

# **Guide de pratique portant sur l'exposition**

---

**Goulet, J., Ngô, T. L. et Chaloult, L.**

**1<sup>re</sup> édition**

**Éditeur : Jean Goulet-tccmontreal**

**2024**

Éditeur : Jean Goulet – tccmontreal

2024

Éditeur : Jean Goulet - tccmontreal

Montréal, QC, Canada

2024

ISBN 978-2-924935-23-1

Dépôt légal 2e trimestre 2024

Bibliothèque et Archives nationales du Québec 2024

Bibliothèque et Archives Canada 2024

1re édition

## 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 les principes et l'application des exercices d'exposition.

Le volume d'Abramowitz et coll. (1) et les travaux du groupe de recherche de Michelle G. Craske (UCLA) (2-4) ont été les principales sources d'inspiration du présent guide.

Nous référons les lecteurs à l'ouvrage de Chaloult (5) pour une présentation pratique des principes fondamentaux et techniques de base de la TCC.

---

## À PROPOS DES AUTEURS

**Jean Goulet** est médecin psychiatre. Il pratique en cabinet et au département de psychiatrie de l'hôpital du Sacré-Cœur de Montréal. Il est professeur adjoint de clinique 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.

## LISTE DES ABRÉVIATIONS

- RC : réponse conditionnée
- SC : stimulus conditionné
- SI : stimulus inconditionnel
- TAG : trouble anxiété généralisée
- TAS : trouble anxiété sociale
- TCA : trouble des conduites alimentaires
- TCC : thérapie cognitivo-comportementale
- TOC : trouble obsessionnel compulsif
- TP : trouble panique
- TPA : trouble panique avec agoraphobie
- TSPT : trouble de stress post-traumatique

## Table des matières

<b>Section 1 : Introduction .....</b>	<b>8</b>
1.1 Positionnement de ce guide.....	8
1.2 Réticences des thérapeutes .....	9
<b>Section 2 : Indications .....</b>	<b>10</b>
<b>Section 3 : Efficacité .....</b>	<b>11</b>
<b>Section 4 : Évolution des modèles.....</b>	<b>12</b>
4.1 Modèle centré sur l'habituation.....	14
4.2 Modèle centré sur l'apprentissage par inhibition .....	17
<b>Section 5 : Principales étapes de traitement .....</b>	<b>23</b>
5.1 Évaluation .....	23
5.2 Psychoéducation.....	23
5.3 Liste d'exposition .....	25
5.4 Planification et mise en place des exercices d'exposition.....	26
5.4.1 Choisir des exercices dans la liste .....	26
5.4.2 Mettre en place les exercices d'exposition.....	27
5.5 Désensibiliser à fond.....	30
5.6 Diverses modalités d'application de l'exposition.....	31
5.7 Terminaison.....	31
5.7.1 Résumé de thérapie.....	31
5.7.2 Fiche de prévention des rechutes.....	32

5.7.3 Entrevues de consolidation.....	32
<b>Section 6 : Survol des modalités d’application selon les indications .....</b>	<b>33</b>
6.1 Phobies spécifiques.....	33
6.2 Trouble anxiété sociale (TAS) .....	34
6.3 Trouble panique agoraphobie (TPA).....	35
6.4 Trouble anxiété généralisée (TAG) .....	35
6.5 Trouble obsessionnel compulsif (TOC).....	36
6.6 Trouble de stress post-traumatique (TSPT) .....	36
6.7 Troubles dépressifs.....	37
6.8 Troubles des conduites alimentaires (TCA).....	37
6.9 Troubles à symptomatologie somatique (somatoformes) .....	37
<b>Section 7 : Instruments de mesure et outils de traitement .....</b>	<b>38</b>
7.1 Schémas explicatifs de l’évitement et de l’exposition .....	39
7.2 Liste des situations évitées .....	41
7.3 Conséquences anticipées.....	42
7.4 Conséquences anticipées.....	43
7.5 Fiche d’exposition optimale .....	44
7.6 Fiche de planification des exercices d’exposition OptEx* .....	45
7.7 Prescription de travaux à domicile.....	46
7.8 Grille d’auto-observation des exercices d’exposition .....	48
7.9 Résumé de thérapie.....	49
7.10 Fiche de prévention des rechutes.....	50
<b>Bibliographie .....</b>	<b>52</b>



## Section 1 : Introduction

### 1.1 Positionnement de ce guide.

L'efficacité de la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) dans le traitement des troubles anxieux est largement reconnue, et ce, même au-delà des facteurs non spécifiques ([6](#), [7](#)). Les évidences sont telles, qu'un grand nombre d'organismes scientifiques importants identifient la TCC comme le traitement de premier choix de plusieurs troubles anxieux ([1](#)) (p. 30-31).

L'exposition fait partie des outils les plus efficaces en TCC ([1](#), [7](#), [8](#)). Pour une révision sommaire des évidences scientifiques, voir la [section 3](#).

Au cours des dernières années, les recherches ont fait évoluer le concept d'habituation. Ces nouvelles connaissances ont un impact significatif sur les modalités d'application de l'exposition. Nous proposons donc une mise à jour des modèles à la [section 4](#). Nous porterons une attention particulière aux conséquences concrètes sur la pratique. Ces nouveaux modèles permettent une application transdiagnostique de l'exposition. Nous présenterons dans la [section 5](#), les principales étapes pratiques de traitement permettant d'appliquer ces principes d'exposition dans des situations cliniques variées où il y a présence d'évitements.

Pour un rappel concernant les principes fondamentaux de l'approche comportementale, nous vous référons au volume de Chaloult et coll. ([5](#)).

Le présent guide ne présentera pas l'évaluation de chaque type de problématique. Nous décrirons plutôt les principes de l'auto-observation et de l'analyse fonctionnelle ([section 5.1](#)). Cette dernière nous permet d'évaluer la dimension comportementale et de préciser les facteurs qui l'influencent. Nous référons aux différents guides de pratique pour une présentation plus détaillée des étapes de traitement face à une problématique spécifique ( <https://tccmontreal.com/les-guides/> ). Seul un survol des applications de l'exposition dans les divers diagnostics sera présenté à la [section 6](#).



## 1.2 Réticences des thérapeutes

L'accessibilité à l'exposition reste limitée par plusieurs barrières, dont les difficultés d'accéder à la formation nécessaire (9). Comme notre site internet ([www.tccmontreal.com](http://www.tccmontreal.com)) a une grande diffusion (près de 2 millions de vues au moment d'écrire ces lignes, en majorité dans les pages s'adressant aux thérapeutes), nous avons rédigé et mis en ligne ce guide pratique, en espérant élargir cet accès.

