsessionnel-compulsif

SIGNATURES

Signature du participant «Parent»

J'ai pris connaissance du formulaire d'information et de consentement. On m'a expliqué le projet de recherche et le présent formulaire d'information et de consentement. On a répondu à mes questions et on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision. Après réflexion, je consens à participer à ce projet de recherche aux conditions qui y sont énoncées.

J'autorise le chercheur responsable de la présente recherche à communiquer avec moi afin de me demander si je suis intéressé(e) à participer à d'autres projets de recherches.

Oui Non

Nom et signature du participant	Signature	Date
---------------------------------	-----------	------

Signature du participant «Jeune»

J'ai pris connaissance du formulaire d'information et de consentement. On m'a expliqué le projet de recherche et le présent formulaire d'information et de consentement. On a répondu à mes questions et on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision. Après réflexion, je consens à participer à ce projet de recherche aux conditions qui y sont énoncées.

Nom et signature du participant	Signature	Date
---------------------------------	-----------	------

Signature de la personne qui obtient le consentement

J'ai expliqué au participant le projet de recherche et le présent formulaire d'information et de consentement et j'ai répondu aux questions qu'il m'a posées.

Nom et signature de la personne qui obtient le consentement	Signature	Date
---	-----------	------

Engagement du chercheur responsable

Je certifie qu'on a expliqué au participant le présent formulaire d'information et de consentement, que l'on a répondu aux questions qu'il avait.

Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre une copie signée et datée au participant.

Nom et signature du chercheur responsable de ce projet de recherche	Date
---	------

APPENDICE F

CERTIFICATS D'APPROBATION ÉTHIQUE

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

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

Titre du projet: Évaluation des effets du programme «Parents à bord» inspiré de l'approche basée sur les inférences chez les parents de jeunes présentant un trouble obsessionnel-compulsif

Nom de l'étudiante: Annie SURPRENANT

Programme d'études: Doctorat en psychologie (profil scientifique-professionnel)

Direction de recherche: Julie LECLERC

Modalités d'application

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

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

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



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



Le 22 novembre 2017

Madame Julie B. Leclerc
CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal
Installation Institut universitaire en santé mentale de Montréal

Objet : Autorisation de réaliser la recherche suivante :

Titre du projet : *Évaluation des effets du programme «Parents à Bord» inspiré de l'approche basée sur les inférences chez les parents de jeunes présentant un trouble obsessionnel-compulsif*

Numéro attribué par le CÉR-CEMML : 2018-1231

Numéro attribué par le CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal : CIUSSS-EMTL-325

Madame B. Leclerc,

Il nous fait plaisir de vous autoriser à réaliser la recherche identifiée en titre dans notre établissement, soit le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal (CEMML) - installation Institut universitaire en santé mentale de Montréal.

Cette autorisation vous est accordée sur la foi des documents que vous avez déposés auprès de notre établissement, notamment la lettre du CÉR du CEMML portant la date du 21 novembre 2017 qui établit que votre projet de recherche a fait l'objet d'un examen éthique dont le résultat est positif. De plus, votre projet a reçu l'approbation de la convenance institutionnelle le 22 novembre 2017.. Si ce CÉR vous informe, pendant le déroulement de cette recherche, d'une décision négative portant sur l'acceptabilité éthique de cette recherche, vous devez considérer que la présente autorisation de réaliser la recherche sous les auspices de notre établissement est, de ce fait, révoquée à la date que porte l'avis du CÉR évaluateur.

En raison de la nature du projet, veuillez noter que ce dernier n'a pas été soumis à notre Comité d'évaluation scientifique de la recherche. D'autre part, le CÉR du CEMML reconnaît l'évaluation scientifique positive du projet réalisée par l'instance suivante: Université de Québec à Montréal (UQAM).

Notre établissement a reçu une copie de la version finale des documents se rapportant à la recherche, approuvée par le CÉR évaluateur.

Cette autorisation de réaliser la recherche suppose également que vous vous engagez :

- à vous conformer aux demandes du CÉR évaluateur, notamment pour le suivi éthique de la recherche;
- à rendre compte au CÉR évaluateur et au signataire de la présente autorisation du déroulement du projet, des actes de votre équipe de recherche, s'il en est une, ainsi que du respect des règles de l'éthique de la recherche;
- à respecter les moyens relatifs au suivi continu qui ont été fixés par le CÉR évaluateur;
- à conserver les dossiers de recherche pendant la période fixée par le CÉR évaluateur, après la fin du projet, afin de permettre leur éventuelle vérification;
- à respecter les modalités arrêtées au regard du mécanisme d'identification des sujets de recherche dans notre établissement, à savoir : La tenue à jour et la conservation de la liste à jour des sujets de recherche recrutés dans notre établissement. Cette liste devra nous être fournie sur demande.

La présente autorisation peut être suspendue ou révoquée par notre établissement en cas de non-respect des conditions établies. Le CÉR évaluateur en sera alors informé.

Cette autorisation de réaliser la recherche dans notre établissement sera renouvelée annuellement à la date du renouvellement de l'approbation éthique du CÉR évaluateur.

Vous consentez également à ce que notre établissement communique aux autorités compétentes des renseignements personnels qui sont nominatifs au sens de la loi en présence d'un cas avéré de manquement à la conduite responsable en recherche de votre part lors de la réalisation de cette recherche.

Je vous invite à entrer en communication avec notre Bureau de coordination de la recherche clinique (BCRC) au 514-252-3400, poste 3724 ou poste 5963, ou par courriel au bcrc.cemtl@ssss.gouv.qc.ca, pendant le déroulement de cette recherche dans notre établissement, si besoin est. Vous pouvez aussi solliciter l'appui de notre Comité d'éthique de la recherche au 514-252-3400, poste 5708, ou par courriel au cer.cemtl@ssss.gouv.qc.ca pour obtenir les conseils et le soutien voulu.

En terminant, je vous demanderais de toujours mentionner dans votre correspondance au sujet de cette recherche le numéro attribué à votre demande par notre établissement ainsi que le numéro attribué au projet de recherche par le CÉR.

Avec l'expression de mes sentiments les meilleurs.



Yvan Gendron
Président-directeur général
CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

c. c. : Dr Stéphane P. Ahern, président du Comité d'éthique de la recherche du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

APPENDICE G

QUESTIONNAIRES COMPLÉTÉS PAR LES PARENTS

Numéro du dossier : _____



Questionnaire des parents

Projet

Il n'y a aucune restriction quant à la participation ou non des deux parents à cette étude. Cependant, l'un des deux parents doit être présents à toutes les rencontres.

Numéro du projet : 2018-1231

Titre : Évaluation des effets du programme «Parents, Parlons TOC!» inspiré de l'approche basée sur les inférences chez les parents de jeunes présentant un trouble obsessionnel-compulsif

Étudiante-chercheur: Annie Surprenant
Adresse courriel : surprenant.annie@courrier.uqam.ca
Téléphone : 514-251-4015 #3593

Direction de recherche et chercheur principal: Julie Leclerc, M.Ps., Ph.D.,
Adresse courriel : leclerc.julie@uqam.ca
Téléphone : 514-251-4015 # 3425

Numéro du dossier : _____

Identification du jeune

Âge : _____ Date de naissance : _____ Sexe : F M

Renseignements généraux sur la mère

Âge : _____

ÉTAT CIVIL : Mariée Conjointe de fait Séparée / Divorcée Célibataire

Avez-vous déjà eu des problèmes psychologiques (ex. : anxiété, dépression) ? Oui
Non

Si oui, lesquels ? _____

Renseignements généraux sur le père

Âge : _____ Date de nais. : _____

ÉTAT CIVIL : Marié Conjoint de fait Séparé / Divorcé Célibataire

Avez-vous déjà eu des problèmes psychologiques (ex. : anxiété, dépression) ? Oui Non

Si oui, lesquels ? _____

Renseignements généraux sur la fratrie (frères et sœurs)

Nom	Sexe	Âge	Scolarité	Problèmes d'anxiété/TOC	Autres problèmes	Habite à la maison
				Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
				Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
				Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
				Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Numéro du dossier : _____

Évaluations et suivis antérieurs et/ou en cours				
Disciplines	Organisme dispensateur (h ^ô p. CSSS, école, privé, autres)	Évaluation	Suivi	Antérieurs ou en cours
		Cochez ✓	Cochez ✓	
Médecin				
Psychiatrie				
Est-ce que votre jeune prend présentement des médicaments pour des raisons psychologiques? Si oui, lesquels et leur posologie?				
Psychologie				
Psychoéducation				
Neuropsychologie				

Histoire des comportements problématiques en lien avec le motif de consultation
--

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

Oui Non

Si oui, spécifiez :

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

_____ Date

X _____ Signature

Numéro du dossier : _____

L'échelle des comportements d'accommodation de la famille par rapport au TOC

1. PROCURER DU RÉCONFORT

Au cours de la dernière semaine, combien de fois avez-vous rassuré votre enfant au sujet des obsessions et des compulsions précisément?

N/A = Ne s'applique pas. Le patient n'a pas présenté de symptômes obsessionnels compulsifs cette semaine

- 0 = Aucune
- 1 = 1 fois durant la semaine
- 2 = 2-3 fois durant la semaine
- 3 = 4 à 6 fois durant la semaine
- 4 = Tous les jours

2. REGARDER LE PATIENT ALORS QU'IL COMPLÈTE DES RITUELS

Au cours de la dernière semaine, combien de fois avez-vous surveillé votre enfant alors qu'il complétait des rituels? (Ne comptez pas les fois où il vous est seulement arrivé de le voir accomplir des rituels).

N/A = Ne s'applique pas. Le patient n'a pas présenté de symptômes obsessionnels compulsifs cette semaine

- 0 = Aucune
- 1 = 1 fois durant la semaine
- 2 = 2-3 fois durant la semaine
- 3 = 4 à 6 fois durant la semaine
- 4 = Tous les jours

3. ATTENDRE LE PATIENT

Au cours de la dernière semaine, combien de fois avez-vous attendu votre enfant à cause du TOC?

N/A = Ne s'applique pas. Le patient n'a pas présenté de symptômes obsessionnels compulsifs cette semaine

- 0 = Aucune
- 1 = 1 fois durant la semaine
- 2 = 2-3 fois durant la semaine
- 3 = 4 à 6 fois durant la semaine
- 4 = Tous les jours

4. SE RETENIR DE DIRE OU DE FAIRE DES CHOSES

Au cours de la dernière semaine, combien de fois vous êtes vous empêché de dire ou de faire quelque chose à cause du TOC de votre enfant ?

N/A = Ne s'applique pas. Le patient n'a pas présenté de symptômes obsessionnels compulsifs cette semaine

- 0 = Aucune
- 1 = 1 fois durant la semaine
- 2 = 2-3 fois durant la semaine
- 3 = 4 à 6 fois durant la semaine
- 4 = Tous les jours

Numéro du dossier : _____

5. PARTICIPER AUX COMPULSIONS

Au cours de la dernière semaine, combien de fois avez-vous participé directement aux rituels de votre enfant ou à des comportements que vous considérez bizarres ou insensés?

