

**Louis Chaloult**

**Avec la collaboration de Jean Goulet et Thanh-Lan Ngô**

**GUIDE DE PRATIQUE  
POUR L'ÉVALUATION  
ET LE TRAITEMENT COGNITIVO-COMPORTEMENTAL  
DU TROUBLE ANXIÉTÉ SOCIALE (TAS)  
(PHOBIE SOCIALE)**

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

## À PROPOS DE CE GUIDE DE PRATIQUE

Ce guide de pratique s'adresse avant tout aux cliniciens à qui il cherche à fournir une information concise, pratique et raisonnablement à jour sur le traitement pharmacologique et la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) du Trouble anxiété sociale (TAS). La présente version demeure toutefois un **document de travail**. Elle n'a pas la prétention d'être complète et elle peut faire l'objet de discussions, de corrections ainsi que de modifications futures.

Nous référons les lecteurs à l'ouvrage de Chaloult et coll. (2008) pour une présentation pratique des principes fondamentaux et des techniques de base de la TCC.

-----

## À PROPOS DES AUTEURS

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

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

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

## SOMMAIRE

Section I :	Description et évaluation du Trouble anxiété sociale (TAS).....	4
Section II :	Traitement pharmacologique du Trouble anxiété sociale .....	12
Section III :	Modèle cognitivo-comportemental pour la compréhension du Trouble anxiété sociale .....	18
Section IV :	Principales étapes du traitement cognitivo-comportemental du Trouble anxiété sociale .....	24
Section V :	Déroulement du traitement .....	31
Section VI :	Instruments de mesure et outils de traitement .....	37
Section VII	Bibliographie .....	52

**SECTION I**  
**DESCRIPTION ET ÉVALUATION DU TROUBLE ANXIÉTÉ SOCIALE (TAS)**  
**(PHOBIE SOCIALE)**

Cette section se divise en quatre parties :

- A. Description et quelques caractéristiques du Trouble anxiété sociale (TAS)
- B. Les critères diagnostiques du Trouble anxiété sociale et de la Personnalité évitante selon le DSM-5
- C. Les instruments de mesure utilisés au moment de l'évaluation du Trouble anxiété sociale
- D. Le diagnostic différentiel du Trouble anxiété sociale.

**A. DESCRIPTION ET QUELQUES CARACTÉRISTIQUES**  
**DU TROUBLE ANXIÉTÉ SOCIALE (TAS)**

**Brève description du Trouble anxiété sociale**

Le Trouble anxiété sociale (TAS en abrégé ; on le désigne encore parfois sous son ancien nom de « Phobie sociale ») consiste en une peur excessive d'une ou de plusieurs situations sociales. Les situations les plus souvent en cause sont la peur de parler ou de performer en public, la peur de participer à des réunions de groupe ou encore la peur de faire de nouvelles connaissances, de manger en public, d'utiliser des toilettes publiques, d'être en désaccord avec autrui ou de parler à quelqu'un en autorité. Confrontées à ces situations, les personnes souffrant d'un TAS craignent d'être mal jugées parce que leur performance laisse à désirer ou simplement parce qu'elles paraissent anxieuses.

Ces personnes évitent les situations sociales redoutées ou manifestent une intense anxiété si elles y font face. Elles présentent alors de nombreux symptômes physiologiques : palpitations, tremblements, transpiration, tension musculaire, douleur à la poitrine, gorge sèche, sensations de chaud et de froid et maux de tête. Ces symptômes sont parfois suffisamment intenses pour prendre la forme d'une attaque de panique (Leahy, Holland, McGinn, 2012).

### **Épidémiologie du Trouble anxieté sociale**

Le résultat des principales enquêtes épidémiologiques concernant le TAS est très variable au point où le DSM-5 signale une prévalence à vie pouvant fluctuer entre de 3 % à 13 % de la population générale (American Psychiatric Association, 2013). Si on ajoute à ce chiffre celui des personnes qui se qualifient de timides mais sans rencontrer complètement les critères du DSM-5, on en arrive à une prévalence pouvant s'élever jusqu'à 20 % de la population générale.

Le TAS est plus fréquent chez les femmes que chez les hommes dans une proportion d'environ deux pour un. Il débute généralement entre 11 et 15 ans et s'il n'est pas traité, il évolue de façon chronique sans véritable rémission spontanée.

### **Le Trouble anxieté sociale est une maladie qui cause beaucoup de souffrance**

Même s'ils cachent généralement leur maladie parce qu'ils en ont honte, les patients atteints du TAS sont souffrants au même titre que ceux affligés d'un autre trouble anxieux. Les êtres humains sont naturellement grégaires et c'est souvent un supplice quotidien pour un anxieux social que de devoir se retrouver constamment avec d'autres personnes surtout lorsque celles-ci sont rassemblées dans un groupe.

### **Le Trouble anxieté sociale est une maladie incapacitante**

Les comportements d'évitement si fréquents dans cette maladie engendrent presque toujours chez ceux qui en sont atteints des limitations plus ou moins sévères tant dans les relations sociales relevant de leur vie personnelle que dans celles reliées au travail. Même lorsqu'elles n'évitent pas, ces personnes ont plus de difficulté que d'autres à établir des relations d'amitié parce qu'elles sont souvent mal à l'aise avec leur entourage, ce qui les empêche d'être naturelles et chaleureuses comme elles le désireraient et comme elles le seraient peut-être si elles ne souffraient pas de cette maladie.

### **Le Trouble anxieté sociale présente un haut niveau de comorbidité (Leahy, Holland, McGinn, 2012) :**

- Entre 50% et 80% de ceux qui souffrent d'un TAS présentent simultanément au moins une autre pathologie psychiatrique.

- 41% à 56% sont atteints au moins un fois dans leur vie d'un trouble dépressif.
- 50% à 54% souffrent d'un autre trouble anxieux.
- Les deux complications les plus fréquentes du TAS sont la dépression et la toxicomanie (« substance abuse »).

### **Le Trouble anxiété sociale demeure mal connu et peu traité**

Dans le grand public, rares sont ceux qui connaissent le TAS. On accole l'étiquette de timide à celui qui en souffre, on considère souvent son problème comme banal et on le voit parfois comme une personne faible et non volontaire.

Parmi les professionnels de la santé en général, on commence à savoir que le TAS existe mais peu sont capables de le traiter adéquatement. Parmi ceux qui s'intéressent plus spécifiquement à la maladie mentale, le TAS est de mieux en mieux diagnostiqué mais, encore maintenant, plusieurs demeurent incapables de le traiter adéquatement.

## **B. LES CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DU TROUBLE ANXIÉTÉ SOCIALE ET DE LA PERSONNALITÉ ÉVITANTE SELON LE DSM-5**

Le terme « anxiété sociale » est généralement utilisé en psychologie ou en psychiatrie pour désigner trois types d'anxiété générés par des situations sociales : la timidité, le Trouble Anxiété sociale et la Personnalité évitante. Même s'il n'existe pas d'unanimité à ce sujet, on place souvent ces trois entités sur un continuum allant de la forme la plus légère, la timidité légère, jusqu'à la forme la plus grave, la Personnalité évitante sévère (voir figure 1, p.7). Ces trois entités peuvent être décrites de la façon suivante<sup>1</sup> :

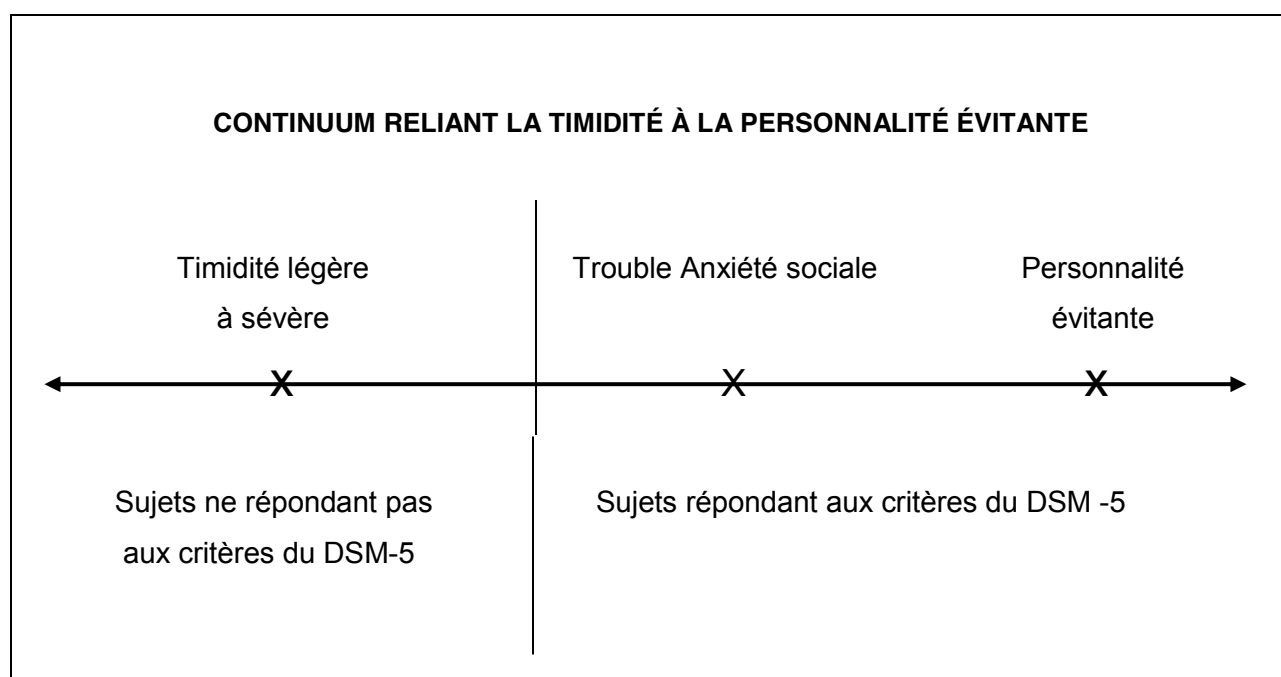
- *La timidité* n'est pas considérée comme un trouble psychiatrique. Elle s'applique aux cas où l'anxiété sociale reste légère et apparaît uniquement dans certaines situations sociales. Elle est plutôt perçue comme un trait de caractère qui conduit les personnes timides à se tenir en retrait, à éviter de se mettre en avant ou de prendre des initiatives. Ce comportement d'inhibition sociale s'exprime surtout avec des inconnus. Lorsque l'interlocuteur est rassurant ou familier, les timides retrouvent leurs capacités et se comportent avec plus d'aisance.