Les réticences de certains thérapeutes, parfois même des professionnels expérimentés en TCC, constituent une seconde barrière importante à la dissémination (1, 9). L'exposition augmente transitoirement l'anxiété du patient et on peut être hésitant, si on n'est pas fermement convaincu des bénéfices de l'approche. Pour cette raison, nous avons révisé les évidences scientifiques solides qui l'appuient (section 3). Comme les exercices d'exposition provoquent de l'inconfort, plusieurs thérapeutes craignent de nuire à leurs patients. L'anxiété provoquée par les exercices d'exposition est un signe d'efficacité. Elle permet au patient d'augmenter sa tolérance à l'anxiété et de réaliser que celle-ci n'est pas dangereuse en soi. Il n'est pas question d'exposer les patients à des dangers excessifs.

Certains thérapeutes vont aussi craindre que la diminution des symptômes anxieux dans certaines sphères conduise à l'apparition de nouveaux symptômes à d'autres niveaux. Les études de suivi ont démenti cet argument en montrant au contraire, un excellent maintien des bénéfices. Certaines études suggèrent même une meilleure persistance de l'amélioration après la TCC qu'après des thérapies non directives ou de relaxation (10).

Rien ne remplacera cependant pour le thérapeute, la satisfaction de constater la diminution durable de l'anxiété de ses patients, de même que la liberté qu'ils auront ainsi regagnée. Nous vous invitons donc à utiliser ces outils, au besoin avec l'aide d'un superviseur.

## Section 2 : Indications

Les exercices d'exposition constituent la pierre angulaire des protocoles de TCC des troubles anxieux (incluant le TOC et le TSPT qui ont été exclus de la catégorie des troubles anxieux dans la cinquième édition du DSM). Ils peuvent être indiqués **partout où il y a de l'évitement**, ce que l'on observe dans d'autres conditions comme l'hypocondrie, les troubles des conduites alimentaires, la dépression (11), etc. Par exemple, dans les troubles des conduites alimentaires on observe parfois des évitements de certains aliments, de certains vêtements et de certains lieux (guide TCC des troubles des conduites alimentaires sur [tccmontreal : https://tccmontreal.files.wordpress.com/2018/09/guide-de-pratique-troubles-alimentaires-abrc3a9qc3a9-isbn-2018.pdf](https://tccmontreal.files.wordpress.com/2018/09/guide-de-pratique-troubles-alimentaires-abrc3a9qc3a9-isbn-2018.pdf)). Dans la dépression, on a décrit depuis longtemps le cercle vicieux de l'apathie où on observe une perte de contact avec les renforçateurs naturels. Exemple : « Je n'ai plus envie de faire du vélo depuis quelques mois. Ma bécane prend la poussière dans le garage ». Plus récemment, on a observé que les personnes qui souffrent de dépression ont aussi tendance à éviter certaines activités (11), c.-à-d. qu'elles sont repoussées par le renforcement négatif que constitue le soulagement de l'inconfort lorsque ladite activité est remise à plus tard. Exemple : « J'ai des centaines de courriels non lus. Je n'ose plus les regarder. Il y a probablement un tas de factures et de problèmes là-dedans. Ça me rend anxieux à chaque fois que j'y pense ».

## Section 3 : Efficacité

L'efficacité de la TCC est bien démontrée pour tous les troubles anxieux. Le degré d'efficacité, mesuré par la statistique nommée taille de l'effet ( *effect size* ), est élevé ( $\geq 0.8$ ) pour l'ensemble des troubles anxieux (1).

Certaines méta-analyses ont restreint les critères d'inclusions pour exclure les groupes témoins de liste d'attente et ne retenir que les comparaisons avec divers placebos incluant des placebos psychologiques. Ces données suggèrent que les bénéfices de la TCC se situent au-delà des facteurs non spécifiques de la psychothérapie (7, 12). De plus certaines études suggèrent que la TCC serait plus efficace que la thérapie psychodynamique, la thérapie interpersonnelle, la pleine conscience et la thérapie de soutien (13) (cette méta-analyse porte sur le trouble anxiété sociale).

L'exposition est un des outils les plus efficaces de la TCC des troubles anxieux (1, 7, 8, 14). Les données actuelles ne permettent pas de savoir si l'exposition a une efficacité supérieure à l'approche cognitive. Certaines études suggèrent que l'exposition est plus efficace que des interventions purement cognitives, mais la plupart du temps, les tailles de l'effet sont semblables (15). La thérapie cognitive du TAS selon le modèle de Clark et Wells semble plus efficace que l'exposition seule (15), mais il ne s'agit pas d'une approche purement cognitive, puisque les expériences comportementales, au cours desquelles le sujet s'expose aux situations appréhendées, sont au centre de l'intervention.

L'évolution des connaissances fondamentales portant sur les principes d'exposition suggère qu'il est central de modifier les cognitions, mais que la façon la plus efficace d'y arriver est expérientielle, c.-à-d. via des exercices d'exposition ciblés qui ont pour but de tester la pensée. Les données scientifiques d'efficacité résumées ici nous semblent très compatibles avec ce modèle. Voyons maintenant de quelle façon ces modèles ont évolué.

## Section 4 : Évolution des modèles

Nous allons maintenant décrire les modèles qui tentent d'expliquer les mécanismes par lesquels l'exposition déconditionne les réponses anxieuses (extinction). Nous verrons d'abord le modèle classique de l'habituation, puis le modèle de l'apprentissage par inhibition qui s'est développé à la lumière de données scientifiques qui montraient les limites du modèle précédent. Il est probable que ces deux modèles ne soient pas en opposition, mais plutôt complémentaires (16). Cet article de Myers et Davis, offre une révision détaillée des mécanismes qui conduisent à l'extinction.

Définissons d'abord quelques termes.

- L'**évitement** (figure 1) est un comportement qui consiste à éviter certains stimuli ou n'y faire face qu'à l'aide de comportements sécurisants, et ce, à cause de l'anxiété qu'ils provoquent. Ces stimuli peuvent être un être vivant, un objet, une situation, une pensée ou une sensation physique. Le stimulus évité (parfois appelé stimulus phobogène) ne comporte objectivement qu'un risque faible.
- Le **comportement de fuite** (figure 1) consiste à quitter la situation anxiogène alors que l'anxiété est encore élevée, dans le but de la diminuer.