N/A = Ne s'applique pas. Le patient n'a pas présenté de symptômes obsessionnels compulsifs cette semaine

- 0 = Aucune
- 1 = 1 fois durant la semaine
- 2 = 2-3 fois durant la semaine
- 3 = 4 à 6 fois durant la semaine
- 4 = Tous les jours

6. FACILITER LES COMPULSIONS

Au cours de la dernière semaine, combien de fois avez-vous fait quelque chose qui a aidé votre enfant à compléter ses rituels?

N/A = Ne s'applique pas. Le patient n'a pas présenté de symptômes obsessionnels compulsifs cette semaine

- 0 = Aucune
- 1 = 1 fois durant la semaine
- 2 = 2-3 fois durant la semaine
- 3 = 4 à 6 fois durant la semaine
- 4 = Tous les jours

7. FACILITER L'ÉVITEMENT

Au cours de la dernière semaine, à combien d'occasions avez-vous fait quelque chose qui a aidé votre enfant à éviter des gens, des endroits ou des choses?

N/A = Ne s'applique pas. Le patient n'a pas présenté de symptômes obsessionnels compulsifs cette semaine

- 0 = Aucune
- 1 = 1 fois durant la semaine
- 2 = 2-3 fois durant la semaine
- 3 = 4 à 6 fois durant la semaine
- 4 = Tous les jours

8. TOLÉRER DES COMPORTEMENTS BIZARRES /PERTURBATION DU FOYER

Au cours de la dernière semaine, à quel point avez-vous toléré des comportements bizarres ou des conditions inhabituelles dans votre maison en raison du TOC de votre enfant ?

N/A = Ne s'applique pas. Le patient n'a pas présenté de symptômes obsessionnels compulsifs cette semaine

- 0 = Pas du tout
- 1 = Faible -tolérance de comportements ou conditions un peu inhabituels
- 2 = Moyen-tolérance de comportements ou conditions assez inhabituels
- 3 = Sévère-tolérance de comportements ou conditions très inhabituels
- 4 = Extrême-tolérance de comportements ou conditions extrêmement aberrants

Numéro du dossier : _____

9. AIDER LE PATIENT DANS DES TÂCHES QUOTIDIENNES OU L'AIDER À PRENDRE DES DÉCISIONS SIMPLES

Au cours de la dernière semaine, à combien d'occasions avez-vous aidé votre enfant dans des tâches simples ou à prendre des décisions simples parce qu'il/elle était diminué par le TOC?

N/A = Ne s'applique pas. Le patient n'a pas présenté de symptômes obsessionnels compulsifs cette semaine

0 = Aucune

1 = 1 fois durant la semaine

2 = 2-3 fois durant la semaine

3 = 4 à 6 fois durant la semaine

4 = Tous les jours

10. ASSUMER LES RESPONSABILITÉS DU PATIENT

Au cours de la dernière semaine, dans quelle mesure avez-vous assumé des responsabilités de votre enfant à cause du TOC?

N/A = Ne s'applique pas. Le patient n'a pas présenté de symptômes obsessionnels compulsifs cette semaine

0 = Pas du tout

1 = Faible -à l'occasion, il a eu à assumer des responsabilités du patient, mais sans que cela ne change son rôle de manière importante

2 = Moyen-il a assumé les responsabilités du patient dans **un** domaine

3 = Sévère-il a assumé les responsabilités du patient dans plus d'un domaine

4 = Extrême-il a assumé la plupart ou toutes les responsabilités du patient

II. MODIFIER SA ROUTINE PERSONNELLE

Au cours de la dernière semaine, dans quelle mesure avez-vous modifié votre routine personnelle à cause du TOC de votre enfant?

N/A = Ne s'applique pas. Le patient n'a pas présenté de symptômes obsessionnels compulsifs cette semaine

0 = Pas du tout

1 = Faible- Légère modification de la routine, mais il/elle a été en mesure de remplir ses obligations familiales et professionnelles et d'avoir du temps pour ses loisirs

2 = Moyen- Routine modifiée sans contredit dans un domaine (famille, travail, loisirs)

3 = Sévère- Routine modifiée sans contredit dans plus d'un domaine

4 = Extrême- Incapable d'assumer ses responsabilités familiales ou professionnelles ou d'avoir du temps pour ses loisirs à cause du proche aux prises avec le TOC

Numéro du dossier : _____

12. MODIFIER LA ROUTINE FAMILIALE

Au cours de la dernière semaine, dans quelle mesure avez-vous modifié la routine familiale à cause du TOC de votre enfant ? À quel point le TOC de votre proche a exigé de changer les activités de la famille ou vos façons de faire ?»

N/A = Ne s'applique pas. Le patient n'a pas présenté de symptômes obsessionnels compulsifs cette semaine

0 = Pas du tout

1 = Faible -Légère modification de la routine familiale, mais dans l'ensemble, demeure inchangée

2 = Moyen-La routine familiale est indéniablement modifiée dans un domaine

3 = Sévère-Routine indéniablement modifiée dans plus d'un domaine

4 = Extrême -La routine familiale est perturbée dans la plupart des domaines

Référence : Calvocoressi, L., Lewis, B., Harris, M., Trufan, S. J., Goodman, W. K., McDougle, C. J., & Price, L. H. (1995). Family accommodation in obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 152(3), 441-443. Traduit de l'anglais par Ariane Fontaine et Sarah Roberts

Numéro du dossier : _____

The Children's Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (CY-BOCS) - Parent Report (Version Française)

Quel est votre relation avec le participant (ex : parent, tuteur, professeur)?

S'il vous plaît sélectionner l'option qui décrit le mieux votre enfant au cours de la dernière semaine.

S'il vous plaît répondez aux 5 questions suivantes sur les obsessions ou les pensées de votre enfant auxquelles il ne peut pas arrêter de penser. Les obsessions sont des pensées, des idées ou des images qui viennent à l'esprit de votre enfant, même s'il ou elle ne veule pas qu'elles surviennent.

1. Combien de temps votre enfant passe-t-il à penser à ces choses dans une journée?	Jamais <input type="radio"/>	Moins d'une heure par jour <input type="radio"/>	Entre 1 et 3 heures par jour <input type="radio"/>	Entre 3 et 8 heures par jour <input type="radio"/>	Plus de 8 heures par jour <input type="radio"/>
2. Comment ces pensées interfèrent-elles avec l'école ou ses amis?	Pas du tout <input type="radio"/>	Elles interfèrent un peu <input type="radio"/>	Elles interfèrent parfois <input type="radio"/>	Elles interfèrent beaucoup <input type="radio"/>	Elles interfèrent toujours <input type="radio"/>
3. Comment ces pensées dérangent ou bouleversent votre enfant?	Pas du tout <input type="radio"/>	Elles dérangent un peu <input type="radio"/>	Elles dérangent parfois <input type="radio"/>	Elles dérangent beaucoup <input type="radio"/>	Elles dérangent toujours <input type="radio"/>
4. À quel point il est difficile pour votre enfant d'essayer d'arrêter les pensées ou de les ignorer?	Il/Elle essaie toujours de résister aux pensées <input type="radio"/>	Il/Elle essaie de résister aux pensées la plupart du temps <input type="radio"/>	Il/Elle essaie de résister aux pensées parfois <input type="radio"/>	Il/Elle n'essaie habituellement pas de résister aux pensées, mais veut le faire <input type="radio"/>	Il/Elle n'essaie pas de résister aux pensées <input type="radio"/>
5. Lorsque votre enfant essaie de lutter contre les pensées, est-ce qu'il ou elle peut les arrêter?	Il/Elle peut toujours arrêter les pensées <input type="radio"/>	Il/Elle peut habituellement arrêter les pensées <input type="radio"/>	Il/Elle peut parfois arrêter les pensées <input type="radio"/>	Il/Elle ne peut pas arrêter les pensées très souvent <input type="radio"/>	Il/Elle ne peut jamais arrêter les pensées <input type="radio"/>

Numéro du dossier : _____

S'il vous plaît répondez aux 5 questions suivantes sur les compulsions ou les habitudes de votre enfant qu'il ne peut pas arrêter de faire. Les compulsions sont des choses que votre enfant sent qu'il ou elle doit faire même s'il ou elle sait qu'elles ne font pas de sens. Parfois, votre enfant peut essayer d'arrêter de les faire, mais cela pourrait ne pas être possible. Votre enfant pourrait se sentir inquiets, en colère ou apeurés jusqu'à ce qu'il ou elle ait terminé ce qu'il ou elle doit faire.

6. Combien de temps votre enfant passe-t-il à faire ces choses dans une journée?	Jamais <input type="radio"/>	Moins d'une heure par jour <input type="radio"/>	Entre 1 et 3 heures par jour <input type="radio"/>	Entre 3 et 8 heures par jour <input type="radio"/>	Plus de 8 heures par jour <input type="radio"/>
7. Comment ces habitudes interfèrent-elles avec l'école ou lorsqu'il est avec ses amis?	Pas du tout <input type="radio"/>	Elles interfèrent un peu <input type="radio"/>	Elles interfèrent parfois <input type="radio"/>	Elles interfèrent beaucoup <input type="radio"/>	Elles interfèrent toujours <input type="radio"/>
8. À quel point votre enfant serait bouleversé s'il ou elle ne pouvait pas faire ces habitudes?	Pas du tout <input type="radio"/>	Elles bouleversent et inquiètent un peu <input type="radio"/>	Elles bouleversent et inquiètent parfois <input type="radio"/>	Elles bouleversent et inquiètent beaucoup <input type="radio"/>	Elles bouleversent et inquiètent toujours <input type="radio"/>
9. À quel point il est difficile pour votre enfant d'essayer d'arrêter ou de combattre ces habitudes?	Il/Elle essaie toujours de résister aux pensées <input type="radio"/>	Il/Elle essaie de résister aux pensées la plupart du temps <input type="radio"/>	Il/Elle essaie de résister aux pensées parfois <input type="radio"/>	Il/Elle n'essaie habituellement pas de résister aux pensées, mais veut le faire <input type="radio"/>	Il/Elle n'essaie pas de résister aux pensées <input type="radio"/>
10. Lorsque votre enfant essaie de lutter contre ces habitudes, est-ce qu'il ou elle peut les arrêter?	Il/Elle peut toujours arrêter les pensées <input type="radio"/>	Il/Elle peut habituellement arrêter les pensées <input type="radio"/>	Il/Elle peut parfois arrêter les pensées <input type="radio"/>	Il/Elle ne peut pas arrêter les pensées très souvent <input type="radio"/>	Il/Elle ne peut jamais arrêter les pensées <input type="radio"/>

Numéro du dossier : _____

FES version modifiée

	Vrai	Faux
1. Les membres de la famille s'entraident et se soutiennent vraiment les uns les autres.		
2. Les membres de la famille expriment rarement leurs émotions.		
3. On se dispute beaucoup dans notre famille.		
4. Nous avons souvent l'air de tuer le temps à la maison.		
5. Nous pouvons nous exprimer librement à la maison.		
6. Il est rare que les membres de notre famille se mettent vraiment en colère.		
7. Nous mettons beaucoup d'énergie dans ce que nous faisons à la maison.		
8. Il est difficile de se défouler à la maison sans mettre quelqu'un mal à l'aise.		
9. Il arrive parfois que les membres de la famille entrent dans une telle colère qu'ils lancent des objets.		
10. Il y a un sentiment d'appartenance dans notre famille.		
11. Nous parlons aux autres membres de la famille de nos problèmes personnels.		
12. Les membres de notre famille se mettent rarement en colère.		
13. C'est rare que quelqu'un va se porter volontaire quand il y a quelque chose à faire à la maison.		
14. Si on a tout à coup envie de faire quelque chose, souvent on se lève et on y va.		
15. Les membres de notre famille se critiquent souvent les uns les autres.		
16. Les membres de ma famille se soutiennent beaucoup les uns les autres.		
17. Quelqu'un devient habituellement bouleversé dans notre famille lorsqu'un membre se plaint.		
18. Il arrive parfois qu'un membre de notre famille en frappe un autre.		
19. Il y a très peu d'esprit de groupe dans notre famille.		