---

<sup>1</sup> Adapté de MACQUERON, G., ROY, S., (2004). *La timidité, Comment la surmonter*.

- *Le Trouble anxiété sociale* est un trouble psychiatrique qui se définit comme une forme intense et invalidante d'anxiété sociale se manifestant par une peur intense et incontrôlable, déclenchée par certaines situations sociales angoissantes. Celui qui en est atteint redoute ces situations et développe de nombreuses stratégies pour les éviter. Progressivement, il organise sa vie pour ne plus leur être confronté.
- *La Personnalité évitante* est une manière d'être caractérisée par une timidité majeure où l'élément important est la peur d'être jugé négativement par les autres. Ces personnes sont susceptibles, méfiantes et réticentes à s'impliquer dans une relation à moins d'être certaines d'être aimées; elles sont souvent solitaires et évitent les contacts sociaux de peur d'être critiquées.

FIGURE 1



Voyons maintenant les critères diagnostiques du Trouble Anxiété sociale et de la Personnalité évitante selon le DSM-5. <sup>2</sup>

<sup>2</sup> La version anglaise sera remplacée par sa version française aussitôt que cette dernière sera publiée.

## CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DU TROUBLE ANXIÉTÉ SOCIALE SELON LE DSM-5

- A. Marked fear or anxiety about one or more social situations in which the individual is exposed to possible scrutiny by others. Examples include social interactions (e.g., having a conversation, meeting unfamiliar people), being observed (e.g., eating or drinking), and performing in front of others (e.g., giving a speech).  
**Note :** In children, the anxiety must occur in peer settings and not just during interactions with adults.
- B. The individual fears that he or she will act in a way or show anxiety symptoms that will be negatively evaluated (e.g., will be humiliating or embarrassing; will lead to rejection or offend others).
- C. The social situations almost always provoke fear or anxiety.  
**Note:** In children, the fear or anxiety may be expressed by crying, tantrums, freezing, clinging, shrinking, or failure to speak in social situations.
- D. The social situation(s) are avoided or endured with intense fear or anxiety.
- E. The fear or anxiety is out of proportion to the actual threat posed by the social situation and to the socio cultural context.
- F. The fear, anxiety, or avoidance is persistent, typically lasting six or more months
- G. The fear, anxiety, and avoidance cause clinically significant distress or impairment in social, occupational, or other important areas of functioning.
- H. The fear, anxiety, or avoidance is not attributable to the physiological effects of a substance (e.g., a drug of abuse, a medication) or another medical condition.
- I. The fear, anxiety, or avoidance is not better explained by the symptoms of another mental disorder, such as panic disorder, body dysmorphic disorder, or autism spectrum disorder.



- J. If another medical condition (e.g., Parkinson's disease, obesity, disfigurement from burns or injury) is present, the fear, anxiety, or avoidance is clearly unrelated or is excessive.

Specify if:

**Performance Only:** If the fear is restricted to speaking or performing in public.

## CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DE LA PERSONNALITÉ ÉVITANTE SELON LE DSM-5

A pervasive pattern of social inhibition, feelings of inadequacy, and hypersensitivity to negative evaluation, beginning by early adulthood and present in a variety of contexts, as indicated by four (or more) of the following :

1. Avoids occupational activities that involve significant interpersonal contact because of fears of criticism, disapproval or rejection.
2. Is unwilling to get involved with people unless certain of being liked.
3. Shows restraint within intimate relationship because of the fear of being shamed or ridiculed.
4. Is preoccupied with being criticized or rejected in social situations.
5. Is inhibited in new interpersonal situations because of feelings of inadequacy.
6. Views self as socially inept, personally unappealing, or inferior to others.
7. Is usually reluctant to take personal risk or to engage in any new activities because they may prove embarrassing.

### C) QUELQUES INSTRUMENTS DE MESURE UTILISÉS POUR ÉVALUER LE TROUBLE ANXIÉTÉ SOCIALE

En plus de l'histoire de cas habituelle, on complète généralement l'évaluation du TAS en servant d'instruments de mesure permettant de confirmer le diagnostic, de mieux préciser la symptomatologie et de suivre l'évolution en cours de traitement. En voici quelques uns parmi ceux qui sont le plus souvent utilisés en clinique (On retrouve ces différents questionnaires à la section VI sous la rubrique « Instruments de mesure »):

1. *L'échelle d'anxiété sociale de Liebowitz (p.35)*  
Questionnaire qui comprend 24 énoncés évaluant l'anxiété et l'évitement vécus par la personne lorsqu'elle est exposée à diverses situations phobogènes.
2. *Évaluez votre peur des autres (p.37)*  
Il s'agit d'un questionnaire que l'on retrouve à la fin du volume de Christophe André et Patrick Légeron : «La peur des autres» (2000). Il comprend 14 énoncés évaluant l'anxiété et l'évitement vécus par la personne lorsqu'elle est exposée à diverses situations phobogènes.
3. *Questionnaire proposé dans le DSM-5 pour évaluer la gravité d'un TAS (p.40)*  
Différents questionnaires ont été élaborés dans le DSM-5 pour évaluer la gravité ou l'intensité de chaque trouble anxieux. Nous avons reproduit à la section VI celui concernant le TAS.
4. *L'inventaire de Beck pour la dépression (p.41)*  
La comorbidité entre le TAS et la dépression est importante. Cet inventaire permet d'identifier et de mesurer la gravité des symptômes dépressifs du sujet.
5. *Le questionnaire d'évaluation de la peur (p.43)*  
Il existe une importante comorbidité entre les divers troubles anxieux. Ce questionnaire a pour but d'évaluer au moins superficiellement les autres troubles anxieux dont pourrait souffrir le sujet.

## D) DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DU TROUBLE ANXIÉTÉ SOCIALE

Les pathologies avec lesquelles le TAS peut être le plus souvent confondu sont surtout d'autres troubles anxieux comme le Trouble panique avec Agoraphobie (TPA), le Trouble Anxiété généralisée (TAG) ou la Phobie spécifique (PS). Les cognitions présentes dans chacune de ces pathologies constituent l'élément primordial sur lequel on peut se baser pour les distinguer les unes des autres. Dans le TAS, c'est la peur d'être observé, évalué et mal jugé par autrui ou encore d'offenser autrui qui est à l'origine de l'anxiété, des attaques de panique et de l'évitement. Dans le TPA, le TAG et la PS, on retrouve également de l'anxiété, des attaques de panique et de l'évitement mais ce sont des cognitions différentes qui causent ces symptômes. Dans le TPA, la personne interprète de façon catastrophique une sensation physique ce qui la conduit à la peur de mourir d'une crise cardiaque, de perdre connaissance, de devenir folle au autre; dans le TAG, les cognitions prennent la forme d'inquiétudes excessives et hors de contrôle concernant plusieurs activités ou événements de la vie quotidienne comme d'être malade ou de manquer d'argent; dans la PS, le sujet a peur d'un objet ou d'une situation précise comme de voir une blessure qui saigne ou de prendre l'avion.

Dans le TAS comme dans la Personnalité évitante, on retrouve toujours une même peur concernant l'opinion d'autrui. Dans le TAS elle se manifeste surtout par la crainte d'être le centre d'attention et d'avoir l'air ridicule ou la crainte d'offenser autrui tandis que dans la Personnalité évitante c'est plutôt la peur d'être jugé sévèrement ou rejeté qui est en cause.

## SECTION II

### TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE DU TROUBLE ANXIÉTÉ SOCIALE

Le Trouble Anxiété sociale (TAS) est une maladie souvent sévère et incapacitante mais qui répond généralement bien à une approche pharmacologique. Trois principaux groupes de médicaments sont surtout utilisés pour le traiter en clinique : les antidépresseurs, les benzodiazépines (BZD) et les bêta-bloquants.

#### Les antidépresseurs

1. Les **ISRS** (fluoxétine ou Prozac, fluvoxamine ou Luvox, sertraline ou Zoloft, paroxétine ou Paxil, citalopram ou Celexa, escitalopram ou Cipralex) constituent le premier choix de la plupart des cliniciens pour le traitement pharmacologique du TAS parce qu'ils sont efficaces, peu dangereux et aussi parce qu'ils comportent peu d'effets secondaires et peu de risques de dépendance. La réponse débute après quatre semaines environ mais peut prendre jusqu'à 12 semaines avant de produire son plein effet.
2. La **venlafaxine** (Effexor), un **IRSN**, est également efficace dans le traitement du TAS. Ses caractéristiques sont relativement semblables à celles des ISRS. Comme la paroxétine (Paxil), elle possède pour le TAS une indication officielle au Canada.
3. Les **IMAO** forment un groupe d'antidépresseurs dont les résultats sont excellents pour traiter un TAS. Toutefois leurs nombreux effets secondaires, les restrictions alimentaires qui les accompagnent de même que leur dangerosité potentielle en limitent l'usage de telle sorte qu'on les utilise rarement comme premier choix. Lorsqu'ils sont prescrits, les cliniciens emploient surtout la phénelzine (Nardil).
4. Les **RIMA** sont également efficaces dans le TAS mais un peu moins semble-t-il que les IMAO ou les ISRS. C'est la raison pour laquelle on les utilise rarement en première ligne. Ils ne créent pas de dépendance et leurs effets secondaires sont encore moins nombreux que ceux des ISRS, en particulier au niveau de la sexualité. Le seul RIMA actuellement disponible au Québec est la moclobémide (Manerix) qui se prescrit généralement à des doses allant de 450 à 600 mg par jour en deux prises.