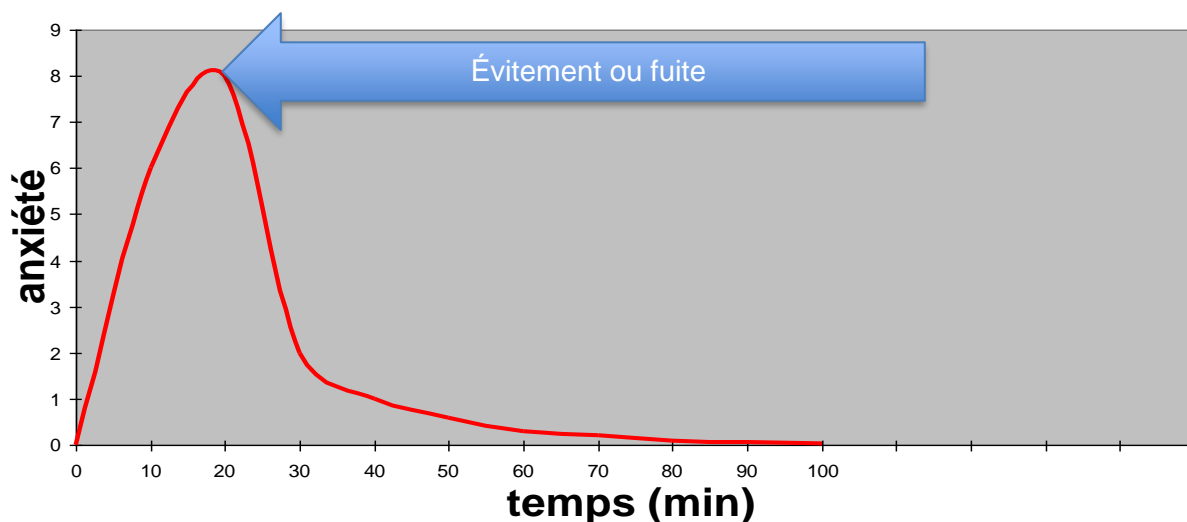


Figure 1 : Évitement ou comportement de fuite

- La forme d'évitement partiel où la personne fait face à la situation en utilisant des comportements, objets ou pensées sécurisantes se nomme la **neutralisation** (figure 2). Par exemple, une personne agoraphobe pourrait n'arriver à tolérer des parcours en autobus qu'en ayant avec elle son téléphone cellulaire et en écoutant de la musique pour se distraire.

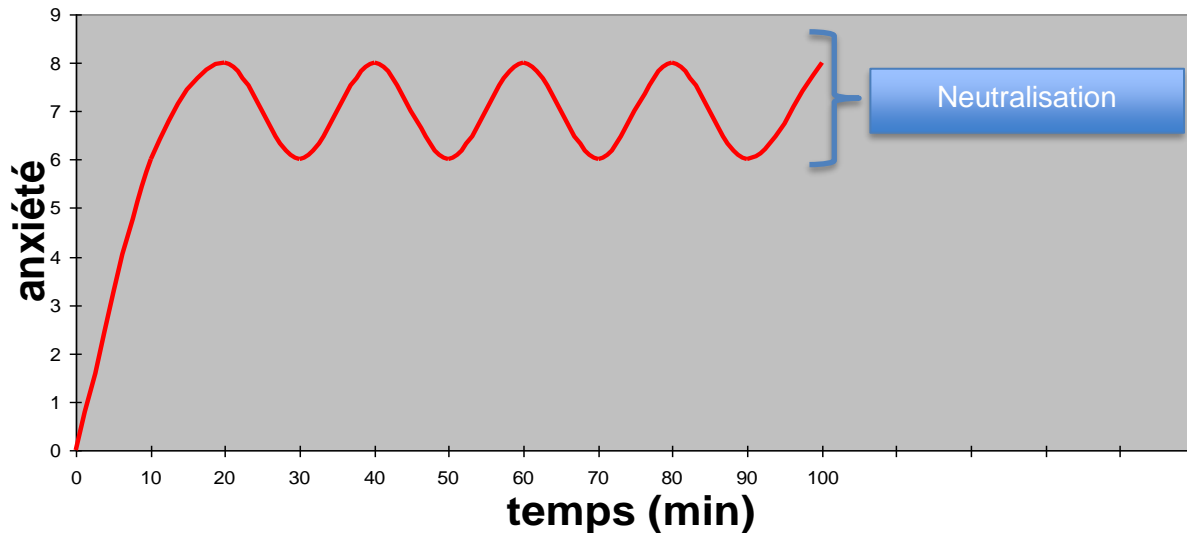
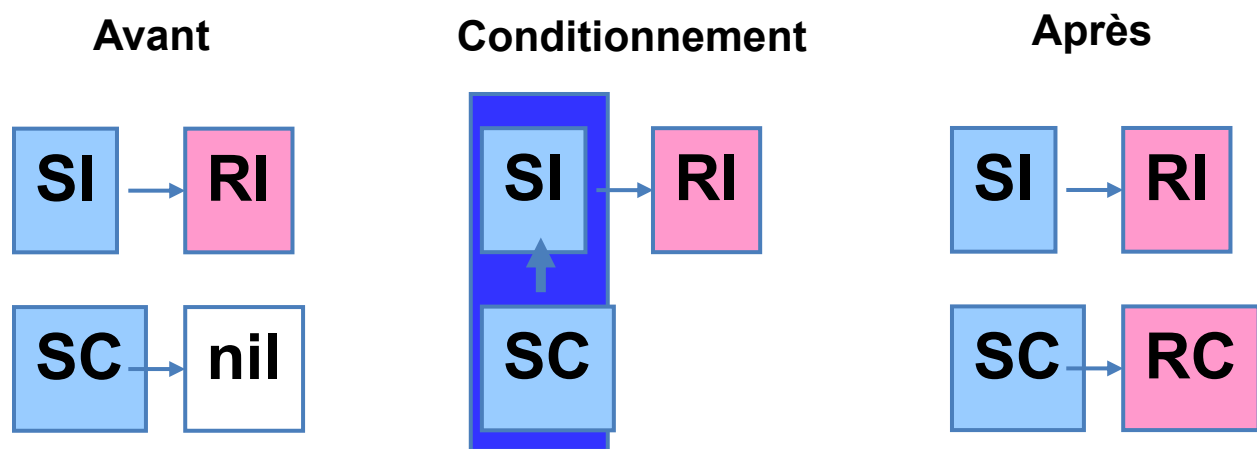


Figure2: Neutralisation

- Un stimulus neutre peut devenir anxiogène (SC) après avoir été associé à un stimulus qui l'est par sa nature propre (SI). Ce type de conditionnement par association est appelé le **conditionnement classique** (figure 3). Par exemple, une personne ayant vécu des attaques de paniques spontanées (SI) particulièrement sévères en conduisant sa voiture, associe cette dernière à l'anxiété (conditionnement classique) et développe une réponse anxieuse lorsqu'il s'en sert (SC).
- Le stimulus qui provoque l'anxiété excessive après association est appelé **stimulus conditionné (SC)** et la réponse anxieuse qui en découle se nomme la **réponse conditionnée (RC)**.

- L'**exposition** consiste à affronter ces stimuli anxiogènes sans recourir aux comportements sécurisants ou aux autres formes de neutralisation, dans le but de se désensibiliser.
- La **désensibilisation** est le déconditionnement de la réponse anxieuse.
- Le **déconditionnement** (selon le modèle de l'habituation) consiste à défaire l'association entre le stimulus phobogène et la réponse anxieuse (figure 6).
- L'**exposition graduée** consiste à établir une hiérarchie d'exposition aux situations évitées, allant des situations les plus faciles aux plus difficiles. On procède ensuite aux exercices d'exposition en suivant cet ordre et en passant à la situation suivante lorsque la précédente est bien maîtrisée.