Numéro du dossier : _____

	Vrai	Faux
20. Les questions d'argent et les dépenses courantes sont discutées ouvertement dans notre famille.		
21. Si un désaccord surgit dans notre famille, nous essayons très fort d'arranger les choses et de préserver la paix.		
22. Nous nous entendons réellement bien les uns avec les autres.		
23. Nous faisons généralement attention à ce que nous nous disons les uns les autres.		
24. Les membres de notre famille essaient souvent de l'emporter l'un sur l'autres.		
25. Chacun de nous reçoit beaucoup d'attention.		
26. Il y a beaucoup de discussions spontanées dans notre famille.		
27. À la maison, nous croyons qu'il est impossible de régler quelque chose en élevant la voix.		

Référence : Mailloux, C. (1992). L'environnement familial des enfants de 6 à 12 ans en difficulté d'adaptation et d'apprentissage. Mémoire présenté à l'Université du Québec à Trois-Rivières comme exigence partielle de la maîtrise en psychologie.

Numéro du dossier : _____

Questionnaire 5 : le fonctionnement familial (modèle de McMaster)

(Family assessment Device de Epstein traduit par Bolduc)

Le questionnaire qui suit porte sur le fonctionnement de votre famille				
Cochez la réponse qui correspond le mieux à la perception que vous avez du fonctionnement de votre famille.	Je suis fortement d'accord	Je suis d'accord	Je suis en désaccord	Je suis fortement en désaccord
1. Il est difficile de planifier les activités familiales car nous nous comprenons mal les uns les autres.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
2. Dans notre famille, nous trouvons une solution à la plupart des problèmes de tous les jours.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
3. Quand un membre de la famille est contrarié ou n'est pas en forme, les autres membres savent pourquoi.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
4. Lorsque nous demandons à quelqu'un de faire quelque chose, il faut que nous vérifions s'il l'a fait.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
5. Si un de nous a de la peine, les autres s'en mêlent trop.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
6. En temps de crise, nous pouvons compter sur le soutien des uns et des autres.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
7. En situation d'urgence, nous ne savons pas quoi faire.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
8. Il nous manque parfois de certaines choses dont nous avons besoin.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
9. Nous sommes hésitants à démontrer notre affection les uns envers les autres.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
10. Nous nous assurons que les membres de la famille rencontrent leurs responsabilités familiales.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
11. Nous ne pouvons pas nous parler mutuellement de la tristesse que nous ressentons.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>

Numéro du dossier : _____

Questionnaire 5 : suite

(Family assessment Device de Epstein traduit par Bolduc)

Cochez la réponse qui correspond le mieux à la perception que vous avez du fonctionnement de votre famille.	Je suis fortement d'accord	Je suis d'accord	Je suis en désaccord	Je suis fortement en désaccord
12. Habituellement, lorsque nous prenons une décision par rapport à un problème, nous agissons en conséquence.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
13. Nous obtenons l'intérêt des autres seulement lorsque cela a de l'importance pour eux.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
14. Nous ne pouvons pas savoir ce qu'une personne de notre famille ressent à partir de ce qu'elle dit.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
15. Les tâches familiales ne sont pas suffisamment partagées également entre les membres de notre famille.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
16. Les individus sont acceptés pour ce qu'ils sont.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
17. Vous pouvez désobéir aux règlements sans qu'il y ait de conséquences.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
18. Les personnes s'expriment ouvertement et disent les choses comme elles sont plutôt que de les insinuer.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
19. Certains parmi nous ne font pas voir leurs émotions.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
20. Nous savons ce qu'il faut faire dans une situation d'urgence.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
21. Nous évitons de parler de nos peurs et de nos inquiétudes.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
22. Il est difficile de parler entre nous de sentiments d'affection.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
23. Nous avons de la difficulté à payer nos dettes.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>

Numéro du dossier : _____

Questionnaire 5 : suite

(Family assessment Device de Epstein traduit par Bolduc)

Cochez la réponse qui correspond le mieux à la perception que vous avez du fonctionnement de votre famille.	Je suis fortement d'accord	Je suis d'accord	Je suis en désaccord	Je suis fortement en désaccord
24. Après avoir tenté de résoudre un problème, habituellement notre famille en rediscute pour savoir si la solution a été efficace.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
25. Nous sommes trop centrés sur nous-mêmes (individualistes, égocentriques).	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
26. Nous pouvons exprimer nos sentiments les uns envers les autres.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
27. Nous n'avons pas d'attentes claires en ce qui concerne les habitudes d'hygiènes.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
28. Nous ne laissons pas voir l'amour que nous avons les uns envers les autres.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
29. Nous nous parlons directement plutôt que par personne interposée.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
30. Chacun de nous a ses tâches et ses responsabilités.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
31. Il y a beaucoup de sentiments négatifs dans la famille.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
32. Nous avons des règles en ce qui concerne le fait de frapper les autres.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
33. Nous nous impliquons les uns envers les autres seulement lorsque quelque chose nous intéresse personnellement.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
34. Dans notre famille, il y a peu de temps pour développer nos intérêts personnels (hobby, passe-temps).	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>

Numéro du dossier : _____

Questionnaire 5 : suite

(Family assessment Device de Epstein traduit par Bolduc)

Cochez la réponse qui correspond le mieux à la perception que vous avez du fonctionnement de votre famille.	Je suis fortement d'accord	Je suis d'accord	Je suis en désaccord	Je suis fortement en désaccord
35 Souvent, nous ne disons pas ce que nous pensons réellement.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
36. Nous nous sentons acceptés pour ce que nous sommes.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
37. Nous démontrons de l'intérêt les uns pour les autres quand nous pouvons en retirer quelque chose personnellement.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
38. Nous solutionnons la plupart des bouleversements émotifs qui nous arrivent.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
39. La tendresse passe en deuxième place par rapport aux autres choses dans notre famille.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
40. Nous discutons de qui doit faire les tâches dans la maison.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
41. Prendre des décisions est un problème dans notre famille.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
42. Les membres de notre famille démontrent de l'intérêt les uns aux autres seulement lorsqu'ils peuvent en retirer quelque chose.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
43. Nous sommes francs les uns envers les autres.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
44. Nous n'avons aucune règle ou norme.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
45. Si on demande à quelqu'un de faire quelque chose, il faut le lui rappeler.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>

Numéro du dossier : _____

Questionnaire 5 : suite

(Family assessment Device de Epstein traduit par Bolduc)

Cochez la réponse qui correspond le mieux à la perception que vous avez du fonctionnement de votre famille.	Je suis fortement d'accord	Je suis d'accord	Je suis en désaccord	Je suis fortement en désaccord
46. Nous sommes capables de prendre des décisions sur la façon de résoudre les problèmes.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
47. Si les règles ne sont pas respectées, nous ne savons pas à quoi nous attendre.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
48. Tout est permis dans notre famille.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
49. Nous exprimons de la tendresse.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
50. Nous accordons de l'importance aux problèmes émotifs.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
51. Nous ne nous entendons pas bien ensemble.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
52. Nous ne nous parlons pas lorsque nous sommes fâchés.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
53. En général, nous sommes insatisfaits des tâches familiales qui nous sont assignées.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
54. Même si nous voulons bien faire, nous nous mêlons trop des affaires des autres.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
55. Il y a des règlements pour les situations dangereuses (jouer avec le feu, dans la rue, etc.)	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
56. Nous nous confions les uns aux autres.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>

Numéro du dossier : _____

Questionnaire 5 : suite

(Family assessment Device de Epstein traduit par Bolduc)

Cochez la réponse qui correspond le mieux à la perception que vous avez du fonctionnement de votre famille.	Je suis fortement d'accord	Je suis d'accord	Je suis en désaccord	Je suis fortement en désaccord
57. Nous pouvons pleurer ouvertement dans notre famille.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
58. Nous ne disposons pas de moyens de transport adéquat.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
59. Lorsque nous n'aimons pas ce que quelqu'un a fait, nous lui disons.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
60. Nous essayons d'imaginer plusieurs façons de résoudre les problèmes.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>

Référence : Pauzé, R. (n.d) Analyse des données. École de service social. Université de Laval, Québec, Canada. Repéré à http://www.systemique.be/spip/IMG/pdf/Analyse_des_donnes_es.pdf

Numéro du dossier : _____

ATTITUDES ET COMPORTEMENTS DES PARENTS

Les enfants avec un trouble obsessionnel-compulsif (TOC) ressentent le besoin d'effectuer certains comportements (rituels) encore et encore. Les parents deviennent parfois frustrés en raison des comportements répétitifs et des problèmes associés au TOC de leur enfant. Les énoncés suivants décrivent certaines façons selon lesquelles un parent peut réagir face à son enfant lorsque ce dernier présente ces problèmes. Veuillez s'il vous plaît lire chaque item et indiquer à quelle fréquence vous avez agi de cette manière face à votre enfant au cours des 3 derniers mois.

1. Quand j'en ai ras le bol de ses symptômes, je le/la blâme plutôt que de blâmer le TOC.

Pas du tout				Très souvent
1	2	3	4	5

2. Je blâme mon enfant de déranger la routine familiale avec son TOC.

Pas du tout				Très souvent
1	2	3	4	5

3. Je me retrouve à blâmer mon enfant pour ses symptômes plutôt que de blâmer le TOC.

Pas du tout				Très souvent
1	2	3	4	5

4. Je crois que mon enfant fait des comportements TOC par exprès.

Pas du tout				Très souvent
1	2	3	4	5

5. Il y a des fois où je pense qu'il/elle fait ces comportements encore et encore simplement parce qu'il est têtue.

Pas du tout				Très souvent
1	2	3	4	5

6. Je le/la punis parfois quand il/elle insiste pour faire certains comportements encore et encore.

Pas du tout				Très souvent
1	2	3	4	5

Numéro du dossier : _____

7. Je sens qu'il/elle me cause beaucoup d'ennuis avec ses problèmes de TOC.

Pas du tout				Très souvent
1	2	3	4	5

8. Je soupçonne parfois qu'il/elle fait ces comportements (rituels) simplement pour se venger de moi.

Pas du tout				Très souvent
1	2	3	4	5

9. Si mon enfant ne peut pas faire quelque chose à cause du TOC, je vais le faire pour lui/elle.

Pas du tout				Très souvent
1	2	3	4	5

10. J'excuse mon enfant de certaines activités et responsabilités quand le TOC cause des problèmes.

Pas du tout				Très souvent
1	2	3	4	5

11. J'évite les situations qui rendent le TOC de mon enfant pire.

Pas du tout				Très souvent
1	2	3	4	5

12. Je change souvent de plan ou j'évite souvent certaines personnes ou endroits à cause du TOC de mon enfant.

Pas du tout				Très souvent
1	2	3	4	5

13. Quand il/elle a besoin de mon aide pour effectuer ses rituels, je coopère.

Pas du tout				Très souvent
1	2	3	4	5

14. Je dois parfois laisser mon enfant en dehors des activités familiales à cause de son TOC.

Pas du tout				Très souvent
1	2	3	4	5

Numéro du dossier : _____

15. Je dis à mon enfant de résister à ses comportements TOC.

Pas du tout				Très souvent
1	2	3	4	5

16. Je dis à mon enfant de ne pas laisser le TOC malmener celui-ci ou la famille.

Pas du tout				Très souvent
1	2	3	4	5

17. J'insiste pour que mon enfant travaille dur afin de contrôler ses problèmes de TOC.

Pas du tout				Très souvent
1	2	3	4	5

18. Je donne des conseils à mon enfant sur comment gérer son TOC.

Pas du tout				Très souvent
1	2	3	4	5

19. Je pense qu'une thérapie va aider mon enfant à aller mieux.

Pas du tout				Très souvent
1	2	3	4	5

20. Je soupçonne parfois qu'il/elle ne fait qu'inventer lorsqu'il/elle dit avoir des problèmes.

Pas du tout				Très souvent
1	2	3	4	5

21. Avec un bon autocontrôle, un enfant peut être libéré de n'importe quels symptômes du TOC.

Fortement en accord			Fortement en désaccord	
1	2	3	4	5

22. S'il/elle ne peut pas faire certaines choses à cause de ses problèmes avec le TOC, je vais l'excuser auprès des autres.