## **Les anxiolytiques**

Les anxiolytiques et plus particulièrement les benzodiazépines (BZD) sont souvent utilisés mais ne constituent pas le meilleur choix pour traiter un TAS. Le principal avantage des benzodiazépines réside dans leur rapidité d'action qui permet de réduire dans un temps très court l'anxiété ainsi que certains symptômes physiques comme la tension musculaire. On croit, par contre, qu'elles pourraient altérer les processus d'apprentissage et de mémorisation, limitant ainsi l'acquisition de nouveaux comportements mieux adaptés dans des situations sociales phobogènes. Elles peuvent également créer une dépendance à la fois physiologique et psychologique lorsqu'elles sont utilisées à moyen et à long terme. Leur cessation brusque entraîne alors des symptômes de rebond, c'est-à-dire le retour de façon plus marquée des symptômes pour lesquels elles avaient été prescrites. Les symptômes de rebond sont souvent accompagnés de symptômes de sevrage : anxiété, insomnie, agitation, tremblements, etc.

Pour traiter un TAS au moyen d'une BDZ, on utilise généralement une des deux plus puissantes molécules disponibles en pharmacie dans ce groupe de médicaments, soit le clonazépam (Rivotril) et l'alprazolam (Xanax). Les cliniciens préfèrent le plus souvent le clonazépam parce que sa demi-vie est plus longue. Des petites doses allant de 0.25 à 2 mg par jour sont généralement suffisantes pour contrôler en bonne partie la symptomatologie. Les doses peuvent être fractionnées en deux prises dans le cas du clonazépam ou en de trois à quatre prises dans le cas de l'alprazolam.

L'effet anti-panique et anxiolytique des BZD peut s'atténuer avec le temps mais, contrairement à une croyance répandue, les usagers en abusent rarement. On doit quand même être prudent avant de les prescrire surtout si la personne présente une forme quelconque de toxicomanie ou un trouble de la personnalité.

## **Les $\beta$ -bloquants**

Même si leur réputation est en partie surfaite, les  $\beta$ -bloquants demeurent un outil pratique pour contrôler les manifestations physiologiques de l'anxiété, en particulier les tremblements et la tachycardie. On les prescrit le plus souvent au besoin seulement environ une heure avant la performance anticipée par le patient. On utilise généralement le propranolol (Indéral) à de petites doses, soit de 10 à 40 mg à la fois (20 mg en moyenne) selon la réponse du patient. L'effet dure environ quatre heures.

Soulignons ici que si les  $\beta$ -bloquants sont parfois utiles dans le TAS pour contrôler certaines manifestations physiologiques de l'anxiété quand celles-ci sont très marquées, ils n'ont pas d'effet sur le reste de la symptomatologie. Leur utilisation ne rend pas moins nécessaires tous les autres aspects du traitement.

### **Étapes du traitement**

On prescrit généralement un ISRS ou de la venlafaxine pour débiter le traitement d'un TAS. L'efficacité de ces médicaments ne semblant pas être tellement différente de l'un à l'autre pour ce type de pathologie, le clinicien peut utiliser la molécule qui lui est la plus familière tout en étant la mieux adaptée à la situation.

Les patients souffrant de troubles anxieux étant particulièrement sensibles aux effets secondaires des médicaments, il est préférable de débiter avec de petites doses, soit environ 10 mg de fluoxétine, 50 mg de fluvoxamine, 25 mg de sertraline, 10 mg de paroxétine, 10 mg de citalopram, 5 mg d'escitalopram ou 37.5 mg de venlafaxine. On augmente ensuite la posologie en respectant les capacités d'adaptation du sujet. Les doses thérapeutiques quotidiennes moyennes sont généralement les mêmes que pour le traitement de la dépression, c'est-à-dire 20 mg de fluoxétine, 150 mg de fluvoxamine, 50 à 100 mg de sertraline, 20 mg de paroxétine, 20 mg de citalopram, 10 mg d'escitalopram et 150 mg de venlafaxine.

Après de six à huit semaines, trois situations peuvent se présenter :

1. *La symptomatologie est améliorée de 50% ou plus et la psychothérapie cognitivo-comportementale est en marche.* On considère que le traitement va bien et on continue dans la même direction. On espère obtenir des gains supplémentaires avec la psychothérapie s'ajoutant à ceux de la médication; les effets positifs de cette dernière peuvent s'accroître pour une période allant jusqu'à trois mois ou plus.
2. *La symptomatologie est améliorée mais insuffisamment, soit entre 25 et 50%.* On peut alors augmenter la posologie jusqu'à la dose maximale efficace pour l'ISRS en cause ou encore utiliser les diverses stratégies de potentialisation ou de combinaison employées dans la dépression. On peut potentialiser au moyen d'une BZD, de sels de lithium, de l'hormone thyroïdienne T3 ou autres. La combinaison peut se faire en ajoutant un autre antidépresseur à petite dose comme le bupropion (Wellbutrin).

3. *La symptomatologie n'a pas été améliorée par l'ISRS ou si elle l'a été partiellement, les stratégies d'augmentation, de potentialisation ou de combinaison n'ont pas donné suffisamment de résultats.* On utilise alors une stratégie de substitution, c'est-à-dire que l'on remplace l'ISRS inefficace par un autre ISRS ou par un antidépresseur d'une autre classe comme la venlafaxine (Effexor). Si la venlafaxine est inefficace, on peut penser à utiliser un IMAO ou un RIMA.

Donnons comme exemple la marche à suivre pour prescrire une médication chez un jeune homme dans la vingtaine en bonne santé mais souffrant d'un TAS répondant aux critères diagnostiques du DSM-5. Le médecin étant familier avec le citalopram (Celexa), il débute avec une dose de 5 à 10 mg par jour qu'il augmente graduellement à 20 mg à l'intérieur d'une période de une à deux semaines. Si l'amélioration de la symptomatologie dépasse 50% après une période de six à huit semaines, il continue la même médication à laquelle il combine une psychothérapie cognitivo-comportementale.

Si après huit semaines il s'est produit une amélioration mais partielle seulement, soit de 25 à 50%, il augmente graduellement la posologie du citalopram jusqu'à une dose maximale de 40 mg die si la tolérance du patient le permet. Si l'amélioration demeure insuffisante, il peut potentialiser le citalopram au moyen d'un autre antidépresseur comme le bupropion.

Si après ces divers essais la symptomatologie ne s'améliore toujours pas, il peut remplacer le citalopram par de la venlafaxine à la dose de 75 à 150 mg par jour ou plus. Il aurait pu choisir de faire l'essai d'un autre ISRS avant de passer à la venlafaxine.

Notons qu'une stratégie de substitution aurait pu être utilisée dès le début après huit semaines d'essai avec le citalopram si celui-ci avait été complètement inefficace.

### **Autres considérations**

1. Si on prescrit un médicament, l'ajout d'une thérapie cognitivo-comportementale est toujours recommandée dans le traitement du TAS, en particulier pour diminuer la possibilité d'une rechute après la cessation du médicament.
2. La prescription d'une médication est particulièrement indiquée dans le TAS si la symptomatologie est sévère et en présence de comorbidité surtout s'il s'agit d'une dépression majeure. En l'absence de comorbidité et si la symptomatologie est légère ou modérée, la médication est moins nécessaire et il devient alors plus impératif de ne pas prescrire sans bien peser au préalable les avantages et les inconvénients et après en avoir discuté avec le patient (voir Tableau 1, p.17).

3. Surtout si la symptomatologie est sévère, on peut combiner une BZD avec un ISRS pour obtenir un soulagement plus rapide en début de traitement. La BZD est retirée graduellement après quelques semaines lorsque l'antidépresseur commence à produire son effet.
4. Lorsqu'un médicament est prescrit dans le TAS, on s'entend pour recommander une plus longue durée d'utilisation, c'est-à-dire de 12 à 24 mois, si la symptomatologie est sévère, si elle est chronique, en présence de comorbidité et en l'absence d'une psychothérapie cognitivo-comportementale. Comme pour la dépression, la dose d'entretien est généralement la même que la dose efficace.
5. Une rechute peut survenir lorsque le traitement pharmacologique est cessé. Cette possibilité s'accroît si la médication n'est pas combinée à une thérapie cognitivo-comportementale. En cas de rechute, on peut prescrire à nouveau la médication qui a été efficace dans le passé mais on doit surtout envisager d'entreprendre une thérapie cognitivo-comportementale si elle n'a pas déjà été faite ou de l'élaborer davantage si elle a été faite.

Lorsque la tentative d'arrêt graduel de la médication s'est soldée par une rechute et que la thérapie cognitivo-comportementale s'est avérée non suffisamment efficace ou inaccessible, il peut être indiqué de prescrire les médicaments à long terme.



TABLEAU 1

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

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

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

**SECTION III**  
**MODÈLE COGNITIVO-COMPORTEMENTAL POUR LA COMPRÉHENSION**  
**DU TROUBLE ANXIÉTÉ SOCIALE**  
**(PHOBIE SOCIALE)**

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

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

**A) LES FACTEURS PRÉDISPOSANTS**

Il existe deux principaux facteurs ou groupes de facteurs prédisposants dans le Trouble anxiété sociale. Ce sont :

1. Une vulnérabilité biologique réelle se manifestant plus spécifiquement de deux façons :
  - a. Une sensibilité exagérée à l'observation et à l'évaluation par autrui. Cette sensibilité serait possiblement d'origine phylogénétique.
  - b. Une hyperréactivité du système nerveux autonome sympathique expliquant la rapidité et l'intensité des symptômes physiologiques suite à la survenue de stressseurs mineurs.
2. Des influences environnementales diverses, entre autres :
  - a. Parentales : des parents surprotecteurs ou qui sont eux-mêmes évitants et qui donnent l'exemple de comportements évitants.
  - b. Sociétales : certaines sociétés comme la société japonaise accordent plus d'importance à l'opinion d'autrui que d'autres.