• *Figure 3: Conditionnement classique*

#### 4.1 Modèle centré sur l'habituation

Il s'agit du modèle classique basé sur les principes de conditionnements (voir Chaloult et coll. pour une révision de ces principes fondamentaux (5) ).

Comme son nom l'indique, le phénomène d'habituation est au centre du modèle. Lorsqu'on fait face au stimulus phobogène de manière prolongée, sans recourir à l'évitement, au comportement de fuite ou à la neutralisation, le niveau d'anxiété et la réponse physiologique d'alarme finissent par diminuer progressivement : c'est ce qu'on appelle l'**habituation à l'intérieur de l'exercice**

(*within session*) (figure 4). Selon ce modèle, cette habitude à l'intérieur de l'exercice fera en sorte que le même exercice provoquera moins d'anxiété la fois suivante, surtout si elle est rapprochée dans le temps. C'est l'**habitude d'un exercice à l'autre** (*between session*) (figure 5).

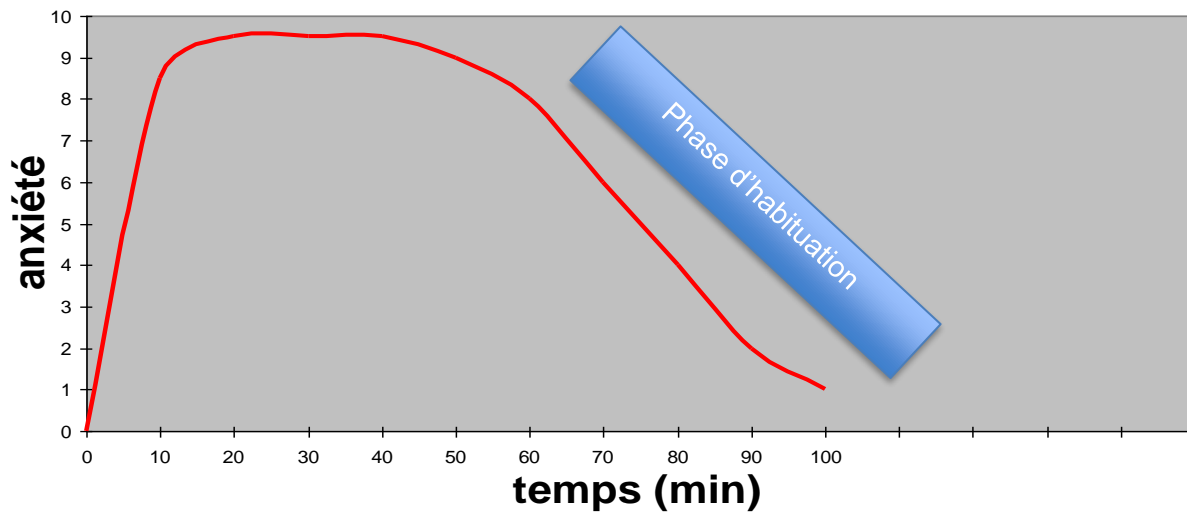


Figure 4: Habitude à l'intérieur de l'exercice

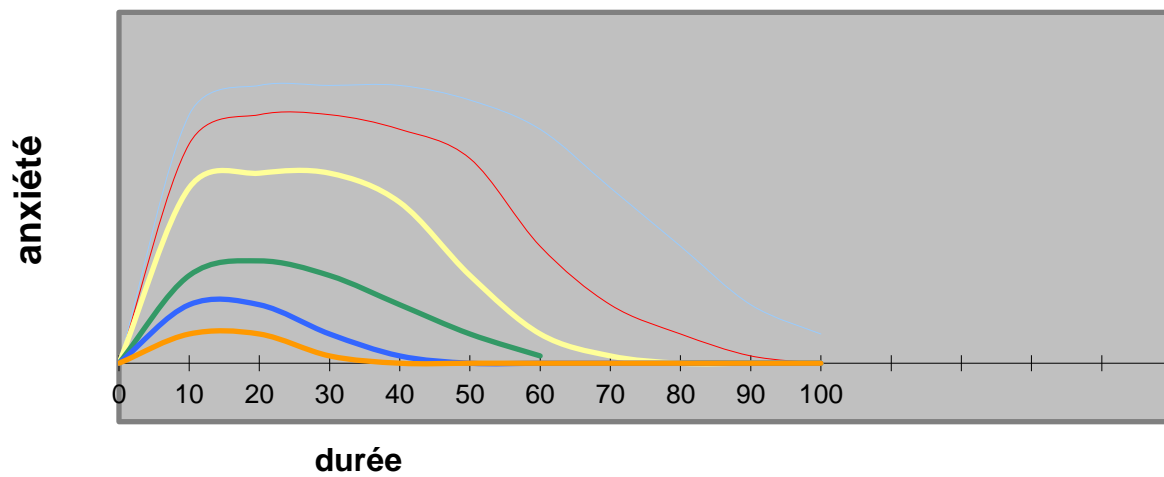


Figure 5: Habituation d'un exercice à l'autre

Selon ce modèle, si on affronte la situation de façon répétée et rapprochée dans le temps, sans s'échapper ni neutraliser, l'habituation d'un exercice à l'autre viendra déconditionner la réponse anxieuse. Ce modèle postule donc que le conditionnement est graduellement effacé (figure 6).



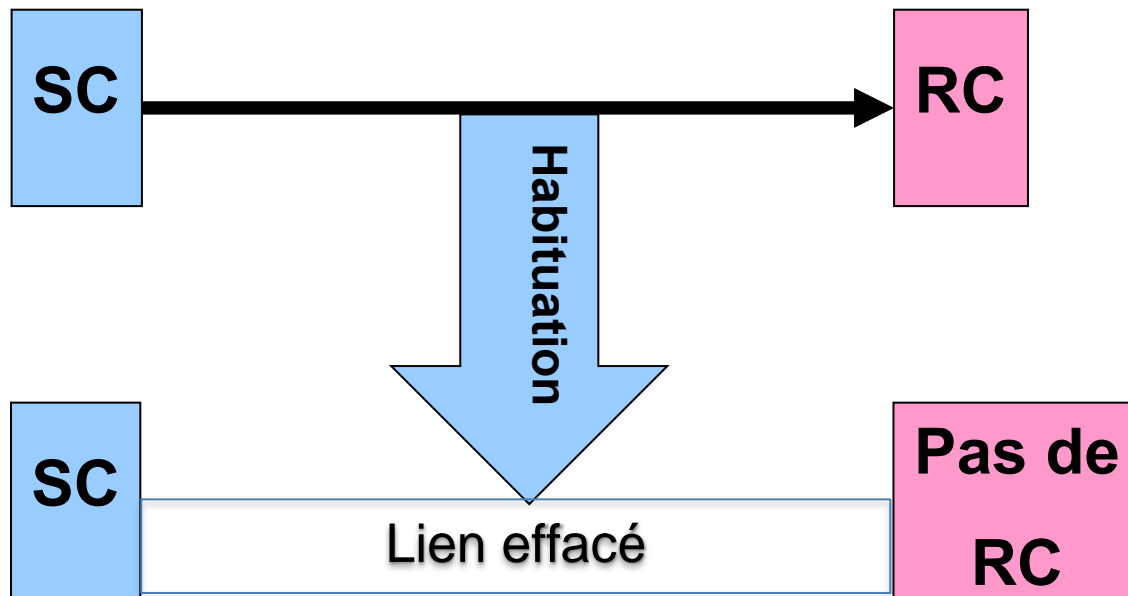


Figure 6: Déconditionnement par habituation

Voici les principales caractéristiques de bons exercices d'exposition selon le modèle de l'habituation :