Pas du tout				Très souvent
1	2	3	4	5

Référence : Peris, T. S., Benazon, N., Langley, A., Roblek, T., & Piacentini, J. (2008). Parental attitudes, beliefs, and responses to childhood obsessive compulsive disorder: the parental attitudes and behaviors scale. *Child & Family Behavior Therapy*, 30(3), 199-214.

APPENDICE H

PREUVE D'AUTORISATION POUR L'UTILISATION DE L'ÉCHELLE DES ATTITUDES ET COMPORTEMENTS DES PARENTS

RE: The Parental Attitudes and Behaviors Scale

Peris, Tara <TPeris@mednet.ucla.edu>

Ven 2016-10-07 17:47

À : Surprenant, Annie <surprenant.annie@courrier.uqam.ca>; Piacentini, John <JPiacentini@mednet.ucla.edu>

Cc : Leclerc, Julie <leclerc.julie@courrier.uqam.ca>

Hi Annie,

Thank you for your inquiry. We're happy to have you translate the PABS into French. Do you need us to provide a copy?

Please let me know.

Best wishes,

Tara

From: Annie Surprenant [mailto:surprenant.annie@courrier.uqam.ca]

Sent: Friday, October 07, 2016 1:11 PM

To: Peris, Tara <TPeris@mednet.ucla.edu>; Piacentini, John <JPiacentini@mednet.ucla.edu>

Cc: leclerc.julie@courrier.uqam.ca

Subject: The Parental Attitudes and Behaviors Scale

Dear Dr. Peris and Dr Piacentini,

We are a group of researchers (Dr Julie B. Leclerc, Ph.D, Dr Kieron O'Connor, Ph.D.) and doctoral students in psychology working on obsessive compulsive disorder at the Université du Québec à Montréal (UQAM) and Institut Universitaire en santé mentale de Montréal (www.iusmm.ca). Dr Leclerc is a teacher in UQAM and a researcher in IUSMM who works on Tourette disorder, tics and OCD in children. Dr Kieron O'Connor is the director of the CETOCT (a study center for OCD and Tics: www.tictactoc.org) and the president of the Quebec obsessive compulsive disorder Foundation (www.fqjoc.com).

We write to you today because we would like to have your permission to translate in French and use in our future research the *Parental attitudes and behavioral scale* : Peris, T. S., Benazon, N., Langley, A., Roblek, T., & Piacentini, J. (2008). Parental attitudes, beliefs, and responses to childhood obsessive compulsive disorder: The Parental Attitudes and Behaviors Scale. *Child & Family Behavior Therapy*, 30(3), 199-214.

We are presently working on the validation of a French therapy for treating obsessive compulsive disorder in children (9-16 years) at Rivière-des-Prairies Hospital and CETOCT and we would like to use your scale to evaluate the attitudes, beliefs, and behavioral strategies in parents of children who have obsessive compulsive disorder.

Thank you very much for your help,

Annie Surprenant

Étudiante au doctorat en psychologie

Université du Québec à Montréal

APPENDICE I

QUESTIONNAIRE COMPLÉTÉ AVEC L'ENFANT

Numéro du dossier : _____



Questionnaire du jeune

Projet

«Parents, Parlons TOC!»

Numéro du projet : 2018-1231

Titre : Évaluation des effets du programme «Parents, Parlons TOC!» inspiré de l'approche basée sur les inférences chez les parents de jeunes présentant un trouble obsessionnel-compulsif

Étudiante-chercheur: Annie Surprenant
Adresse courriel : surprenant.annie@courrier.uqam.ca
Téléphone : 514-251-4015 #3593

Direction de recherche et chercheur principal: Julie Leclerc, M.Ps., Ph.D.,
Adresse courriel : leclerc.julie@uqam.ca
Téléphone : 514-251-4015 # 3425

Numéro du dossier : _____

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

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

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

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

INSTRUCTIONS GÉNÉRALES

Résumé

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

Informateurs

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

Définitions

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

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

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

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

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

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

Numéro du dossier : _____

Sévérité et Continuité des symptômes

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

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

Procédure

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

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

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

Cotation

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

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

Numéro du dossier : _____

LISTE DES OBSESSIONS DU CY-BOCS

Nom: _____ Code du participant: _____

Date: _____ Évaluateur : _____

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

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

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

Numéro du dossier : _____

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

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

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

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

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

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

Numéro du dossier : _____

LISTE DES COMPULSIONS DU CY-BOCS

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

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

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

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

Actuel	Passé	Compulsions de comptage
		Objets, certains nombres, mots, etc.
		Autre (décrivez):

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

Numéro du dossier : _____

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

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

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

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

Numéro du dossier : _____

LISTE DES SYMPTÔMES CIBLES

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

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

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

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

Numéro du dossier : _____

QUESTIONS SUR LES OBSESSIONS (ITEMS 1-5)

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

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

1. Temps passé aux obsessions

- Combien de temps passes-tu à penser à ces choses?

(Quand les obsessions sont des intrusions brèves et intermittentes, il peut être impossible d'évaluer en heures l'intervalle de temps où elles sont présentes. Dans ce cas, vous estimerez le temps occupé par les obsessions selon la fréquence à laquelle elles apparaissent. Tenez compte à la fois du nombre d'heures affectées par les obsessions et du nombre de fois où les obsessions apparaissent au cours de la journée).

- À quelle fréquence se présentent ces pensées?

(Soyez certains d'exclure les ruminations et les préoccupations qui, contrairement aux obsessions, sont ego-syntones et rationnelles [mais exagérées].)

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

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

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

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

2. Interférence liée aux obsessions

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

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

Numéro du dossier : _____

3. Détresse associée aux obsessions

- Dans quelle mesure ces pensées te dérangent-elles?
(Évaluez seulement l'anxiété/frustration qui semble être générée par les obsessions, et non par une anxiété généralisée ou une anxiété associée à d'autres symptômes.)

0 – Pas du tout	
1 – Un peu	Rarement et pas trop dérangeant
2 – Moyen	Fréquent et dérangeant, mais encore tolérable
3 – Beaucoup	Très fréquent et très dérangeant
4 – Énormément	Détresse/frustration presque constante et handicapante

4. Résistance aux obsessions

- À quel point fais-tu un effort pour arrêter ou ignorer ces pensées?
(Évaluez seulement l'effort fait à résister, plutôt que le succès ou l'échec à contrôler les obsessions. La mesure de la résistance aux obsessions peut être corrélée ou non à la capacité de contrôler les obsessions. Notez que cet item ne mesure pas directement la sévérité des pensées intrusives, mais plutôt une manifestation de santé, i.e. l'effort du client à contrecarrer les obsessions. Ainsi, plus le client s'efforce de résister, moins son fonctionnement est altéré. Si les obsessions sont minimales, le client peut ne pas ressentir le besoin de leur résister. Dans ce cas, une cote de «0» devrait être attribuée.)

0 – Pas du tout	Fait un effort pour résister en tout temps ou les symptômes sont si minimes qu'il n'a pas besoin de résister activement
1 – Un peu	Essaie de résister la plupart du temps
2 – Moyen	Fait un effort pour résister
3 – Beaucoup	Cède à toutes les obsessions sans tenter de les contrôler, mais le fait avec hésitation
4 – Énormément	Cède complètement et volontairement à toutes les obsessions

5. Contrôle sur les obsessions

- Quand tu essaies de combattre les pensées, parviens-tu à les faire disparaître ?
- Dans quelle mesure as-tu le contrôle sur les pensées?
(Contrairement à l'item précédent sur la résistance, la capacité du client à contrôler ses obsessions est associée à la sévérité des pensées intrusives.)

0 – Contrôle complet	
1 – Beaucoup de contrôle	Habituellement en mesure d'arrêter ou de détourner les obsessions avec de l'effort et de la concentration
2 – Contrôle moyen	Parfois en mesure d'arrêter ou de détourner les obsessions
3 – Peu de contrôle	Réussis rarement à arrêter les obsessions; peut difficilement les détourner
4 – Pas de contrôle	Vécues de façon complètement involontaire; rarement en mesure de détourner les pensées, même momentanément.

Numéro du dossier : _____

QUESTIONS SUR LES COMPULSIONS (ITEMS 6-10)

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

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

6A. Temps passé aux compulsions

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

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

- À quelle fréquence fais-tu ces rituels?
(Dans la majorité des cas, les compulsions sont des comportements observables [ex., se laver les mains], mais il peut arriver qu'elles ne soient pas visibles [ex., vérification silencieuse].)

0 – Jamais

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

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

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

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

6B. Intervalle sans compulsion

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

0 – Presque toujours

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

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

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

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

Numéro du dossier : _____

7. Interférence liée aux compulsions

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

0 – Aucune

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

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

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

4 – Extrême Handicapant

8. Détresse associée aux compulsions

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

0 – Pas du tout

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

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

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

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

Numéro du dossier : _____

9. Résistance aux compulsions

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

10. Contrôle sur les compulsions

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

Numéro du dossier : _____

11. Prise de conscience des obsessions et des compulsions

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

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

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

12. Évitement

- Évites-tu de faire des choses, d'aller à des endroits ou d'être avec des gens à cause de tes pensées obsessionnelles ou parce que tu crains de ne pas pouvoir retenir tes compulsions à ce moment là ?
(Si oui, alors demandez :)

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

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

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

Numéro du dossier : _____

13. Indécision

- As-tu de la difficulté à prendre des décisions à propos de choses qui ne semblent pas tellement préoccuper les autres (ex., quels vêtements porter le matin, quelle sorte de céréales acheter) ?