La combinaison de ces facteurs biologiques et environnementaux amène les anxieux sociaux<sup>3</sup> à développer de multiples croyances dysfonctionnelles pouvant être regroupées autour de deux principaux thèmes :

1. *Un désir exagéré de faire bonne impression face à autrui et d'effectuer des performances sociales quasi parfaites.* Les croyances sous-jacentes à ce désir sont du genre : « Pour être heureux et satisfait de moi, j'ai absolument besoin d'être aimé, approuvé et admiré de tous. Je ne dois jamais montrer de signes de faiblesse. Ma valeur personnelle repose sur l'évaluation d'autrui. »
2. *Une faible estime de soi se manifestant plus particulièrement par l'impression de ne pas être socialement compétent.* Ce type de croyance peut se manifester par un discours intérieur du genre : « Je suis une personne socialement maladroite... peu intéressante... peu aimable... qui n'a pas grand-chose à dire... qui ne sait pas comment le dire... » Faible estime de soi et impression de ne pas être socialement compétent sont souvent à l'origine d'un problème d'affirmation de soi.

## **B) FACTEURS PRÉCIPITANTS**

Malgré son désir exagéré de plaire et sa crainte de ne pas être à la hauteur, l'anxieux social réussit souvent à performer assez bien en société jusqu'au début de l'adolescence. Il est fréquemment un peu timide et réservé mais sans plus et il peut encore croire en ses capacités d'évoluer normalement en compagnie d'autrui. Mais au moment de l'adolescence, les exigences au niveau des relations interpersonnelles s'accroissent en particulier suite à l'érotisation des relations entre les garçons et les filles. L'anxieux social subit alors des échecs parfois subjectivement très traumatisants comme des difficultés à s'exprimer ou à se comporter devant un groupe ou une personne de l'autre sexe. Il dramatise ces échecs d'autant plus qu'il ressent et manifeste plus qu'un autre les symptômes physiologiques causés par son anxiété : tremblements, rougissement, transpiration ou autres. Il en résulte une perte de confiance accrue en ses capacités face aux relations interpersonnelles, une crainte exagérée de revivre les mêmes difficultés et c'est souvent ici que débute véritablement la maladie.

---

<sup>3</sup> L'appellation « anxieux social » est utilisée ici pour désigner les personnes souffrant du Trouble anxiété sociale.

### C) FACTEURS ENTRETENANTS

Rendu à ce point, plusieurs facteurs contribuent à maintenir et à accentuer la symptomatologie :

#### 1. *Les distorsions cognitives :*

Lorsqu'il est en présence d'autrui, l'anxieux social a tendance à centrer son attention presque exclusivement sur ses réactions physiologiques et sur ses comportements plutôt que sur les réactions et les comportements des personnes qui l'entourent et il s'intéresse avant tout à sa performance plutôt qu'à une communication efficace. Il se prive ainsi d'indices qui lui permettraient de mieux évaluer la situation et il en résulte de multiples distorsions cognitives qui aggravent le problème :

- a. Il personnalise en ce sens qu'il croit être davantage l'objet de l'observation d'autrui qu'il ne l'est en réalité.
- b. S'il présente des symptômes apparents d'anxiété comme des tremblements, un rougissement, de la transpiration ou du bégaiement, il exagère leur importance de même que le degré d'attention que l'entourage leur porte.
- c. S'il se croit observé et s'il a l'impression que l'entourage perçoit son malaise, il pense être jugé plus sévèrement qu'on ne pourrait normalement s'y attendre. Cette impression est due surtout à ce qu'on peut appeler un raisonnement «émotionnel», c'est-à-dire basé sur les émotions ressenties plutôt que sur la logique. Par exemple, s'il se sent anxieux, humilié ou s'il a l'impression d'être jugé sévèrement, l'anxieux social croira que c'est la réalité dans ce sens qu'il pense que son interlocuteur perçoit et prête vraiment attention à son anxiété et le juge très sévèrement, ceci en l'absence de tout signe objectif pouvant l'amener à cette conclusion. Son raisonnement est donc basé sur ce qu'il ressent subjectivement plutôt que sur ce qui se passe objectivement chez autrui.

## 2. *L'évitement* :

Les distorsions cognitives contribuent à accentuer l'anxiété qui, à son tour, augmente les symptômes physiques au point que ces derniers prennent parfois l'allure de véritables attaques de panique. L'ensemble de la symptomatologie produit une souffrance intense chez l'anxieux social qui commence à éviter les contacts sociaux à l'origine de cette souffrance. Il en résulte parfois une profonde altération des relations interpersonnelles pouvant causer un tort considérable à la personne en cause.

## 3. *Les comportements sécurisants* :

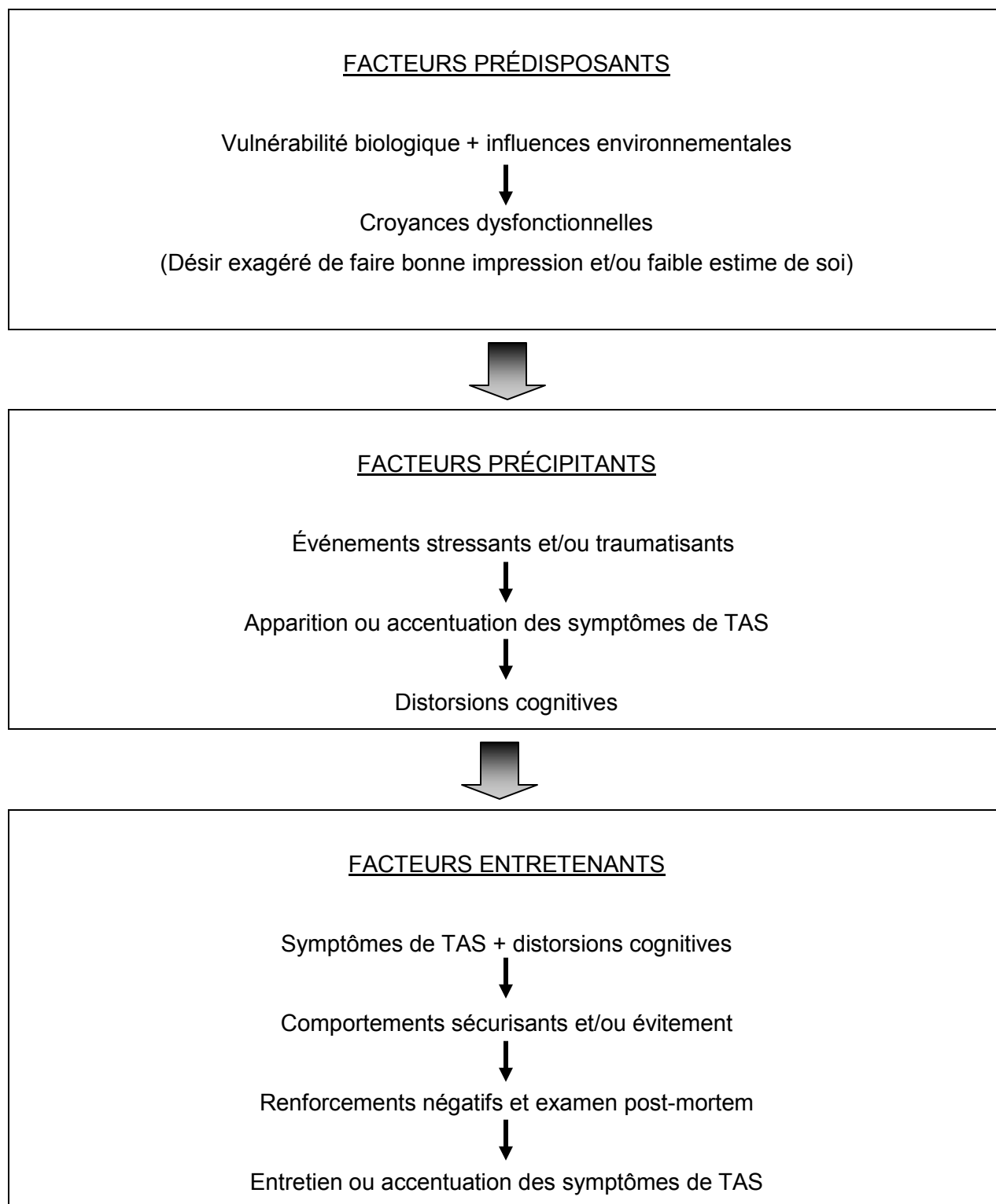
S'il fait quand même face à la situation parce qu'il est volontaire ou parce qu'il n'a pas le choix, l'anxieux social développe généralement toute une série de stratégies pour diminuer ou camoufler ses symptômes : préparer avec minutie les rencontres sociales, rester silencieux ou parler peu et rapidement si c'est absolument nécessaire, se tenir légèrement à l'écart pour pouvoir s'éloigner sans être remarqué en cas d'embarras, boire et manger le moins possible s'il a peur de trembler, etc. Ce sont ces stratégies que nous appelons ici « *comportements sécurisants* ». À court terme, elles procurent un certain soulagement à l'anxieux social parce qu'elles lui permettent d'éviter de faire face à l'objet de sa peur, c'est-à-dire à l'observation et à l'évaluation d'autrui. Elles sont par contre nuisibles à moyen ou à long terme parce qu'elles accentuent sa croyance en la dangerosité de la situation évitée ainsi qu'en son incapacité d'y faire adéquatement face. Elles présentent également l'inconvénient d'enlever une partie de leur spontanéité aux anxieux sociaux les rendant ainsi plus distants et moins chaleureux vis-à-vis l'entourage, ce qui ne facilite pas leurs relations interpersonnelles.