- **Trois choses à faire :**
  - Des exercices prolongés
  - Répétés
  - Rapprochés
- **Trois choses qu'on ne doit pas faire :**
  - Éviter
  - S'échapper
  - Neutraliser

## 4.2 Modèle centré sur l'apprentissage par inhibition

Si le lien entre le SC et la RC est effacé :

- Comment se fait-il que la RC puisse réapparaître en force si la personne désensibilisée s'expose au SC après une longue période sans exposition? Par exemple, une patiente agoraphobe qui craignait particulièrement la conduite automobile a réussi à reprendre la conduite sans limitation pendant quelques années. Elle a cessé de conduire pendant plusieurs mois dans le contexte de la pandémie de COVID19. Lorsqu'elle reprend le volant, elle souffre d'une violente attaque de panique dès qu'elle pose les mains sur le volant, alors qu'elle n'avait aucune anticipation.
- Comment se fait-il que la RC puisse réapparaître si on change le contexte? Par exemple un jeune homme agoraphobe s'est désensibilisé à fond dans le métro à Montréal. Il arrivait à tolérer les heures de pointe et avait même vécu une panne, sans que la réponse anxieuse réapparaisse. Il a fait une attaque de panique lorsqu'il a pris le métro à Paris pour la première fois, et ce, alors que celui-ci n'était pas particulièrement achalandé.

De plus, contrairement à ce que le modèle centré sur l'habituation prédit, le degré d'habituation à l'intérieur de l'exercice et d'un exercice à l'autre, ne semble pas prédictif de la réponse (17). On a aussi remarqué que l'habitude de procéder très graduellement en respectant une hiérarchie stricte ne semblait pas ajouter aux bénéfices. De plus, la tendance à insister sur la diminution de l'anxiété lors des exercices, pouvait parfois renforcer involontairement le message implicite que l'anxiété est dangereuse et qu'il faut l'éviter.

On constate donc que le modèle centré sur l'habituation a des limites de plus en plus claires et n'arrive pas à expliquer ces phénomènes. Le modèle centré sur l'apprentissage par inhibition cherche à combler ces lacunes et raffiner la compréhension. Il a fait l'objet de nombreuses recherches fondamentales basées entre autres sur l'imagerie cérébrale et les études cliniques. Ce modèle de l'apprentissage par inhibition implique que l'association originale entre le SI et le SC apprise durant le conditionnement n'est pas effacée durant l'extinction. Elle persisterait, mais un nouvel apprentissage secondaire inhibiteur se développe (figure 7). La réponse amygdalienne est particulièrement activée lors du conditionnement de la peur. À la suite de l'exposition, cette réponse semble persister au moins partiellement, mais est inhibée par des influences corticales plus spécifiquement préfrontales (18, 19).

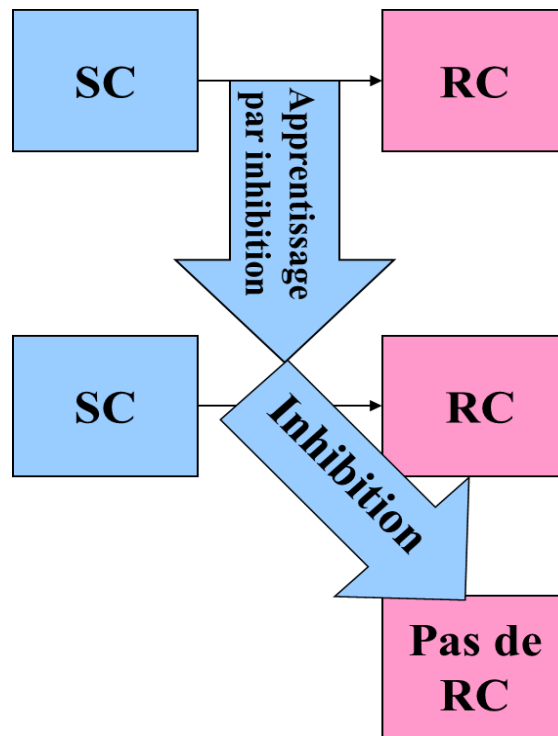


Figure 7: Apprentissage par inhibition

Voyons maintenant les stratégies thérapeutiques qui permettent de favoriser l'apprentissage par inhibition lors des exercices d'exposition (2), (traduction française de cet article : (4)). Le degré d'évidence scientifique soutenant chacun de ces éléments est révisé dans l'article de Weisman et Rodebaugh (20).

- **La violation des attentes (*expectancy violation*)**

Pour ce faire, on conçoit des exercices d'exposition qui permettront de contredire au maximum les conséquences aversives anticipées. C'est cette discordance entre les attentes et l'expérience vécue qui est centrale. Ainsi, la restructuration cognitive avant les exercices peut diminuer cet effet de surprise et être contre-productive. On commencera donc par bien identifier ses conséquences anticipées (parfois appelées le scénario catastrophe) et les décrire de façon vérifiable, avant de choisir les exercices d'exposition. On pourra ainsi proposer des exercices qui maximisent la prise de conscience

expérientielle de la différence entre ce qui est attendu et ce qui survient de facto. Cette caractéristique s'approche du modèle cognitif centré sur les expériences comportementales qui visent à infirmer les croyances anxieuses (21).

- **L'extinction approfondie**

L'extinction approfondie consiste à combiner plusieurs SC. On commence généralement par exposer à chacun des SC séparément avant de les combiner. Par exemple, une personne qui souffre d'un TPA pourrait être exposée aux transports en commun, puis faire de l'exposition aux stimuli intéroceptifs (sensations physiques de la panique), pour ensuite reprendre certains de ces exercices dans l'autobus ou le métro.

- **L'extinction occasionnellement renforcée**

Il s'agit de combiner occasionnellement un SI au SC, lors des exercices d'exposition. Par exemple, une personne souffrant d'anxiété sociale pourra d'abord faire face à certaines situations sociales usuelles, puis on pourra reprendre certains exercices où, occasionnellement, il ferait face au ridicule ou au rejet. On pourrait imaginer un exercice où il va demander aux passants de répondre à un sondage dans une station de métro à l'heure de pointe.