(Excluez la difficulté à prendre des décisions qui reflète les ruminations. L'ambivalence à propos de choix rationnellement difficiles devrait aussi être exclue.)

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

14. Responsabilité pathologique

- Te sens-tu trop responsable de ce que tu fais et des effets que peuvent avoir tes actions?
- Te blâmes-tu pour des choses hors de ton contrôle?
- Es-tu convaincu que quelque chose se produirait vraiment?

(Distinguez les sentiments normaux de responsabilité, les sentiments d'incompétence et la culpabilité pathologique. Une personne qui a tendance à trop culpabiliser se voit ou voit ses actions comme «bon» ou «mauvais»)

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

15. Lenteur obsessionnelle

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

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

Numéro du dossier : _____

16. Doute pathologique

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

0 – Pas du tout

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

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

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

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

17. Sévérité globale

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

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

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

0 – Aucun problème

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

2 – Légère légère difficulté de fonctionnement

3 – Modérée fonctionne avec effort

4 – Modérée-sévère fonctionnement limité

5 – Sévère fonctionne seulement avec de l'aide

6 – Extrême complètement dysfonctionnel

18. Amélioration globale

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

0 – Très aggravé

1 – Beaucoup aggravé

2 – Minimale aggravé

3 – Aucun changement

4 – Minimale amélioré

5 – Beaucoup amélioré

6 – Très amélioré

Numéro du dossier : _____

19. Fiabilité

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

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

Numéro du dossier : _____

CHILDREN'S YALE-BROWN OBSESSIVE COMPULSIVE SCALE
Version française

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

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

APPENDICE J

QUESTIONNAIRE D'APPRÉCIATION DU PROGRAMME PARENTAL

du dossier : _____

**Questionnaire d'appréciation
Programme parental**

S'il vous plaît, veuillez lire attentivement les items suivants et cochez le choix qui représente le mieux votre opinion.

1. En comparant la situation actuelle à celle précédant les rencontres parentales, considérez-vous que la <u>fréquence</u> des obsessions de votre enfant:				
A beaucoup diminuée	A diminuée	Est restée stable	A augmentée	A beaucoup augmentée
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. En comparant la situation actuelle à celle précédant les rencontres parentales, considérez-vous que la <u>fréquence</u> des compulsions de votre enfant:				
A beaucoup diminuée	A diminuée	Est restée stable	A augmentée	A beaucoup augmentée
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Selon vous, la durée de chaque rencontre était:		
Trop courte	Adéquate	Trop longue
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Selon vous, le nombre de rencontres au programme était:		
Insuffisant	Adéquat	Surabondant
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

du dossier : _____

**Questionnaire d'appréciation
Programme parental (suite)**

S'il vous plaît, veuillez évaluer chaque thème couvert dans le programme parental en fonction de son aspect profitable/bénéfique pour votre situation familiale.

5. Rencontre 1 : Éducation psychologique sur le TOC (définition des obsessions, compulsions, des causes du TOC)			
Pas du tout profitable	Peu profitable	Profitable	Très profitable
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Rencontre 2 : Rôle du renforcement négatif du TOC (boucle de renforcement ou effet pervers des compulsions et de l'évitement)			
Pas du tout profitable	Peu profitable	Profitable	Très profitable
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Rencontre 3 : La séquence obsessionnelle (déclencheurs, doutes obsessionnels, conséquences anticipées, anxiété ou malaise, compulsions)			
Pas du tout profitable	Peu profitable	Profitable	Très profitable
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Rencontre 4 : Les répercussions familiales et l' intervention systémique			
Pas du tout profitable	Peu profitable	Profitable	Très profitable
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Rencontre 5 : L' accommodation familiale			
Pas du tout profitable	Peu profitable	Profitable	Très profitable
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

du dossier : _____

**Questionnaire d'appréciation
Programme parental (suite)**

10. Rencontre 6 : La résolution de problème			
Pas du tout profitable	Peu profitable	Profitable	Très profitable
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Rencontre 7 : Les attitudes et les comportements consolidant le cycle du TOC			
Pas du tout profitable	Peu profitable	Profitable	Très profitable
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Rencontre 8 : La communication			
Pas du tout profitable	Peu profitable	Profitable	Très profitable
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Rencontre 9 : La régulation des émotions			
Pas du tout profitable	Peu profitable	Profitable	Très profitable
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Rencontre 10 : L'autonomie du jeune et bilan			
Pas du tout profitable	Peu profitable	Profitable	Très profitable
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

du dossier : _____

**Questionnaire d'appréciation
Programme parental (suite)**

S'il vous plaît, veuillez lire attentivement les items suivants et cochez votre opinion face au programme parental.

15. Quel est votre degré de satisfaction générale face au programme parental? :				
Très mauvais	Mauvais	Moyen	Bon	Très bon
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. Selon vous, la relation thérapeutique avec l'intervenante a été :			
Pas du tout aidante	Peu aidante	Aidante	Très aidante
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Comment estimez-vous le programme quant à la problématique de votre enfant et à votre contexte familial? :			
Pas du tout adapté	Peu adapté	Adapté	Tout à fait adapté
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

du dossier : _____

**Questionnaire d'appréciation
Programme parental (suite)**

18. Une fois le programme terminé, constatez-vous des répercussions positives sur la dynamique de l'ensemble de votre famille? :		
Pas du tout	Un peu	Beaucoup
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. Suite aux rencontres, constatez-vous une amélioration de votre compréhension du trouble obsessionnel-compulsif? :		
Pas du tout	Un peu	Beaucoup
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. Considérez-vous que les rencontres sont bénéfiques afin d'offrir un soutien émotionnel aux parents?			
Pas du tout bénéfique	Peu bénéfique	Bénéfique	Très bénéfique
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21. Considérez-vous que les rencontres sont bénéfiques afin d'outiller les parents sur les manières d'intervenir auprès de leur enfant?			
Pas du tout bénéfique	Peu bénéfique	Bénéfique	Très bénéfique
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22. Recommanderiez-vous ces rencontres à d'autres parents dont l'enfant est atteint du TOC?		
Oui	Non	Ne sait pas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

du dossier : _____

23. Avez-vous des suggestions ou des commentaires pour améliorer les rencontres?

Merci beaucoup de votre participation à ce projet de recherche!

APPENDICE K

PREUVES DES SOUMISSIONS DES ARTICLES

Re: Lettre de décision concernant votre soumission

Revuepsy <Revuepsy@uqtr.ca>

Mer 2020-05-06 16:18

À : Surprenant, Annie <surprenant.annie@courrier.uqam.ca>

Bonjour,

Nous vous remercions d'avoir re-soumis cette version modifiée de votre article. Le tout sera transmis à la Directrice de la revue et nous vous tiendrons informé de la suite du processus.

Je vous souhaite une agréable fin de journée,

Carolanne Vignola-Lévesque

Pour la Revue Québécoise de psychologie



Allez visiter notre nouveau site internet : <http://www.rqpsy.ca>

De : "Surprenant, Annie" <surprenant.annie@courrier.uqam.ca>

Date : mercredi 6 mai 2020 à 16:00

À : Revuepsy <Revuepsy@uqtr.ca>

Objet : Re: Lettre de décision concernant votre soumission

Bonjour à vous,

Nous tenons d'abord à remercier votre comité éditorial pour la qualité et le caractère constructif des remarques émises à la suite de la soumission de notre article. Nous vous faisons parvenir une seconde version du manuscrit intitulé « Rencontres parentales éducatives et thérapeutiques pour le TOC : effet sur l'accommodation familiale ». Nous avons apporté les corrections suggérées par les deux évaluateurs. Nous joignons également à cette nouvelle version une lettre répondant à chacun des points soulevés par les évaluateurs, en précisant les changements effectués et, s'il y a lieu, les raisons pour lesquelles nous n'avons pas procédé à certains changements.

Veillez recevoir nos salutations distinguées,

Annie Surprenant

Doctorante en psychologie, (c) Psy D./Ph. D. Université du Québec à Montréal,

Centre de recherche de l'institut universitaire en santé mentale de Montréal

surprenant.annie@courrier.uqam.ca

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

Professeure — Université du Québec à Montréal, département de psychologie

Directrice adjointe des programmes de premier cycle en psychologie, UQAM

Chercheure — Institut universitaire en santé mentale de Montréal

Chercheure associée — Hôpital Rivière-des-Prairies

514-987-3000 # 5267 et 514-251-4015 # 2340

leclerc.julie@uqam.ca

De : Revuepsy <Revuepsy@uqtr.ca>

Envoyé : 15 février 2020 13:15

À : Surprenant, Annie <surprenant.annie@courrier.uqam.ca>

Objet : Lettre de décision concernant votre soumission

Bonjour Mme Surprenant,

Nous avons reçu les deux évaluations de votre article intitulé : *Rencontres parentales éducatives et thérapeutiques pour le TOC : effet sur l'accommodation familiale*. Les évaluateurs estiment que votre article nécessite des révisions majeures avant d'être jugé apte à une publication dans notre revue. Vous trouverez, en pièce jointe, la lettre de décision concernant votre soumission ainsi que votre manuscrit annoté par un des évaluateurs. Si vous acceptez, nous vous accordons un délai de 3 mois pour nous

renvoyer une version modifiée de votre article. N'hésitez pas à m'aviser si vous pensez avoir besoin d'un délai supplémentaire.

Bien cordialement,

Carolanne Vignola-Lévesque

Pour la Revue Québécoise de psychologie



Allez visiter notre nouveau site internet : <http://www.rqpsy.ca>

Prix RQP-SQRP : <https://www.sqrp.ca/prix-decernes/prix-decerne-revue-quebecoise-de-psychologie-sqrp/>

Confirmation : Soumission article (RQP)

UQTR-Avis-Automatique@uqtr.ca

Lun 2019-06-17 15:39

À : Surprenant, Annie <surprenant.annie@courrier.uqam.ca>

■ 1 pièces jointes (100 ko)

fiche_2101712.html;

Revue québécoise de psychologie
www.rqpsy.qc.ca



Le 17 juin 2019

Annie Surprenant

Au nom du Comité de rédaction de la Revue québécoise de psychologie, nous accusons réception de votre article intitulé : «RENCONTRES PARENTALES ÉDUCATIVES ET THÉRAPEUTIQUES POUR LE TOC: EFFET SUR L'ACCOMMODATION FAMILIALE».

Le comité de lecture (composé de trois évaluateurs) prendra connaissance de votre manuscrit et, dans les meilleurs délais, nous vous ferons parvenir ses commentaires ainsi que la décision du comité de rédaction.

En vous remerciant de votre intérêt pour notre Revue, je vous prie d'agréer l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Suzanne Léveillé,
directrice

Vous pouvez accéder au formulaire par le lien suivant :
https://oraprdnt.uqtr.quebec.ca/pls/public/gscw045.affiche_fiche_formulaire?owa_no_site=1635&owa_no_fiche=6&owa_bottin=O .