## 4. *Renforcements négatifs et examen «post-mortem»* :

Lorsque la situation phobogène prend fin, l'anxieux social se sent immédiatement soulagé ce qui constitue un renforcement négatif qui contribue à créer ou à accentuer l'évitement futur. Mais il arrive fréquemment par la suite qu'il se livre à postériori à une sorte d'examen de la situation qu'il vient de vivre (de là son nom de « post-mortem ») dans lequel il scrute à la loupe et juge sévèrement ses moindres défaillances ou ce qu'il considère comme des défaillances. Cet examen prend la forme de ruminations qui peuvent durer des heures ou parfois même des jours et qui engendrent à elles seules beaucoup de souffrance. Elles contribuent ainsi à accentuer l'anxiété et l'évitement quand des situations semblables se reproduisent.

Cette combinaison des facteurs prédisposants, précipitants et entretenants est responsable de l'apparition, du maintien et de l'accentuation de la symptomatologie chez l'anxieux social. Plus le Trouble anxiété sociale est généralisée et plus il est combinée à un Trouble de la Personnalité évitante, plus l'atteinte fonctionnelle sera sévère chez celui qui en souffre. Les complications les plus fréquentes sont la dépression et l'abus d'alcool ou de médicaments anxiolytiques auxquelles l'anxieux social a souvent recours pour soulager son anxiété.

**TABLEAU 2**  
**MODÈLE COGNITIVO-COMPORTEMENTAL**  
**POUR LA COMPRÉHENSION DU TAS**



**SECTION IV**  
**PRINCIPALES ÉTAPES DU TRAITEMENT COGNITIVO-COMPORTEMENTAL**  
**DU TROUBLE ANXIÉTÉ SOCIALE (TAS)**  
**(PHOBIE SOCIALE)**

La thérapie cognitivo-comportementale du Trouble anxieté sociale découle essentiellement de son modèle cognitivo-comportemental. Il comporte dans son ensemble 10 étapes principales que voici :

**1<sup>re</sup> étape : l'évaluation**

Comme pour n'importe quelle pathologie psychiatrique ou organique, une évaluation détaillée est essentielle avant de débiter le traitement. En plus de l'histoire de cas habituelle, on peut compléter l'évaluation du Trouble anxieté sociale par l'utilisation de questionnaires ou d'inventaires permettant de mieux en apprécier la gravité et de suivre l'évolution en cours de route (voir Section II et Section VI - Instruments de mesure). Commencer tout de suite à identifier les comportements sécurisants et à en dresser une liste aussi complète que possible.

Si elle est possible, une rencontre avec les membres de la famille ou de l'entourage est souvent utile.

**2<sup>e</sup> étape : l'information au patient**

Il est important lorsque débute le traitement d'expliquer clairement au patient les aspects suivants :

1. Le Trouble anxieté sociale est une maladie bien réelle qui origine de causes à la fois biologiques et psychologiques. Ici on peut utiliser les critères diagnostics du DSM-5 pour permettre au patient de mieux identifier ses symptômes.
2. Cette maladie se traite au moyen de médicaments (aspect biologique) et de psychothérapie (aspect psychologique). Quelle que soit l'excellence du traitement, ses manifestations ne disparaissent jamais complètement.



3. La psychothérapie comprend différentes étapes combinées les unes aux autres et suivant généralement la séquence suivante : on débute par l'exposition en imagination, on suit avec la restructuration cognitive, puis on passe à l'exposition aux situations phobogènes. Si nécessaire, on termine par l'apprentissage de l'affirmation de soi et/ou celle des habiletés sociales. Une psychothérapie plus introspective est parfois utile en dernier lieu.
4. Une bonne collaboration de la part du patient de même qu'une solide motivation sont indispensables à la bonne marche du traitement.

Ces différents aspects sont traités de façon claire et pratique dans deux livres en français : le premier est de Christophe André et Patrick Légeron et s'intitule : «*La peur des autres*» aux Éditions Odile Jacob; le second est de Gérard Macqueron et Stéphane Roy et s'intitule : «*La timidité, comment la surmonter* » également aux Éditions Odile Jacob. On peut recommander au patient la lecture de l'un ou l'autre de ces volumes.

### **3<sup>e</sup> étape : fixer des objectifs**

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

### **4<sup>e</sup> étape : prescrire une médication si c'est indiqué**

Voir Section II.

### **5<sup>e</sup> étape : l'exposition en imagination**

L'évitement cognitif est un comportement sécurisant fréquemment utilisé par les anxieux sociaux. Il consiste à éviter de penser aux situations dans lesquelles ils pourraient se sentir observés et mal jugés par autrui. Comme pour les autres comportements sécurisants, l'évitement cognitif représente l'avantage pour la personne de ne pas souffrir dans l'immédiat de l'anxiété provoquée par la représentation mentale de la situation; par contre, elle l'empêche de

réaliser qu'en imagination comme dans la réalité l'anxiété est tolérable et qu'elle finit toujours par s'atténuer avec le temps.

Dans l'exposition en imagination, on amène l'anxieux social à penser intensément aux situations qu'il redoute et aux conséquences néfastes qu'il leur attribue. L'anxiété s'accroît dans l'immédiat mais la personne se rend alors compte que celle-ci est limitée en intensité, en durée et qu'elle tend à diminuer à chaque nouvelle exposition. Cette technique constitue donc un premier pas dans le cheminement ayant pour but d'amener l'anxieux social à faire graduellement face à ses peurs.

Les principales étapes de l'exposition en imagination dans le Trouble anxieux sociale sont les suivantes :

1. Expliquer au patient l'objectif, le mode d'action et les étapes de l'exposition en imagination. Vérifier sa compréhension.
2. À partir des questionnaires d'évaluation, sélectionner deux ou trois situations phobogènes parmi les plus fréquentes et les plus inconfortables pour le patient.
3. En s'inspirant d'une de ces situations, l'assister pour préparer un scénario dramatisant d'une durée d'une à cinq minutes environ. Le scénario est rédigé au présent. Il doit être dramatique mais crédible et provoquer une anxiété assez élevée mais tolérable. (Voir section VI, Outils de traitement : Scénario pour l'exposition en imagination, p. 60).
4. Éviter toute forme de comportements sécurisants tant dans la rédaction (tout se passera bien...) que dans la lecture (lecture très rapide ou sur un ton monotone).
5. En utilisant l'imagerie mentale (ce que la personne voit, ce qu'elle entend, ce qu'elle pense de même que les émotions et les sensations physiques qu'elle éprouve), demander de lire le scénario à voix haute, lentement et avec expression.
6. Enregistrer le scénario sur un support audio, CD ou autre.
7. Écouter le scénario à domicile tous les jours tant que le niveau d'anxiété n'est pas diminué de 50% ou plus, ce qui prend généralement de 20 à 30 minutes, parfois davantage. Ne pas débuter l'écoute à domicile tant que les étapes antérieures (rédaction, lecture et enregistrement du scénario) ne sont pas entièrement complétées.
8. Pendant et après chaque écoute, compléter la grille d'auto-observation pour l'exposition en imagination (voir section VI, p.61).
9. Continuer les expositions quotidiennes tant que l'anxiété n'est pas disparue ou considérablement atténuée.

10. Lorsque l'anxiété provoquée par la première situation est suffisamment maîtrisée, reprendre la même démarche avec une ou deux autres situations phobogènes déjà identifiées.

### **6<sup>e</sup> étape : la restructuration cognitive**

Le Trouble anxiété sociale est une pathologie dans laquelle on retrouve des distorsions cognitives nombreuses et marquées, d'où l'importance de la restructuration cognitive dans son traitement. Son but est avant tout d'aider le patient à identifier ses pensées automatiques dysfonctionnelles et à les remplacer par d'autres mieux adaptées. Elle peut s'effectuer en trois étapes correspondant aux trois niveaux consécutifs d'intervention tels qu'on les retrouve généralement dans l'approche cognitive : le niveau des pensées automatiques, le niveau des attitudes dysfonctionnelles et le niveau des croyances fondamentales sous-jacentes.<sup>4</sup>

#### *1<sup>er</sup> niveau ou niveau des pensées automatiques*

L'identification des pensées automatiques se fait au moyen du Tableau d'enregistrement des pensées dysfonctionnelles (TEPD) dont on se sert habituellement en TCC (voir Tableau 4, section VI, p. 62). Lorsqu'une situation phobogène est vécue ou anticipée, la personne note les pensées automatiques survenant avant, pendant ou après la situation. Donnons quelques exemples. Avant la situation : « Je ne serai pas à la hauteur, je n'aurai rien à dire, je vais me ridiculiser... » Pendant la situation : « Les regards sont fixés sur moi, on remarque mon anxiété, mon rougissement, mes tremblements, ma maladresse... » Après la situation : « Une fois de plus je n'ai pas été à la hauteur, j'ai paru stupide, on s'est certainement moqué de moi... ».

Diverses formes d'intervention peuvent être utilisées pour en arriver à une restructuration cognitive : questionnement socratique, observation des comportements d'autrui, expériences comportementales ou autres. Le questionnement socratique est particulièrement utile : « Étiez-vous vraiment le centre de l'attention? Vos symptômes étaient-ils si marqués et si apparents? Les personnes présentes les ont-elles remarqués à ce point? » On cherche évidemment ici à amener l'individu à se décentrer et à réaliser qu'il est souvent moins observé qu'il ne lui semble, que ses symptômes ne sont pas si apparents et que les personnes présentes ne les remarquent pas nécessairement.

---

<sup>4</sup> Il serait trop long dans le cadre de ce guide de pratique d'expliquer dans le détail la démarche à suivre pour effectuer une restructuration cognitive. Nous nous limiterons donc à en décrire les principales étapes. Pour ceux qui désirent se documenter davantage sur ce sujet, nous recommandons la lecture du volume de Chaloult, Ngo, Goulet et Cousineau : La thérapie cognitivo-comportementale, théorie et pratique (2008).