Je surnomme cette stratégie : « Même le pire n'est pas si pire. »

- **La suppression des signaux de sécurités**

Les signaux de sécurité sont perçus par la personne anxieuse, comme ayant la capacité de diminuer la probabilité ou la gravité de conséquences négatives, lors de l'exposition aux SC. Il peut s'agir de comportements, d'objets, de personnes ou de pensées perçues comme sécurisantes. Par exemple, une personne souffrant d'agoraphobie ne pourrait faire son épicerie que lorsqu'elle est accompagnée d'un proche et en ayant également son comprimé de clonazepam, son téléphone et sa bouteille d'eau dans son sac... Il est recommandé de ne pas utiliser ces signaux lors des exercices d'exposition. La plupart du

temps, ils seront retirés graduellement, mais dans certaines situations, si cela semble acceptable pour le patient, ils pourront être enlevés entièrement dès le départ.

On a d'ailleurs de moins en moins tendance à recommander l'apprentissage préalable de la relaxation, de la rééducation respiratoire, des auto-instructions rassurantes ou autres approches similaires, car elles peuvent constituer des signaux de sécurité et des neutralisations, lorsqu'utilisés pour affronter les exercices d'exposition.

- **La variabilité des stimuli**

L'exposition graduée consistait traditionnellement à s'exposer à répétition au même SC à répétition, jusqu'à l'extinction de la réponse anxieuse, après quoi on passait au SC suivant dans la hiérarchie d'exposition. On sait maintenant qu'il est probablement préférable de veiller à varier les SC pour favoriser le maintien de la réponse thérapeutique dans le temps. Une étude portant sur des sujets souffrant d'arachnophobie a permis d'observer que ceux qui étaient exposés à répétition à une seule tarentule présentaient plus d'habituation, mais aussi une fréquence de réapparition de la réponse de peur plus élevée 3 semaines plus tard, comparativement à ceux qui avaient été exposés à 4 tarentules différentes ([22](#)).

- **Les contextes multiples**

La variabilité des contextes semble aussi favoriser le maintien de la réponse. Un agoraphobe pourrait, par exemple, effectuer des exercices d'exposition dans le métro en variant le moment de la journée, le jour de la semaine ou l'achalandage ou encore en étant accompagné de différentes personnes ou seul pour aller travailler, magasiner ou autres.

En résumé, la hiérarchie stricte et l'habituation ne sont probablement pas si importantes qu'on le croyait. Il est souhaitable d'identifier et de limiter l'usage des signaux de sécurité, de varier les stimuli et les contextes, de désensibiliser à fond et de veiller à ce que les exercices d'exposition maximisent la violation des attentes.

On constate que la première et la deuxième vague semblent se rejoindre. D'une part, les exercices comportementaux d'exposition visent de plus en plus à infirmer les attentes du patient anxieux. D'autre part, l'approche cognitive des troubles anxieux vise de plus en plus à identifier les croyances anxiogènes sans chercher à les restructurer, puis à mettre en place une série d'expériences comportementales qui viendront infirmer ces croyances de façon expérientielle, ce qui s'approche de la notion de violation des attentes. D'ailleurs, dans ces modèles dits cognitifs, on s'assure de retirer les signaux de sécurité et vérifier par l'expérience, si les conséquences attendues de leur abandon se matérialisent.

## Section 5 : Principales étapes de traitement

### 5.1 Évaluation

Une bonne évaluation générale constituera la première étape de l'intervention. Nous vous référons au chapitre 11 du volume de Chaloult et coll. (5) pour les principes d'évaluation en vue d'une TCC. Selon le type de problématique, divers questionnaires pourront être utilisés (voir les guides de pratiques sur [www.tccmontreal.com](http://www.tccmontreal.com)). On y suggère aussi plusieurs fiches d'auto-observations adaptées aux différents troubles anxieux.

La conceptualisation comportementale classique se fait via l'analyse fonctionnelle (voir le chapitre 2 du volume de Chaloult et coll. (5) pour plus de détails). En anglais, on utilise le moyen mnémotechnique ABC, pour

- A : «activating event» ou l'événement déclencheur.
- B : «behavior» ou le comportement
- C : «consequences» ou conséquences

Des outils plus spécifiques pour identifier et analyser les situations qui font l'objet d'évitement sont décrits à la [section 5.3](#).

### 5.2 Psychoéducation

Le thérapeute veillera à bien expliquer ce qu'est un évitement. Il s'agit de situations qu'on évite complètement ou partiellement, ou auxquelles on ne peut faire face qu'en présence de personnes ou d'objets rassurants. Ces situations sont évitées à cause de l'anxiété qu'elles provoquent. On pourrait utiliser un exemple comme celui-ci pour bien clarifier le lien avec l'anxiété anticipée. Une personne A peut choisir de ne jamais aller au cinéma parce que ça ne l'intéresse pas, mais elle pourrait y aller, même au milieu d'une salle bondée, sans aucune anxiété, si elle le voulait. Cette personne n'évite pas les cinémas. Par contraste, une personne B pourrait aller au cinéma une fois par semaine, mais éviter tout de même partiellement cette situation, si elle s'empêche d'y

aller lorsqu'il y a beaucoup de monde par crainte de faire une attaque de panique si elle se sent coincée dans la foule.

On expliquera ensuite de façon personnalisée et illustrée d'exemples venant du patient, le cercle vicieux de l'évitement (figures 1 et 8) (Voir aussi [section 7.1 : Schémas explicatifs de l'évitement et de l'exposition](#)). Nous y avons mis l'ensemble des figures utiles pour la psychoéducation avec le patient. Vous pourrez les utiliser et les personnaliser pour chacun). L'évitement se maintient parce qu'il soulage l'anxiété dans l'immédiat (principe de contiguïté). Cependant, il augmente l'anxiété d'anticipation à long terme. « Plus j'évite, plus j'ai peur et plus j'ai peur, plus j'évite ». Donc, ce qui soulage à court terme, renforce le problème à long terme. Ceci nous permet de comprendre qu'il faudra tolérer de l'inconfort à court terme pour diminuer l'emprise des évitements à long terme. Il s'agit d'un concept clé. Il est important de bien comprendre pour quelles raisons il faudra tolérer de l'inconfort, ce qui est naturellement contre-intuitif.