Decision on submission to Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders

em.jocrd.6b6.6c226a.741fb51e@editorialmanager.com
<em.jocrd.6b6.6c226a.741fb51e@editorialmanager.com>

de la part de

Eric Storch <em@editorialmanager.com>

Lun 2020-06-22 17:07

À : Surprenant, Annie <surprenant.annie@courrier.uqam.ca>

Manuscript Number: JOCRD-D-20-00025

The effect of educational and therapeutic parental meetings for children obsessive-compulsive disorder: A Preliminary Trial

Dear Mrs Surprenant,

Thank you for submitting the above-referenced manuscript to the Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders. I have now received comments on your paper from two expert reviewers. These reviewers noted some strengths of your paper, including the topic. However, s/he also noted some concerns with your submission that lowered their enthusiasm for its publication. Acceptance of a paper at JOCRD requires strong endorsement from the reviewers. Thus, after having read the reviewers' comments, as well as the manuscript in detail, I am sorry to conclude that we are unable to accept your manuscript for publication.

The main reasons for this decision include the sample size, not randomized nature, as well as the literature review - work by Lebowitz should be noted. Of course, I urge you to read the reviewers' comments (appended further below) for more detail.

Also, I encourage you to consider submitting a revised version to Journal of Cognitive Psychotherapy.

I truly regret making a negative decision especially as your manuscript reports on a study that reflects a considerable amount of time and effort. In spite of my negative decision, I want to thank you for submitting your manuscript to JOCRD. I hope you find the reviewers' comments of use should you decide to revise and resubmit elsewhere.

Kind regards,
Eric Storch
Associate Editor

Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders

BIBLIOGRAPHIE

- Aardema, F., Moulding, R., Radomsky, A. S., Doron, G., Allamby, J., & Souki, E. (2013). Fear of self and obsessionality: Development and validation of the Fear of Self Questionnaire. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 2(3), 306-315.
- Abramovitch, A., Dar, R., Mittelman, A., & Wilhelm, S. (2015). Comorbidity between attention deficit/hyperactivity disorder and obsessive-compulsive disorder across the lifespan: a systematic and critical review. *Harvard Review of Psychiatry*, 23(4), 245.
- Abramowitz, J. S., Whiteside, S. P., & Deacon, B. J. (2005). The effectiveness of treatment for pediatric obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *Behavior Therapy*, 36(1), 55-63.
- Adams, T. G., Kelmendi, B., Brake, C. A., Gruner, P., Badour, C. L., & Pittenger, C. (2018). The role of stress in the pathogenesis and maintenance of obsessive-compulsive disorder. *Chronic Stress*, 2, 2470547018758043.
- Akıncı, E., & Sevi, O. M. (2020). The effect of psycho-education about maternal attitudes on childhood obsessive compulsive disorder symptoms. *Turkish J Clinical Psychiatry*, 23, 7-22.
- Albert, U., Bogetto, F., Maina, G., Saracco, P., Brunatto, C., & Mataix-Cols, D. (2010). Family accommodation in obsessive-compulsive disorder : Relation to symptom dimensions, clinical and family characteristics. *Psychiatry Research*, 179(2), 204-211.

- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5 (5e éd.)*. Arlington, VA : American Psychiatric Publishing.
- Amir, N., Freshman, M., & Foa, E. B. (2000). Family distress and involvement in relatives of obsessive-compulsive disorder patients. *Journal of Anxiety Disorders, 14*(3), 209-217.
- Anastopoulos, A. D., Shelton, T. L., DuPaul, G. J., & Guevremont, D. C. (1993). Parent training for attention-deficit hyperactivity disorder: Its impact on parent functioning. *Journal of Abnormal Child Psychology, 21*(5), 581-596.
- Antshel, K. M., & Barkley, R. (2008). Psychosocial interventions in attention deficit hyperactivity disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 17*(2), 421-437.
- Aspvall, K., Andersson, E., Lenhard, F., Melin, K., Norlin, L., Wallin, L., . . . Mataix-Cols, D. (2019). Stepped Care Internet-Delivered vs Face-to-Face Cognitive-Behavior Therapy for Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder: A Trial Protocol for a Randomized Noninferiority Trial. *JAMA network open, 2*(10), e1913810-e1913810.
- Aspvall, K., Andrén, P., Lenhard, F., Andersson, E., Mataix-Cols, D., & Serlachius, E. (2018). Internet-delivered cognitive behavioural therapy for young children with obsessive-compulsive disorder: development and initial evaluation of the BIP OCD Junior programme. *BJPsych open, 4*(3), 106-112.
- Babiano-Espinosa, L., Wolters, L. H., Weidle, B., op de Beek, V., Pedersen, S. A., Compton, S., & Skokauskas, N. (2019). Acceptability, feasibility, and efficacy of Internet cognitive behavioral therapy (iCBT) for pediatric obsessive-compulsive disorder: a systematic review. *Systematic Reviews, 8*(1), 284.
- Barkley, R. A. (2013). *Defiant children: A clinician's manual for assessment and parent training*: Guilford Press.
- Barkley, R. A., Edwards, G., Laneri, M., Fletcher, K., & Metevia, L. (2001). The efficacy of problem-solving communication training alone, behavior

- management training alone, and their combination for parent–adolescent conflict in teenagers with ADHD and ODD. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*(6), 926.
- Barrett, P. M., Farrell, L., Pina, A. A., Peris, T. S., & Piacentini, J. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for child and adolescent obsessive–compulsive disorder. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 37*(1), 131-155.
- Barrett, P., Farrell, L., Dadds, M., & Boulter, N. (2005). Cognitive-behavioral family treatment of childhood obsessive-compulsive disorder: Long-term follow-up and predictors of outcome. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 44*(10), 1005-1014.
- Barrett, P., Healy-Farrell, L., & March, J. S. (2004). Cognitive-behavioral family treatment of childhood obsessive-compulsive disorder: a controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 43*(1), 46-62.
- Bartlett, J. D., Kotake, C., Fauth, R., & Easterbrooks, M. A. (2017). Intergenerational transmission of child abuse and neglect: Do maltreatment type, perpetrator, and substantiation status matter? *Child Abuse & Neglect, 63*, 84-94.
- Beaudoin, M. (2007). *Intervention psychoéducative de réadaptation en milieu familial*. Université du Québec à Trois-Rivières.
- Benazon, N., Ager, J., & Rosenberg, D. (2002). Cognitive behavior therapy in treatment-naive children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: an open trial. *Behaviour Research and Therapy, 40*(5), 529-539.
- Berthiaume, C., Turgeon, L., & O'Connor, K. (2004). L'évaluation et le traitement psychologique du trouble obsessionnel-compulsif chez les enfants et les adolescents : Découvertes récentes. *Journal de thérapie comportementale et cognitive, 14*(1), 35-46.
- Berthiaume, C. (2013). *Rencontre de discussion du projet Maître à Bord*. Clinique d'intervention des troubles anxieux, Hôpital Rivière-des-Prairies.

- Boileau, B. (2011). A review of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Dialogues in clinical neuroscience*, 13(4), 401.
- Bolton, D., & Perrin, S. (2008). Evaluation of exposure with response-prevention for obsessive compulsive disorder in childhood and adolescence. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39(1), 11-22.
- Bolton, D., Williams, T., Perrin, S., Atkinson, L., Gallop, C., Waite, P., & Salkovskis, P. (2011). Randomized controlled trial of full and brief cognitive-behaviour therapy and wait-list for paediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(12), 1269-1278.
- Bombardier, M., Blanchet, M. M., Leclerc, J. B., Berthiaume, C., Fontaine, A., & O'Connor, K. (2018). Thérapie basée sur les inférences ciblant les enfants ayant un trouble obsessionnel-compulsif : cas clinique. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 28(2), 55-64.
- Bouvard, M., & Dupont, H. (2006). *Les troubles obsessionnels compulsifs : principes, thérapies, applications* : Paris : Masson.
- Briesmeister, J. M., & Schaefer, C. E. (2007). *Handbook of parent training: Helping parents prevent and solve problem behaviors*: Wiley.
- Brislin, R. W. (1970). Back-translation for cross-cultural research. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 1(3), 185-216.
- Calvocoressi, L., Lewis, B., Harris, M., & Trufan, S. J. (1995). Family accommodation in obsessive-compulsive disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 152(3), 441.
- Carneiro, C., Vaudan, C., Marwood, A. D., Darwiche, J., Despland, J.-N., & de Roten, Y. (2013). L'« Intervention systémique brève » : un manuel thérapeutique. *Thérapie familiale*, 34(1), 115-130.
- Carver, C. S., Lawrence, J. W., & Scheier, M. F. (1999). Self-discrepancies and affect: Incorporating the role of feared selves. *Personality and social psychology bulletin*, 25(7), 783-792.
- Chambless, D. L., & Steketee, G. (1999). Expressed emotion and behavior therapy outcome: A prospective study with obsessive-

- compulsive and agoraphobic outpatients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(5), 658.
- Chambless, D. L., & Steketee, G. (1999). Expressed emotion and behavior therapy outcome: A prospective study with obsessive-compulsive and agoraphobic outpatients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(5), 658.
- Corcoran, J. (2000). Family interventions with child physical abuse and neglect: A critical review. *Children and Youth Services Review*, 22(7), 563-591.
- Dansereau, V., & Bouchard, G. (2004). Le trouble obsessionnelcompulsif chez les enfants : Quel est le rôle de l'enseignant? Repéré à <http://www.comportement.net/bibliotheque/toc.PDF>
- De Graaf, I., Speetjens, P., Smit, F., de Wolff, M., & Tavecchio, L. (2008). Effectiveness of the Triple P Positive Parenting Program on behavioral problems in children: A meta-analysis. *Behavior Modification*, 32(5), 714-735.
- De Haan, E., Van Oppen, P., Van Balkom, A., Spinhoven, P., Hoogduin, K., & Van Dyck, R. (1997). Prediction of outcome and early vs. late improvement in OCD patients treated with cognitive behaviour therapy and pharmacotherapy. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96(5), 354-361.
- De Montigny, F., & Beaudet, L. (1997). *Lorsque la vie éclate : l'impact de la mort d'un enfant sur la famille* : Éditions du Renouveau pédagogique.
- Del Greco, L., Walop, W., & Eastridge, L. (1987). Questionnaire development: 3. Translation. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 136(8), 817.
- Direction de la qualité des services. (2013). *Programme d'aide au développement et à l'apprentissage des habiletés sociales*. Centre jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec Québec. Repéré à <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/bs2273669>
- Dretzke, J., Davenport, C., Frew, E., Barlow, J., Stewart-Brown, S., Bayliss, S., . . . Hyde, C. (2009). The clinical effectiveness of different parenting programmes

- for children with conduct problems: a systematic review of randomised controlled trials. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 3(1), 7.
- Ekman, P. (1992). An argument for basic emotions. *Cognition & Emotion*, 6(3-4), 169-200.
- Epstein, N. B., Bishop, D. S., & Levin, S. (1978). The McMaster model of family functioning. *Journal of Marital and Family Therapy*, 4(4), 19-31.
- Faber, A., Mazlish, E., Coe, K. A., Faber, J., & Roy, R. (2012). *Parler pour que les enfants écoutent, écouter pour que les enfants parlent* : Aux Editions du Phare.
- Fabiano, G. A., Pelham Jr, W. E., Coles, E. K., Gnagy, E. M., Chronis-Tuscano, A., & O'Connor, B. C. (2009). A meta-analysis of behavioral treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clinical Psychology Review*, 29(2), 129-140.
- Favez, N. (2011). *L'examen clinique de la famille: modèles et instruments d'évaluation* (Vol. 5): Editions Mardaga.
- Ferrier, S., & Brewin, C. R. (2005). Feared identity and obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 43(10), 1363-1374.
- Fibbe, L., & Cath, D. (2011). Obsessive compulsive disorder with tics : a new subtype? *Tijdschrift Voor Psychiatrie*, 53(5), 275-285.
- Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics*: sage.
- Flament, M. F., Whitaker, A., Rapoport, J. L., Davies, M., Berg, C. Z., Kalikow, K., . . . Shaffer, D. (1988). Obsessive compulsive disorder in adolescence : an epidemiological study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 27(6), 764-771.
- Flessner, C. A., Freeman, J. B., Sapyta, J., Garcia, A., Franklin, M. E., March, J. S., & Foa, E. (2011). Predictors of parental accommodation in pediatric obsessive-compulsive disorder: Findings from the pediatric obsessive-compulsive disorder treatment study (POTS) trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 50(7), 716-725.
- Foa, E. B., Liebowitz, M. R., Kozak, M. J., Davies, S., Campeas, R., Franklin, M. E., . . . Schmidt, A. B. (2005). Randomized, placebo-controlled trial of exposure and

ritual prevention, clomipramine, and their combination in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 162(1), 151-161.