### *2<sup>e</sup> niveau ou niveau des attitudes dysfonctionnelles*

Deux attitudes dysfonctionnelles sont particulièrement fréquentes dans le TAS. En premier lieu, les exigences rigides face aux performances sociales. Exemple : « Je dois absolument faire bonne impression, avoir toujours des choses intéressantes à raconter, ne jamais montrer des signes d'anxiété... sinon on va croire que je suis stupide et on va me rejeter ». En second lieu, les jugements globaux sur la valeur personnelle. Exemple : « J'ai commis une erreur, j'ai paru anxieux, j'ai eu de la difficulté à entretenir la conversation... par conséquent je suis une personne incapable et inintéressante en société. » On peut aborder ces deux attitudes en posant des questions du genre suivant : « Est-il nécessaire et même possible d'être toujours parfait devant les autres? Ceux qui ont remarqué votre malaise vont-ils nécessairement mal vous juger? Les gens sont-ils si sévères avec les timides? ». La démarche prend ensuite différentes formes selon les réponses du patient.

### *3<sup>e</sup> niveau ou niveau des croyances plus fondamentales sous-jacentes*

Chez les personnes souffrant d'un TAS, on constate souvent la présence d'une estime de soi fragile résultant de croyances dévalorisantes comme celles-ci : « Je suis une personne inadéquate... faible... socialement maladroite... peu intéressante... peu aimable... qui n'a pas grand-chose à dire... qui ne sait pas comment les dire... »

Théoriquement parlant, il serait préférable d'identifier ces croyances et de les atténuer au moins partiellement pour rendre la personne plus confiante avant d'entreprendre l'exposition graduée *in vivo*. Mais c'est une démarche qui peut durer fort longtemps risquant ainsi de briser le rythme de la thérapie et de diminuer la motivation du patient. C'est pourquoi bien des cliniciens s'inspirant de la démarche cognitivo-comportementale préfèrent ne pas trop s'y attarder ou la reportent à la fin du traitement s'ils la jugent vraiment nécessaire.

### **7<sup>e</sup> étape : l'exposition graduée *in vivo***

Lorsque le thérapeute considère que la restructuration cognitive est suffisamment complétée, il passe ensuite à l'exposition graduée *in vivo*.

Celle-ci est souvent plus difficile à utiliser dans le TAS que dans d'autres pathologies parce que les situations phobogènes sont moins prévisibles et se prêtent moins bien à une gradation systématisée. Ce qui se passe au cours des rencontres interpersonnelles est plus changeant ou fluctuant qu'une promenade en ascenseur. Mais son rôle demeure quand même essentiel dans le traitement de cette maladie même si elle demande plus de patience et de dextérité de la part du thérapeute.

Les principales étapes de l'exposition graduée *in vivo* dans le TAS sont les suivantes :

1. Expliquer au patient l'objectif, le mode d'action et les étapes de l'exposition graduée *in vivo*. Vérifier sa compréhension.
2. Revoir avec le patient les principaux comportements sécurisants identifiés au moment de l'évaluation. Expliquer leur rôle et l'importance de les éliminer au cours des séances d'exposition.
3. À partir des questionnaires d'évaluation, faire la liste des situations anxiogènes puis établir une hiérarchie allant de la situation la plus facile à la plus difficile pour le sujet. Analyser soigneusement chaque situation en cherchant à mettre en évidence ce qui la rend intimidante : quels sont les interlocuteurs en cause, quel est leur sexe ou leur statut social, y a-t-il des observateurs, qui sont-ils? Etc. Identifier avec soin les comportements sécurisants utilisés pour chaque situation.
4. Débuter l'exposition par la situation la moins anxiogène. Inciter la personne à se décentrer, c'est-à-dire à observer davantage les réactions de l'entourage plutôt que ses propres réactions. Éliminer les comportements sécurisants.
5. Dans la mesure du possible, planifier des séances d'exposition fréquentes et régulières et faire durer chaque séance tant que le niveau d'anxiété n'est pas diminué d'au moins 50 %.
6. Compléter la grille d'auto-observation des situations problématiques après chaque séance (voir Section VI, p.63).
7. Continuer les expositions quotidiennes tant que l'anxiété n'est pas disparue ou considérablement atténuée.
8. Lorsque la première situation est suffisamment maîtrisée, reprendre la même démarche avec les autres situations en allant toujours de la plus facile à la plus difficile.

Soulignons ici l'utilité des jeux de rôle dans le cadre de l'exposition graduée *in vivo*. Thérapeute et patient répètent en entrevue les situations prévues pour l'exposition et le patient devient ainsi plus confiant et plus habile à faire face à ces situations.

### **8<sup>e</sup> étape : apprentissage des habiletés sociales et de l'affirmation de soi <sup>5</sup>**

Un déficit au niveau de l'affirmation de soi ou des habiletés sociales est fréquent chez les personnes souffrant d'un TAS surtout si la maladie dure depuis longtemps. Des interventions

---

<sup>5</sup> La technique du jeu de rôle ainsi que celles de l'affirmation de soi et de l'entraînement aux habiletés sociales sont décrites dans le volume de Chaloult, Ngo, Goulet et Cousineau : La thérapie cognitivo-comportementale, théorie et pratique, Chapitre 16, Autres techniques et modes d'intervention, (2008).

axées sur l'un ou l'autre de ces aspects ou les deux au besoin sont souvent indiquées. La psychothérapie de groupe est particulièrement efficace dans cette phase du traitement.

**9<sup>e</sup> étape : aspects complémentaires**

D'autres aspects ont souvent intérêt à être abordés pendant ou après les huit premières étapes : bénéfices secondaires, problèmes conjugaux ou autres. C'est également rendu ici que l'on peut passer au traitement d'autres pathologies s'il y a présence de comorbidité ou entreprendre une psychothérapie plus introspective si nécessaire.

**10<sup>e</sup> étape : terminaison**

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

<b>SECTION V</b> <b>DÉROULEMENT DU TRAITEMENT</b>
--

**1<sup>re</sup> et 2<sup>e</sup> ENTREVUES (ou plus)****ÉVALUATION, PSYCHOPÉDAGOGIE,  
FIXER DES OBJECTIFS ET PHARMACOTHÉRAPIE**

1. Histoire de cas habituelle
  - Utiliser la démarche généralement suivie en psychiatrie ou en psychologie : identification, antécédents, habitudes de vie, médication, histoire de la maladie actuelle, histoire personnelle, examen mental, diagnostic et plan de traitement.
  - Au moment du diagnostic, éliminer ou confirmer la comorbidité et vérifier la présence de traits évitants ou narcissiques à l'axe II.
2. Compléter les questionnaires suivants :
  - « Échelle d'anxiété sociale » de Liebowitz et/ou «Évaluez votre peur des autres» de Christophe André et Patrick Légeron et/ou « Anxiety disorder specific severity measure : Social Anxiety disorder » du DSM-5.
  - Inventaire de Beck pour la dépression si présence de symptômes dépressifs.
3. Rencontrer les membres de la famille ou de l'entourage si indiqué.
4. Psychopédagogie :
  - Expliquer en quoi consiste le Trouble anxiété sociale.
  - Expliquer les différentes étapes du traitement.
  - Recommander la lecture de différents textes ou d'un volume s'adressant à la clientèle et expliquant les différents aspects du Trouble anxiété sociale.
5. Fixer des objectifs.
6. Prescrire une médication si indiqué.
7. Travaux à domicile :
  - Lecture de textes ou d'un volume pour mieux comprendre les causes et les étapes du traitement du Trouble anxiété sociale.

### 3<sup>e</sup> à 5<sup>e</sup> ENTREVUES (ou plus)

#### EXPOSITION EN IMAGINATION

1. Suivi.  
Suivi signifie ici de s'informer sur l'évolution de la situation en général et de la symptomatologie en particulier. Assurer le suivi pharmacologique si nécessaire. Compléter au besoin les formules d'assurances ou autres documents, ce qu'il est préférable de faire en début d'entrevue.
2. Le patient a-t-il débuté ou complété la lecture recommandée concernant la compréhension et le traitement du TAS? A-t-il des questions à ce sujet?
3. Entreprendre et compléter l'exposition en imagination :
  - Expliquer le rôle de l'exposition en imagination et en quoi elle consiste.
  - Sélectionner deux situations très anxiogènes déjà vécues ou imaginées par le patient.
  - Rédiger et enregistrer un premier scénario.
  - L'écouter tous les jours à domicile tant que l'anxiété n'est pas diminuée de 50% ou plus. Après chaque écoute, compléter la grille d'auto-observation.
  - Lorsque l'anxiété est suffisamment diminuée pour la première situation, reprendre la même démarche avec une autre situation.
4. Travaux à domicile :
  - Continuer et terminer les lectures en cours.
  - Effectuer chaque jour les exercices d'exposition en imagination.



## 6<sup>e</sup> à 9<sup>e</sup> ENTREVUES (ou plus)

### RESTRUCTURATION COGNITIVE

1. Suivi.
2. Entreprendre et compléter la restructuration cognitive :
  - Expliquer en quoi consiste la restructuration cognitive.
  - Enseigner un modèle cognitif simple : événement, émotion, pensées automatiques, pensées adaptées, action.
  - En s'inspirant de ce modèle, aider la personne à remplacer ses pensées automatiques par d'autres mieux adaptées en s'inspirant de situations sociales anxiogènes passées, présentes et futures.
3. Travaux à domicile :
  - Travail de restructuration cognitive s'inspirant de situations sociales anxiogènes vécues au quotidien ou anticipées dans un avenir rapproché.