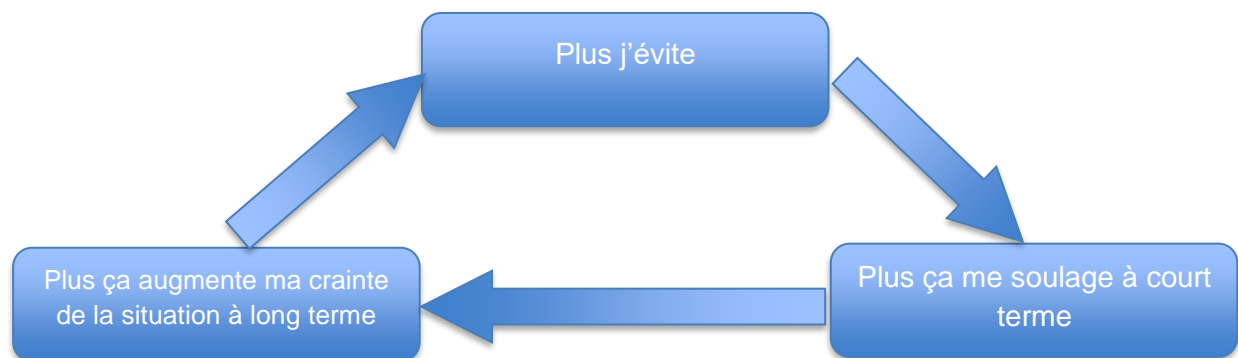


Figure 8: Cercle vicieux de l'évitement

Pour illustrer ce concept, nous utilisons parfois l'analogie du bouclier. L'évitement est un peu comme un bouclier. On a le sentiment qu'il nous protège. Cependant, lorsqu'on est caché derrière le bouclier, on ne peut plus percevoir ce qui se passe de l'autre côté. On ne peut également pas savoir s'il est toujours nécessaire. De plus, comme pour l'évitement, le fait d'être réfugié derrière un bouclier limite les possibilités de profiter du monde qui s'ouvre devant soi. La seule façon de s'assurer qu'on ne restera pas emprisonné derrière ce bouclier toute notre vie inutilement, c'est d'oser le laisser tomber graduellement. C'est le rôle de l'exposition. Cette analogie montre aussi que le but ultime de l'exposition n'est pas de tolérer l'inconfort à court terme pour ne plus ressentir d'anxiété à long terme, mais plutôt de pouvoir vivre pleinement, libéré des contraintes excessives qu'impose l'évitement.



On peut ensuite expliquer les principes de l'exposition, c.-à-d. ce qui permettra de renverser graduellement ce cercle vicieux (figure 9).

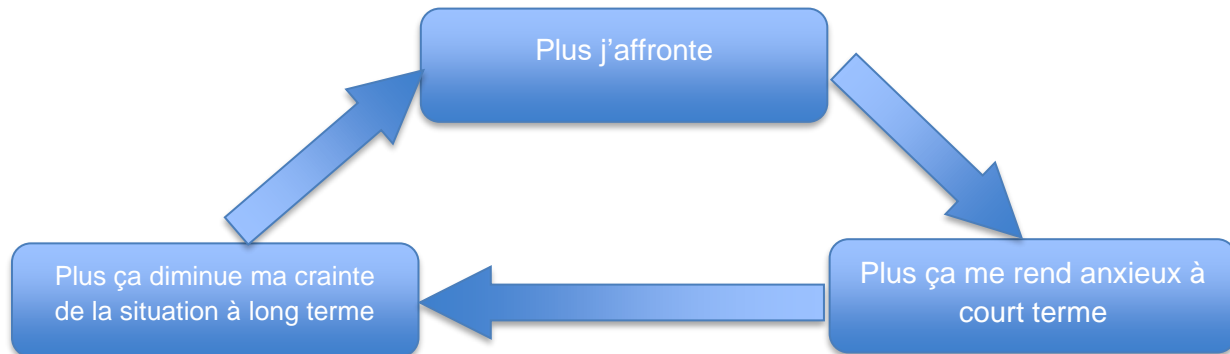


Figure 9: Cercle vertueux de l'exposition

On pourra ensuite présenter le concept d'exposition prolongée et de neutralisation en utilisant les figures 2 à 5.

### 5.3 Liste d'exposition

Une simple liste des évitements peut aider à planifier les exercices d'exposition ([voir 7.2 Liste des situations évitées](#)).

Il nous semble intéressant d'y ajouter les pensées, plus précisément les conséquences anticipées ([voir 7.3 Conséquences anticipées](#)). Elles seront très utiles pour préparer des exercices d'exposition qui maximiseront la violation des attentes. Nous offrons aussi une version plus détaillée de cette fiche ([voir 7.4 Conséquences anticipées](#)) dans laquelle nous avons ajouté l'évaluation du degré d'inconfort anticipé et une liste des comportements, pensées ou objets sécurisants auxquels le patient pourrait avoir tendance à recourir.

Il peut être utile d'identifier et d'inclure dans la liste, la pire situation imaginable pour le patient. Par exemple, une personne souffrant d'anxiété sociale pourrait craindre tout particulièrement d'avoir l'air complètement ridicule dans un lieu public très achalandé ou encore un acrophobe pourrait identifier le saut en parachute comme la pire situation possible. On doit bien clarifier qu'il n'est pas question de contraindre, ni même d'exercer de la pression sur le patient pour qu'il

accomplisse des exercices aussi extrêmes. Il arrive cependant qu'après avoir bien progressé, ces exercices ne paraissent plus aussi inatteignables et le fait de désensibiliser à fond (sans se mettre en danger bien sûr) est un facteur qui maximise la violation des attentes et améliore le maintien à long terme ([section 5.5](#)). Comme le disent parfois les patients après avoir atteint ce stade : « Si je réussis à faire ça, je pourrai faire n'importe quoi! »

Le groupe de Craske a créé une fiche qui permet une analyse raffinée des évitements, nommée la fiche d'exposition optimale : « *Opt-Ex* » ([23](#)) (voir la traduction et adaptation à la [section 7.5](#)). Cette fiche peut servir de base pour préparer une liste d'exposition très personnalisée. La crainte principale (ou le scénario catastrophe) est d'abord identifiée. On dresse ensuite la liste détaillée des différents facteurs perçus par le patient, comme augmentant le risque que cette crainte se matérialise (lieux, situations, objets, pensées, images mentales...). On complète en déterminant tout ce que le patient perçoit comme des facteurs de protections (objets, lieux, comportements ou pensées sécurisants). Plusieurs de ces fiches peuvent être complétées lorsque le patient présente plusieurs craintes ou scénarios catastrophes indépendants. Cette analyse permettra de planifier des exercices d'exposition variés au cours desquels on fait face à des situations évitées en multipliant graduellement les éléments craints (SC), tout en limitant les éléments sécurisants.

## 5.4 Planification et mise en place des exercices d'exposition

### 5.4.1 Choisir des exercices dans la liste

À partir de la liste des évitements, on prépare une série d'exercices d'exposition personnalisés. Il n'est pas nécessaire de suivre une hiérarchie stricte. Un exercice plus difficile peut être fait tôt dans le processus, si le patient est plus motivé à y faire face et prêt à tolérer plus d'inconfort. Dans sa version la plus simple, on part de la liste des situations évitées et on rédige une première version de la liste d'exposition en collaboration avec le patient. On peut simplement numéroter les éléments de la liste, pour indiquer dans quel ordre approximatif les exercices seront abordés.