Fontaine, A. (2012). *Adaptation d'une thérapie ciblant l'imagination pour les enfants de 9 à 12 ans aux prises avec un trouble obsessionnel-compulsif*. (Essai doctoral). Université de Montréal, Montréal.

Fontaine, A., & Roberts, S. (2010). *L'échelle des comportements d'accommodation de la famille par rapport au TOC*. Montréal.

Fontaine, A., Berthiaume, C., & O'Connor, K. (2018). *Programme de la thérapie basée sur les inférences pour les enfants de 9 à 12 ans souffrant du TOC : programme maître à bord*. Manuel du thérapeute. Montréal, Canada.

Franklin, M. E., Freeman, J. B., & March, J. S. (2018). *Treating OCD in Children and Adolescents: A Cognitive-Behavioral Approach* : Guilford Press.

Franklin, M. E., Kratz, H. E., Freeman, J. B., Ivarsson, T., Heyman, I., Sookman, D., . . . March, J. (2015). Cognitive-behavioral therapy for pediatric obsessive-compulsive disorder : empirical review and clinical recommendations. *Psychiatry Research*, 227(1), 78-92.

Franklin, M. E., Sapyta, J., Freeman, J. B., Khanna, M., Compton, S., Almirall, D., . . . Edson, A. L. (2011). Cognitive behavior therapy augmentation of pharmacotherapy in pediatric obsessive-compulsive disorder: the Pediatric OCD Treatment Study II (POTS II) randomized controlled trial. *JaMa*, 306(11), 1224-1232.

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

- Gagné, K., Letarte, M., & Cliche, J. (2015). L'approche collaborative au sein des groupes de parents dans le cadre de « Ces années incroyables ». *Au cœur de l'intervention de groupe : Nouvelles pratiques psychoéducatives*, 205-219.
- Garcia, A. M., Sapyta, J. J., Moore, P. S., Freeman, J. B., Franklin, M. E., March, J. S., & Foa, E. B. (2010). Predictors and moderators of treatment outcome in the Pediatric Obsessive Compulsive Treatment Study (POTS I). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(10), 1024-1033.
- Geller, D. A. (2006). Obsessive-compulsive and spectrum disorders in children and adolescents. *Psychiatric Clinics*, 29(2), 353-370.
- Geller, D. A., Biederman, J., Griffin, S., Jones, J., & Lefkowitz, T. R. (1996). Comorbidity of juvenile obsessive-compulsive disorder with disruptive behavior disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35(12), 1637-1646.
- Gendreau, G. (2001). *Jeunes en difficulté et intervention psychoéducatrice* : Montréal : Éditions sciences et culture.
- Goodman, W., Price, L., Rasmussen, S., Riddle, M., & Rapoport, J. (1991). Children's Yale-Brown obsessive compulsive scale (CY-BOCS). *New Haven: Department of Psychiatry, Yale University School of Medicine*.
- Gushanas, K. L. (2019). *The role of parental experiential avoidance (PEA) in the accommodation of pediatric obsessive-compulsive disorder (POCD)*.
- Hauth-Charlier, S. (2009). Évaluation du Programme d'entraînement aux habiletés parentales de Barkley pour les parents d'enfant ayant un TDA/H issus d'une population française. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 19(4), 163-166.
- Hauth-Charlier, S. (2014). Articulation des programmes de formation aux habiletés parentales et des interventions en milieu scolaire dans le cadre du TDA/H : vers une collaboration école-famille. *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation*(4), 71-84.

- Hauth-Charlier, S., & Clément, C. (2014). Abord développemental du TDAH : Efficacité d'un programme d'entraînement aux habiletés parentales. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 46(2), 107.
- Henin, A., & Kendall, P. C. (1997). Obsessive—Compulsive Disorder in Childhood and Adolescence. In *Advances in Clinical Child Psychology* (pp. 75-131): Springer.
- Hibbs, E. D., Hamburger, S. D., Lenane, M., Rapoport, J. L., Kruesi, M. J., Keysor, C. S., & Goldstein, M. J. (1991). Determinants of expressed emotion in families of disturbed and normal children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 32(5), 757-770.
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(1), 12.
- Jacqueline, M. L., & Margo, T. (2005). Group cognitive-behavior therapy with family involvement for middle-school-age children with obsessive-compulsive disorder: A pilot study. *Child Psychiatry and Human Development*, 36(1), 113-127.
- Kazdin, A. E. (2008). *Parent management training: Treatment for oppositional, aggressive, and antisocial behavior in children and adolescents*: Oxford University Press.
- Kazdin, A. E. (2011). *Single-case research designs: Methods for clinical and applied settings*: Oxford University Press.
- Keeley, M. L., Geffken, G. R., Ricketts, E., McNamara, J. P., & Storch, E. A. (2011). The therapeutic alliance in the cognitive behavioral treatment of pediatric obsessive—compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(7), 855-863.
- Lawrence, D. (1988). *Enhancing self-esteem in the classroom*: Pine Forge Press.
- Lebowitz, E. R., Marin, C., Martino, A., Shimshoni, Y., & Silverman, W. K. (2020). Parent-based treatment as efficacious as cognitive-behavioral therapy for

- childhood anxiety: A randomized noninferiority study of supportive parenting for anxious childhood emotions. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 59(3), 362-372.
- Lebowitz, E. R., Omer, H., Hermes, H., & Scahill, L. (2014). Parent training for childhood anxiety disorders: the SPACE program. *Cognitive and Behavioral Practice*, 21(4), 456-469.
- Lebowitz, E. R. (2013). Parent-based treatment for childhood and adolescent OCD. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 2(4), 425-431.
- Lebowitz, E. R., Motlagh, M. G., Katsovich, L., King, R. A., Lombroso, P. J., Grantz, H., . . . Singer, H. S. (2012). Tourette syndrome in youth with and without obsessive compulsive disorder and attention deficit hyperactivity disorder. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 21(8), 451-457.
- Lebowitz, E. R., Panza, K. E., & Bloch, M. H. (2016). Family accommodation in obsessive-compulsive and anxiety disorders: a five-year update. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 16(1), 45-53.
- Leclerc, J. B. (2015). *Prends ton Tourette par les cornes ! Programme d'entraînement à l'autogestion des épisodes explosifs chez les jeunes ayant le syndrome de Gilles de la Tourette. Guides méthodologiques (enfant et thérapeute)*. Montréal.
- Leclerc, J. B., Goulet, G., Nadia, H., & O'Connor, K. (2013). *Façotik ; Léa et Nico font face aux tics. Guides méthodologiques (enfant et thérapeute)*. Montréal.
- Lee, P.-c., Niew, W.-i., Yang, H.-j., Chen, V. C.-h., & Lin, K.-c. (2012). A meta-analysis of behavioral parent training for children with attention deficit hyperactivity disorder. *Research in Developmental Disabilities*, 33(6), 2040-2049.
- Leonard, H. L., Swedo, S. E., Lenane, M. C., Rettew, D. C., Hamburger, S. D., Bartko, J. J., & Rapoport, J. L. (1993). A 2-to 7-year follow-up study of 54 obsessive-compulsive children and adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 50(6), 429-439.

- Lewin, A. B., Storch, E. A., Merlo, L. J., Adkins, J. W., Murphy, T., & Geffken, G. A. (2005). Intensive Cognitive Behavioral Therapy for Pediatric Obsessive Compulsive Disorder : A Treatment Protocol for Mental Health Providers. *Psychological Services, 2*(2), 91.
- Lundahl, B., Risser, H. J., & Lovejoy, M. C. (2006). A meta-analysis of parent training: Moderators and follow-up effects. *Clinical Psychology Review, 26*(1), 86-104.
- Mailloux, C. (1992). *L'environnement familial des enfants de 6 à 12 ans en difficulté d'adaptation et d'apprentissage*. Université du Québec à Trois-Rivières.
- March, J. S., & Mulle, K. (1998). *OCD in children and adolescents: A cognitive-behavioral treatment manual*: Guilford Press.
- March, J. S., Mulle, K., & Herbel, B. (1994). Behavioral psychotherapy for children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: an open trial of a new protocol-driven treatment package. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 33*(3), 333-341.
- McGrath, C. A., & Abbott, M. J. (2019). Family-Based Psychological Treatment for Obsessive Compulsive Disorder in Children and Adolescents: A Meta-analysis and Systematic Review. *Clinical Child and Family Psychology Review, 1*-24.
- Melli, G., Aardema, F., & Moulding, R. (2016). Fear of self and unacceptable thoughts in obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 23*(3), 226-235.
- Merlo, L. J., Lehmkuhl, H. D., Geffken, G. R., & Storch, E. A. (2009). Decreased family accommodation associated with improved therapy outcome in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*(2), 355.
- Micali, N., Heyman, I., Perez, M., Hilton, K., Nakatani, E., Turner, C., & Mataix-Cols, D. (2010). Long-term outcomes of obsessive-compulsive disorder: follow-up of 142 children and adolescents. *The British Journal of Psychiatry, 197*(2), 128-134.