## 10<sup>e</sup> à 15<sup>e</sup> ENTREVUES (ou plus)

### EXPOSITION GRADUÉE *IN VIVO*

1. Suivi.
2. Entreprendre et compléter l'exposition graduée *in vivo* :
  - Expliquer en quoi consiste l'exposition graduée *in vivo*.
  - Dresser la liste des situations phobogènes et établir une hiérarchie.
  - Recommander à la personne de s'exposer aux situations anxiogènes en commençant par la plus facile. Expliquer comment intégrer la restructuration cognitive à l'exposition. Éliminer les comportements sécurisants.
  - Dans la mesure du possible, s'impliquer dans des séances régulières d'exposition en demeurant dans la situation tant que l'anxiété n'a pas diminuée de 50% ou plus. À chaque séance, compléter la grille d'auto-observation.
  - Lorsque l'anxiété est suffisamment diminuée pour une situation donnée, reprendre la même démarche avec les autres situations de la hiérarchie en allant toujours des plus faciles aux plus difficiles.
3. Travail à domicile :
  - Séances régulières d'exposition graduée *in vivo*.

## 16<sup>e</sup> à 19<sup>e</sup> ENTREVUES (ou plus)

### APPRENTISSAGE DE L’AFFIRMATION DE SOI ET AUTRES ASPECTS COMPLÉMENTAIRES

1. Suivi.
2. Terminer l'exposition graduée *in vivo* si ce n'est pas déjà fait.
3. Compléter à nouveau les questionnaires d'évaluation du début :
  - « Échelle d'anxiété sociale » de Liebowitz et/ou «Évaluez votre peur des autres» de Christophe André et Patrick Légeron et/ou « Anxiety disorder specific severity measure : Social Anxiety disorder » du DSM-5.
  - Inventaire de Beck pour la dépression si nécessaire.
4. À la lumière des nouveaux résultats de ces questionnaires, modifier ou compléter le traitement au besoin.
5. Si nécessaire et si le patient est motivé, élargir le champ d'intervention :
  - Apprentissage des habiletés sociales ou de l'affirmation de soi.
  - Psychothérapie plus introspective.
  - Ou autres.
6. Si l'étape précédente n'est pas indiquée, passer à la terminaison.
7. Aborder la réaction du patient face à la fin du traitement.
8. Travaux à domicile :
  - Si on s'achemine vers la terminaison, demander au patient de repasser les principales étapes du traitement et les techniques utilisées pour diminuer l'anxiété sociale et faire face aux situations phobogènes. Noter celles qui se sont avérées les plus efficaces.

## 20<sup>e</sup> ENTREVUE

### TERMINAISON ET SUIVI AU LONG COURS

1. Suivi.
2. Revenir sur les craintes en fin de traitement si nécessaire.
3. Revoir avec le patient les principales étapes du traitement et les techniques trouvées les plus efficaces pour diminuer l'anxiété sociale et faire face aux situations phobogènes. Discuter de la façon de les réutiliser dans le futur en cas de besoin.
4. Préparer le suivi au long cours si indiqué (entrevues de consolidation ou «booster sessions»).
5. Prévoir le suivi pharmacologique si nécessaire : psychiatre, médecin de famille ou autre.
6. Discuter de la possibilité d'une rechute :
  - Symptômes laissant présager la rechute.
  - Utiliser les outils appris pendant le traitement en cas de rechute.
  - Quand et qui consulter si nécessaire.
7. Préparer le suivi au long cours («booster sessions») :
  - Revoir le patient au moins une ou deux fois quelques semaines ou quelques mois après la fin du traitement.
  - Discuter de l'évolution de la symptomatologie et des difficultés rencontrées.
  - En cas de difficultés, aider la personne à les surmonter au moyen des méthodes déjà apprises ou en se servant d'autres méthodes.
  - Au cours de la dernière séance, faire part de sa disponibilité au cas où d'autres problèmes surviendraient dans le futur.

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

## ÉCHELLE D'ANXIÉTÉ SOCIALE DE LIEBOWITZ

Évaluez chaque situation au cours de la dernière semaine, incluant aujourd'hui. Si la situation ne s'est pas présentée, évaluez votre réaction comme si elle était survenue. Pour chaque situation, évaluez à la fois le degré moyen de peur ou d'anxiété, et la fréquence à laquelle elle a ou aurait été évitée.

	<b>Peur ou anxiété</b> 0 = aucune 1 = légère 2 = modérée 3 = sévère	<b>Évitement</b> 0 = jamais 1 = à l'occasion 2 = souvent 3 = très souvent
1. utiliser un téléphone en public		
2. participer à des activités en petits groupes		
3. manger en public		
4. boire en public		
5. parler à quelqu'un en position d'autorité		
6. jouer au théâtre, effectuer une performance, ou parler devant un auditoire		
7. aller à un «party»		
8. travailler alors que vous êtes observé(e)		
9. écrire alors que vous êtes observé(e)		
10. téléphoner à une personne que vous ne connaissez pas très bien		
11. parler en face à face avec quelqu'un que vous ne connaissez pas très bien		
12. rencontrer des étrangers		
13. uriner dans une toilette publique		
14. entrer dans une pièce où d'autres personnes sont déjà assises		
15. être le centre d'attention		
16. parler à une réunion sans préparation		
17. passer un test d'habiletés ou de connaissances		
18. exprimer son désagrément ou son désaccord à quelqu'un que vous ne connaissez pas très bien		
19. regarder droit dans les yeux quelqu'un que vous ne connaissez pas très bien		
20. effectuer une présentation orale préparée à l'avance à un groupe		
21. essayer de rencontrer quelqu'un dans le but d'avoir une relation romantique ou sexuelle		
22. ramener un article au magasin pour obtenir un remboursement		
23. donner une réception («party»)		
24. résister à un vendeur très insistant		

*Adaptation française, Pierre Savard, MD, Ph.D.*

## ÉCHELLE D'ANXIÉTÉ SOCIALE DE LIEBOWITZ

### Interprétation des données

LÉGER : 51 ou moins

MODÉRÉ : 52 à 81

SÉVÈRE : 82 et plus

## ÉVALUEZ VOTRE PEUR DES AUTRES<sup>6</sup>

Vous trouverez dans les pages suivantes une liste de situations que chacun d'entre nous peut être amené à rencontrer.

Veillez indiquer dans les cases correspondantes, en mettant une note de 0 à 3, ce que sont **actuellement** (et non il y a un an ou même un mois) :

- Dans la première colonne, l'intensité de la gêne ressentie dans la situation indiquée,
- Dans la deuxième colonne, la tendance à éviter cette situation.
- S'il s'agit d'une situation à laquelle vous n'êtes jamais confronté, imaginez simplement ce que seraient, à votre avis, votre gêne et votre évitement.

Il n'y a pas, bien sûr, de «bonne» ou de «mauvaise» réponse. **Soyez sincère** avec vous-même.

Ne perdez pas trop de temps à répondre, votre première impression sera sans doute la plus exacte...

Le questionnaire que vous allez remplir n'a pas la prétention de vous fournir un «diagnostic» infaillible de vos problèmes d'anxiété sociale. Seul un spécialiste (médecin ou psychologue) pourrait le faire correctement.

Cependant, si vous y avez répondu honnêtement et si vous suivez les instructions données ci-dessous, vous pouvez obtenir quelques indications utiles sur votre peur des autres.

	<b>Cette situation me procure</b> 0 = aucune gêne 1 = une gêne légère 2 = une anxiété importante 3 = une vraie panique	<b>J'évite cette situation</b> 0 = jamais 1 = rarement 2 = souvent 3 = systématiquement
1) Prendre la parole devant un groupe de personnes (pour faire un discours, un exposé, etc.)		
2) Livrer vos sentiments intimes lors d'un tête-à-tête avec quelqu'un qui compte pour vous.		
3) Intervenir pour donner votre point de vue lors d'une discussion.		
4) Demander à quelqu'un qui parle à voix haute au cinéma, au théâtre ou au concert de se taire.		
5) Être observé par quelqu'un quand vous faites un travail (taper à la machine, bricoler, coudre, etc.)		
6) Aller à une soirée où vous connaissez très peu de monde.		
7) Téléphoner à quelqu'un d'important ou de haut placé (patron, personnalité, etc.)		

<sup>6</sup> Adapté du volume de Christophe André et Patrick Légeron (1995) : *La peur des autres*, Paris : Éditions Odile Jacob.



	<b>Cette situation me procure</b> 0 = aucune gêne 1 = une gêne légère 2 = une anxiété importante 3 = une vraie panique	<b>J'évite cette situation</b> 0 = jamais 1 = rarement 2 = souvent 3 = systématiquement
8) Dire non à une personne qui vous demande de lui rendre un service.		
9) Rencontrer quelqu'un d'important ou de haut placé (patron, personnalité, etc.)		
10) Engager la conversation avec des gens que vous ne connaissez pas.		
11) Écrire, manger, boire ou marcher devant des gens.		
12) Rapporter un achat qui ne vous convient pas à un commerçant.		
13) Passer un examen oral, un test d'aptitude ou un entretien d'embauche.		
14) Parler de banalités («de la pluie et du beau temps») avec des voisins ou des commerçants.		

### **Votre degré de peur**

Pour connaître l'importance de votre peur des autres, faites la somme de toutes les notes que vous avez inscrites dans les vingt-huit cases des deux colonnes.

Vous obtenez un score total compris entre 0 et 84.

#### *Votre score total est inférieur à 10 :*

Vous semblez ne jamais éprouver la moindre gêne devant les autres. Êtes-vous bien sincère avec vous-même? À moins que vous ne soyez un mutant dans l'espèce humaine.

#### *Votre score total est compris entre 10 et 29 :*

Vous ressentez de temps en temps une légère anxiété face aux autres. Cette réaction est normale, mais elle peut gâcher certains de vos contacts sociaux, surtout si vous avez plusieurs fois mis des notes de 2 ou 3.

#### *Votre score total est compris entre 30 et 50 :*

Vous paraissez redouter de nombreuses confrontations avec les autres et vous semblez en souffrir. Et si vous songiez à résoudre votre problème d'anxiété sociale?