- Mol Debes, N. M. (2013). Co-morbid disorders in Tourette syndrome. *Behavioural Neurology, 27*(1), 7-14.
- Mollard, E., Cottraux, J., & Bouvard, M. (1989). Version française de l'échelle d'obsession-compulsion de Yale-Brown. *L'Encéphale: Revue de psychiatrie clinique biologique et thérapeutique*.
- Moos, R. H., & Moos, B. S. (1994). *Family environment scale manual*: Consulting Psychologists Press.
- Mowrer, O. (1960). Learning theory and behavior.
- Mullick, M. S. I., & Goodman, R. (2005). The prevalence of psychiatric disorders among 5–10 year olds in rural, urban and slum areas in Bangladesh. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 40*(8), 663-671.
- Nikodijevic, A., Moulding, R., Anglim, J., Aardema, F., & Nedeljkovic, M. (2015). Fear of self, doubt and obsessive compulsive symptoms. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 49*, 164-172.
- O'Connor, K., & Aardema, F. (2011). *Clinician's handbook for obsessive compulsive disorder: inference-based therapy*: Wiley.
- O'Connor, K., Aardema, F., & Pélissier, M.-C. (2005). *Beyond reasonable doubt: Reasoning processes in obsessive-compulsive disorder and related disorders*: Wiley.
- O'Connor, K., Aardema, F., Bouthillier, D., Fournier, S., Guay, S., Robillard, S., . . . Tremblay, M. (2005). Evaluation of an inference-based approach to treating obsessive-compulsive disorder. *Cognitive Behaviour Therapy, 34*(3), 148-163.
- Olatunji, B. O., Davis, M. L., Powers, M. B., & Smits, J. A. (2013). Cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis of treatment outcome and moderators. *Journal of Psychiatric Research, 47*(1), 33-41.
- Peris, T. S., Benazon, N., Langley, A., Roblek, T., & Piacentini, J. (2008). Parental attitudes, beliefs, and responses to childhood obsessive compulsive disorder: The

- Parental Attitudes and Behaviors Scale. *Child & Family Behavior Therapy*, 30(3), 199-214.
- Peris, T. S., Bergman, R. L., Langley, A., Chang, S., McCracken, J. T., & Piacentini, J. (2008). Correlates of accommodation of pediatric obsessive-compulsive disorder: parent, child, and family characteristics. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47(10), 1173-1181.
- Peris, T. S., Rozenman, M. S., Sugar, C. A., McCracken, J. T., & Piacentini, J. (2017). Targeted family intervention for complex cases of pediatric obsessive-compulsive disorder: a randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 56(12), 1034-1042. e1031.
- Peris, T. S., & Piacentini, J. (2013). Optimizing treatment for complex cases of childhood obsessive compulsive disorder: a preliminary trial. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 42(1), 1-8.
- Peris, T. S., Sugar, C. A., Bergman, R. L., Chang, S., Langley, A., & Piacentini, J. (2012). Family factors predict treatment outcome for pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(2), 255.
- Peris, T. S., Yadegar, M., Asarnow, J. R., & Piacentini, J. (2012). Pediatric obsessive compulsive disorder : Family climate as a predictor of treatment outcome. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 1(4), 267-273.
- Piacentini, J., Bergman, R. L., Chang, S., Langley, A., Peris, T., Wood, J. J., & McCracken, J. (2011). Controlled comparison of family cognitive behavioral therapy and psychoeducation/relaxation training for child obsessive-compulsive disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 50(11), 1149-1161.
- Piacentini, J., Bergman, R. L., Jacobs, C., McCracken, J. T., & Kretchman, J. (2002). Open trial of cognitive behavior therapy for childhood obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 16(2), 207-219.

- Piacentini, J., Bergman, R. L., Keller, M., & McCracken, J. (2003). Functional impairment in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, *13*(2, Supplement 1), 61-69.
- Piacentini, J., Langley, A., & Roblek, T. (2007). *Cognitive behavioral treatment of childhood OCD: It's only a false alarm therapist guide*: Oxford University Press.
- POTS (2004). Cognitive-Behavior Therapy, Sertraline, and Their Combination for Children and Adolescents With Obsessive-Compulsive DisorderThe Pediatric OCD Treatment Study (POTS) Randomized Controlled Trial. *JaMa*, *292*(16), 1969-1976. doi:10.1001/jama.292.16.1969
- Rachman, S. (1977). The conditioning theory of fearacquisition: A critical examination. *Behaviour Research and Therapy*, *15*(5), 375-387.
- Renshaw, K. D., Steketee, G., & Chambless, D. L. (2005). Involving family members in the treatment of OCD. *Cognitive Behaviour Therapy*, *34*(3), 164-175.
- Rosa-Alcázar, Á., Rosa-Alcázar, A. I., Olivares-Olivares, P. J., Parada-Navas, J. L., Rosa-Alcázar, E., & Sánchez-Meca, J. (2019). Family involvement and treatment for young children with Obsessive-Compulsive Disorder: Randomized control study. *International Journal of Clinical and Health Psychology*.
- Sanders, M. R., & Kirby, J. N. (2015). Surviving or thriving: Quality assurance mechanisms to promote innovation in the development of evidence-based parenting interventions. *Prevention Science*, *16*(3), 421-431.
- Scahill, L., Riddle, M. A., McSwiggin-Hardin, M., Ort, S. I., King, R. A., Goodman, W. K., . . . Leckman, J. F. (1997). Children's Yale-Brown obsessive compulsive scale: reliability and validity. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *36*(6), 844-852.
- Scahill, L., Sukhodolsky, D. G., Bearss, K., Findley, D., Hamrin, V., Carroll, D. H., & Rains, A. L. (2006). Randomized trial of parent management training in children with tic disorders and disruptive behavior. *Journal of Child Neurology*, *21*(8), 650-656.

- Sevilla-Cermeño, L., Andrén, P., Hillborg, M., Silverberg-Morse, M., Mataix-Cols, D., & de la Cruz, L. F. (2019). Insomnia in pediatric obsessive-compulsive disorder: prevalence and association with multimodal treatment outcomes in a naturalistic clinical setting. *Sleep Medicine*, *56*, 104-110.
- Skinner, B. (1957). Verbal learning. New York, NY : Appleton-Century-Crofts.
- Staccini, L., Tomba, E., Grandi, S., & Keitner, G. I. (2015). The evaluation of family functioning by the family assessment device: A systematic review of studies in adult clinical populations. *Family Process*, *54*(1), 94-115.
- Statistique Canada. (2017, 18 juin 2019). Profil du recensement, Recensement de 2016. Repéré à <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/dp-pd/prof/index.cfm?Lang=F>
- Stewart, S., Geller, D., Jenike, M., Pauls, D., Shaw, D., Mullin, B., & Faraone, S. (2004). Long-term outcome of pediatric obsessive-compulsive disorder : a meta-analysis and qualitative review of the literature. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *110*(1), 4-13.
- Stewart, S. E., Hu, Y.-P., Leung, A., Chan, E., Hezel, D. M., Lin, S. Y., . . . Pauls, D. L. (2017). A multisite study of family functioning impairment in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *56*(3), 241-249. e243.
- Storch, E. A., Caporino, N. E., Morgan, J. R., Lewin, A. B., Rojas, A., Brauer, L., . . . Murphy, T. K. (2011). Preliminary investigation of web-camera delivered cognitive-behavioral therapy for youth with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*, *189*(3), 407-412.
- Storch, E. A., Geffken, G. R., Merlo, L. J., Jacob, M. L., Murphy, T. K., Goodman, W. K., . . . Grabill, K. (2007). Family accommodation in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, *36*(2), 207-216.

- Storch, E. A., Lehmkuhl, H. D., Ricketts, E., Geffken, G. R., Marien, W., & Murphy, T. K. (2010). An open trial of intensive family based cognitive-behavioral therapy in youth with obsessive-compulsive disorder who are medication partial responders or nonresponders. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 39(2), 260-268.
- Storch, E. A., Merlo, L. J., Larson, M. J., Marien, W. E., Geffken, G. R., Jacob, M. L., . . . Murphy, T. K. (2008). Clinical features associated with treatment-resistant pediatric obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 49(1), 35-42.
- Storch, E. A., Shapira, N. A., Dimoulas, E., Geffken, G. R., Murphy, T. K., & Goodman, W. K. (2005). Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale : the dimensional structure revisited. *Depression and Anxiety*, 22(1), 28-35.
- Surprenant, A. (2020). *Évaluation de l'effet de rencontres parentales éducatives et thérapeutiques de « Parents, parlons TOC! » chez les parents de jeunes présentant un TOC*. Université du Québec à Montréal, Montréal.
- Surprenant, A., & Leclerc, J. B. (2017). *Parents, parlons TOC! : Rencontres parentales éducatives et thérapeutiques* [Guide méthodologique (parents et thérapeute)]. Centre d'études pour les troubles obsessionnels-compulsifs et les tics, Université du Québec à Montréal.
- Surprenant, A. (2014). Le trouble obsessionnel--compulsif chez les enfants et les adolescents. *Bulletin d'information annuel OCDire --- TOCtalk*, 11(1), 19-22.
Repéré à http://media.wix.com/ugd/815ab0_877e5fffa7e24d228483c7f8ede355d6.pdf
- Thienemann, M., Martin, J., Cregger, B., Thompson, H. B., & Dyer-Friedman, J. (2001). Manual-driven group cognitive-behavioral therapy for adolescents with obsessive-compulsive disorder : A pilot study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(11), 1254-1260.
- Thompson-Hollands, J., Abramovitch, A., Tompson, M. C., & Barlow, D. H. (2015). A randomized clinical trial of a brief family intervention to reduce

- accommodation in obsessive-compulsive disorder: a preliminary study. *Behavior Therapy*, 46(2), 218-229.
- Thompson-Hollands, J., Edson, A., Tompson, M. C., & Comer, J. S. (2014). Family involvement in the psychological treatment of obsessive-compulsive disorder : A meta-analysis. *Journal of Family Psychology*, 28(3), 287.
- Thorley, G., & Yule, W. (1982). A Role-Play Test of Parent-Child Interaction. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 10(2), 146-161.
- Timpano, K. R., Keough, M. E., Mahaffey, B., Schmidt, N. B., & Abramowitz, J. (2010). Parenting and obsessive compulsive symptoms: Implications of authoritarian parenting. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 24(3), 151-164.
- Valderhaug, R., Larsson, B., Götestam, K. G., & Piacentini, J. (2007). An open clinical trial of cognitive-behaviour therapy in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder administered in regular outpatient clinics. *Behaviour Research and Therapy*, 45(3), 577-589.
- Vikas, A., Avasthi, A., & Sharan, P. (2011). Psychosocial impact of obsessive-compulsive disorder on patients and their caregivers: a comparative study with depressive disorder. *International Journal of Social Psychiatry*, 57(1), 45-56.
- Villeneuve, C. (2006). *L'intervention en santé mentale : le pouvoir thérapeutique de la famille* : PUM.
- Waters, T. L., & Barrett, P. M. (2000). The role of the family in childhood obsessive-compulsive disorder. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 3(3), 173-184.
- Watson, H. J., & Rees, C. S. (2008). Meta-analysis of randomized, controlled treatment trials for pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(5), 489-498.
- Webster-Stratton, C. (2016). The incredible years: Use of play interventions and coaching for children with externalizing difficulties. *Reddy, TM Empirically Based Play Interventions for Children*, 2.

- Weidle, B., Jozefiak, T., Ivarsson, T., & Thomsen, P. H. (2014). Quality of life in children with OCD with and without comorbidity. *Health and Quality of Life Outcomes, 12*(1), 152.
- Wever, C., & Rey, J. M. (1997). Juvenile obsessive—compulsive disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 31*(1), 105-113.
- Wu, M. S., Geller, D. A., Schneider, S. C., Small, B. J., Murphy, T. K., Wilhelm, S., & Storch, E. A. (2019). Comorbid psychopathology and the clinical profile of family accommodation in pediatric OCD. *Child Psychiatry & Human Development, 1-10*.
- Wu, M. S., Lewin, A. B., Murphy, T. K., Geffken, G. R., & Storch, E. A. (2014). Phenomenological considerations of family accommodation: Related clinical characteristics and family factors in pediatric obsessive—compulsive disorder. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders, 3*(3), 228-235.