#### *Votre score total est supérieur à 50 :*

Vous éprouvez beaucoup d'anxiété dans vos contacts avec les autres et votre vie s'en ressent grandement. Vous pourriez utilement en parler avec un médecin ou un psychologue.

## Vos réactions de peur

Si vous avez une réelle peur des autres, c'est-à-dire si votre score total précédemment calculé est d'au moins 10, vous pouvez maintenant analyser la manière dont vous réagissez à cette peur.

Tout d'abord calculez votre score «anxiété» en faisant la somme des quatorze notes de la première colonne. Ce score «anxiété» est compris entre 0 et 42.

Ensuite calculez votre score «éviterment» en faisant la somme des quatorze notes de la deuxième colonne. Ce score «éviterment» est compris entre 0 et 42.

Enfin, calculez la différence existant entre ces deux scores.

*Votre score «anxiété» est nettement inférieur à votre score «éviterment» (de plus de 5 points) :*

Votre peur des autres vous pousse à éviter certains contacts. C'est fort compréhensible, mais vous ne vous donnez pas les meilleures chances de voir cette peur diminuer. Essayez d'affronter davantage de situations.

*Votre score «anxiété» est à peu près équivalent à votre score «éviterment» (à 5 points près) :*

Vous tentez de faire face aux situations de contacts avec les autres, même si vous n'êtes pas toujours très à l'aise. Mais attention, car parfois vous y renoncez. C'est dommage car cela risque, d'une certaine façon, d'entretenir votre peur.

*Votre score «anxiété» est nettement supérieur à votre score «éviterment» (de plus de 5 points) :*

Malgré la peur que vous inspire un certain nombre de contacts avec les autres, vous essayez souvent d'affronter la situation. Bravo, c'est dans ce sens qu'il faut continuer.

## Votre type de peur

Si vous avez une réelle peur des autres, c'est-à-dire si votre score total est d'au moins 10, vous pouvez mieux connaître ce qui, dans le contact avec les autres, vous fait vraiment peur. Regardez les notes que vous obtenez, situation par situation.

*Vos notes les plus élevées (anxiété ou éviterment) concernent surtout les situations no 1, 3, 7, 9 et 13 :*

Ce que vous redoutez avant tout c'est d'**être évalué par les autres**. C'est-à-dire qu'ils portent un jugement négatif sur vous ou sur ce que vous venez de faire.

*Vos notes les plus élevées (anxiété ou éviterment) concernent surtout les situations no 2, 6, 10 et 14 :*

Ce qui vous rend surtout anxieux, c'est de **vous livrer aux autres**. C'est-à-dire qu'ils puissent mieux connaître vos sentiments intimes, votre personnalité profonde.

*Vos notes les plus élevées (anxiété ou éviterment) concernent surtout les situations no 4, 8 et 12 :*

Ce qui vous gêne le plus, c'est de **vous imposer face aux autres**. C'est-à-dire de faire valoir vos droits, de défendre vos opinions.

*Vos notes les plus élevées (anxiété ou éviterment) concernent surtout les situations no 5 et 11 :*

Ce qui vous met particulièrement mal à l'aise, c'est **le regard des autres**. C'est-à-dire qu'ils vous observent avec plus ou moins d'attention.

**ANXIETY DISORDER SPECIFIC SEVERITY MEASURE:  
SOCIAL ANXIETY DISORDER**

The following questions ask about thoughts, feelings, and behaviors that you may have had about *social situations*. Usual social situations include: public speaking, speaking in meetings, attending social events or parties, introducing yourself to others, having conversations, giving and receiving compliments, making requests of others, and eating and writing in public. Please rate how often the following statements are true for you:

**During the past month, I have...**

		Never	Occasionally	Half of the Time	Most of the Time	All of the Time
1	felt moments of sudden terror, fear or fright in social situations	0	1	2	3	4
2	felt anxious, worried, or nervous about social situations	0	1	2	3	4
3	had thoughts of being rejected, humiliated, embarrassed, ridiculed or offending others	0	1	2	3	4
4	felt a racing heart, sweaty, trouble breathing, faint, or shaky in social situations	0	1	2	3	4
5	felt tense muscles, on edge or restless, or trouble relaxing in social situations	0	1	2	3	4
6	avoided, or did not approach or enter, social situations	0	1	2	3	4
7	left social situations early or participated only minimally (e.g., said little, avoided eye contact)	0	1	2	3	4
8	spent a lot of time preparing what to say or how to act in social situations	0	1	2	3	4
9	distracted myself to avoid thinking about social situations	0	1	2	3	4
10	needed help to cope with social situations (e.g., alcohol or medications, superstitious objects)	0	1	2	3	4

## INVENTAIRE DE BECK POUR LA DÉPRESSION

Nom : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_ Résultat : \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

L'Inventaire de Beck doit être utilisé dans un contexte avant tout clinique et les chiffres ci-dessus ne constituent que des repères permettant de mieux se situer pour ceux qui sont moins familiers avec cette échelle de mesure.

## QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION DE LA PEUR (QEP)

NOM : \_\_\_\_\_ DATE : \_\_\_\_\_

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

0      1      2      3      4      5      6      7      8

---

Je n'évitais pas	J'évitais rarement	J'évitais assez souvent	J'évitais très souvent	J'évitais toujours
---------------------	-----------------------	----------------------------	---------------------------	-----------------------

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

---



---

\_\_\_\_\_ 2. Les injections ou les interventions chirurgicales mineures.

\_\_\_\_\_ 3. Manger ou boire avec d'autres personnes.

\_\_\_\_\_ 4. Les hôpitaux.

\_\_\_\_\_ 5. Voyager seul(e) en autobus.

\_\_\_\_\_ 6. Marcher seul(e) dans des rues achalandées.

\_\_\_\_\_ 7. Être observé(e) ou dévisagé(e).

\_\_\_\_\_ 8. Aller dans des magasins achalandés.

\_\_\_\_\_ 9. Parler à des personnes qui représentent l'autorité.

\_\_\_\_\_ 10. La vue du sang.

\_\_\_\_\_ 11. Être critiqué(e).

\_\_\_\_\_ 12. Aller loin de la maison seul(e).

\_\_\_\_\_ 13. Penser à la maladie ou à un accident.

\_\_\_\_\_ 14. Parler en public.

\_\_\_\_\_ 15. Les espaces verts.

\_\_\_\_\_ 16. Aller chez le dentiste.

\_\_\_\_\_ 17. Autres situations (décrivez-les et évaluez-les)

---



---

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

0      1      2      3      4      5      6      7      8

---

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

\_\_\_\_\_ 18. Se sentir misérable ou déprimé(e).

\_\_\_\_\_ 19. Se sentir irritable ou agressif(ve).

\_\_\_\_\_ 20. Se sentir tendu(e) ou paniqué(e).

\_\_\_\_\_ 21. Avoir des pensées déplaisantes.

\_\_\_\_\_ 22. Se sentir étrange, bizarre ou sentir que les autres sont étranges.

\_\_\_\_\_ 23. Autres sentiments (décrivez-les et évaluez-les).

---



---

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

0      1      2      3      4      5      6      7      8

---

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

Référence :

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

Adaptation française :

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





TABLEAU 3

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

Nom : \_\_\_\_\_

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

\* NAS : niveau d'anxiété subjective

TABLEAU 4

TABLEAU D'ENREGISTREMENT DES PENSÉES DYSFUNCTIONNELLES

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

TABLEAU 5

## GRILLE D'AUTO-OBSERVATION DE L'EXPOSITION AUX SITUATIONS PROBLÉMATIQUES (TROUBLE ANXIÉTÉ SOCIALE)

Nom : \_\_\_\_\_

Date	Décrire la situation problématique	Avez-vous : 1. fait face à la situation 2. évité la situation 3. Utilisé des comportements sécurisants? Si oui, lesquels	Combien de temps avez-vous fait face à la situation?	Niveau d'anxiété (0-10) a) avant b) pendant c) après	À quoi pensiez-vous : a) avant b) pendant c) après la situation?
				a) _____ b) _____ c) _____	a= b-= c=
				a) _____ b) _____ c) _____	a= b-= c=
				a) _____ b) _____ c) _____	a= b-= c=
				a) _____ b) _____ c) _____	a= b-= c=
				a) _____ b) _____ c) _____	a= b-= c=

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

**SECTION VII**  
**BIBLIOGRAPHIE**

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2013). *Diagnostic and Statistical Manual, 5<sup>th</sup> edition, (DSM-5)*. Washington.

ANDRÉ, C., LÉGERON, P. (1995). *La peur des autres*, Paris : Éditions Odile Jacob.

BRILLON, P. (2000). Instruments d'évaluation des troubles anxieux : caractéristiques et usage. Les Presses de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, Montréal.

CHALOULT, L., NGO, T. L., GOULET, J., COUSINEAU, P. (2008). *La thérapie cognitivo-comportementale, théorie et pratique*, Montréal : Les Éditions de la Chenelière.

HEIMBERG, R.G., LIEBOWITZ, M.R., HOPE, D.A., SCHNEIER, F.R. (1995). *Social Phobia*, New York : The Guilford Press.

LEAHY, R.L., HOLLAND, J.S., Mc GINN, L.K. (2012). *Treatment Plans and Interventions for Depression and Anxiety Disorders*, New York: The Guilford Press.

LA REVUE CANADIENNE DE PSYCHIATRIE, 51(8) SUPPLÉMENT 2, (Juillet 2006). *Guide de pratique clinique : Traitement des troubles anxieux (CANMAT)*.

MACQUERON, G., ROY, S., (2004). *La timidité, Comment la surmonter*, Paris : Éditions Odile Jacob.

MARKWAY, B.G., CHERYL, N.C., POLLARD, C.A., FLYNN, T. (1999). *Dying of Embarrassment*, New Harbinger Publications, Inc., Oakland, CA, USA.

RAPEE, R.M. (1998). *Social phobia : Overcoming Shyness and Social Phobia*, Northvale, New Jersey : Jason Aronson Inc.