Craske utilise une cotation des exercices qu'elle nomme « l'évaluation des attentes » (*expectancy ratings*), plutôt que de coter l'inconfort ou l'anxiété. Le patient estime la probabilité que le scénario catastrophe se produise, tel qu'elle est perçue émotionnellement (*gut reaction*) sur une échelle de 0 à 100%.

Elle ne suggère pas de faire de liste d'exercices gradués, mais plutôt de commencer le plus vite possible avec des exercices perçus comme ayant un risque élevé de conduire à la crainte principale. Elle appuie cette recommandation sur les données suggérant que la hiérarchie graduée ne donne pas plus de bénéfices (24). Elle propose de commencer, si cela est tolérable, par un exercice qui est associé à une évaluation des attentes d'au moins 60%. Il faut évidemment s'assurer qu'on ne provoquera pas l'abandon du patient. Il ne faut pas oublier qu'une hiérarchie trop lente peut aussi augmenter le risque d'abandon, parce qu'on met plus de temps avant d'obtenir des résultats tangibles. Craske suggère aussi de commencer par exposer quelque temps à un SC à la fois avant de commencer à les combiner (extinction approfondie). Par exemple, une personne qui souffre d'un TPA pourrait être exposée aux transports en commun, puis faire de l'exposition aux stimuli intéroceptifs (sensations physiques de la panique), pour ensuite reprendre certains de ces exercices intéroceptifs dans l'autobus ou le métro. Elle propose une [fiche de planification de l'exercice d'exposition \(section 7.6\)](#) pour préciser en détail la nature de l'exercice d'exposition devant être réalisé.

#### 5.4.2 Mettre en place les exercices d'exposition

##### Les caractéristiques de bons exercices d'exposition

Les caractéristiques de bons exercices d'exposition selon le modèle centré sur l'habituation restent très utiles. Nous les résumons ainsi :

- **3 choses à faire :**
  - **Exercices prolongés, répétés, rapprochés**
- **3 choses à ne pas faire :**
  - **Éviter, fuir, neutraliser**
- **Exercices prolongés :** On croyait que la durée de l'exercice était importante parce qu'on devait attendre que l'anxiété diminue de beaucoup. On sait maintenant que le degré d'habituation à l'intérieur de l'exercice ne semble pas prédictif de la réponse (17). Cependant, il arrive souvent que la durée soit un facteur clé pour les conséquences anticipées. Un agoraphobe pourrait par exemple croire que la probabilité d'une attaque n'est qu'à 20% s'il reste dans l'autobus 2 minutes, mais à 80% s'il reste une heure.
- **Exercices répétés et rapprochés :** Si on laisse trop de temps s'écouler entre les exercices, on risque d'observer une re sensibilisation limitant l'effet cumulatif des

bénéfiques. De plus, les exercices réguliers créent une dynamique favorable et permettent d'arriver plus rapidement à des résultats tangibles, ce qui est un facteur important de motivation. Donc, **pratiquer quotidiennement si possible**.

- **Ne pas éviter ni fuir ni neutraliser** : Comme nous l'avons mentionné précédemment, l'évitement et les comportements de fuite soulagent la crainte à court terme, mais la renforcent à long terme. Les comportements sécurisants et autres formes de neutralisation constituent des facteurs qui limitent l'efficacité des exercices d'exposition. Il est important de bien les identifier et d'en limiter l'usage.
- **Identifier les conséquences anticipées (scénario catastrophe) avant l'exercice.**
  - De façon à ce que ce soit vérifiable.
  - Sans faire de restructuration cognitive avant l'exposition.
  - On vise ainsi à maximiser la violation des attentes.
- **Varié les stimuli.**
  - Comme l'apprentissage par inhibition a tendance à être spécifique à un SC, il est important de les varier et ensuite de les combiner.
- **Varié les contextes.**
  - De la même façon, comme l'apprentissage par inhibition semble associé au contexte dans lequel il a été appris, il est aussi important de varier les contextes pour favoriser le maintien à long terme.
- **Prescrire les exercices d'exposition de façon personnalisée et spécifique**
  - On déterminera de manière collaborative la nature précise de l'exercice, sa durée, sa fréquence et les signaux de sécurité qui devront être évités.
  - On peut utiliser à cette fin, la [fiche de planification de l'exercice d'exposition OptEx \(section 7.6\)](#) mentionnée dans la section précédente.
  - On notera ensuite par écrit les exercices à faire d'ici le prochain rendez-vous ([fiche de prescription de travaux à domicile, section 7.7](#)).
- **Accueillir l'anxiété.**
  - Le but principal n'est pas d'éliminer l'anxiété, mais de réaliser que l'anxiété n'est pas dangereuse et est tolérable. Si on insiste trop sur l'objectif de diminuer l'anxiété, on risque de renforcer implicitement la croyance que l'anxiété est dangereuse en soi et doit être évitée. Or cette croyance est un facteur qui tend à maintenir les évitements.

- **Observer attentivement la différence entre ce qui était attendu et ce qui survient.**
  - Cette observation de la violation des attentes est particulièrement importante pour permettre des changements cognitifs expérientiels. Pour cette raison, la [grille d'auto-observation des exercices d'exposition \(Section 7.8\)](#) met l'accent sur cet aspect (dernière colonne).
- **Le patient notera le résultat des exercices par écrit.**
  - Cela permet au patient de bien observer le résultat de ses efforts.
  - Le thérapeute pourra suivre de plus près l'évolution, identifier les progrès et les obstacles.
  - Utilisez une [grille d'auto-observation des exercices d'exposition \(Section 7.8\)](#) que le patient complétera après chaque exercice.
- **Retour sur les exercices**
  - Il est très important de revenir sur les exercices qui ont été réalisés. On peut constater et renforcer le progrès même modeste. En effet, une diminution même minime des évitements constitue un changement majeur chez quelqu'un qui a vu ce type de comportement augmenter depuis des années. Ces bénéfices sont des renforçateurs naturels et si le patient en prend conscience, ils peuvent augmenter la motivation de façon considérable. La possibilité de progresser n'est plus une vague théorie à laquelle le patient essaie de croire, mais devient une expérience vécue, ce qui change tout.
- **Importance du soutien.**
  - Le soutien est particulièrement crucial au début, jusqu'à ce que des bénéfices clairs apparaissent. Ces derniers constituent des renforçateurs naturels qui alimentent la dynamique favorable.
- **Effectuer des exercices en séances**
  - La pratique d'exercices en séance procure de nombreux bénéfices. Elle permet un renforcement immédiat qui est plus efficace (principe de contiguïté). Elle offre une belle occasion d'observer et renforcer ce que le patient fait mieux et aussi d'identifier les éléments pouvant être améliorés. Elle permet au thérapeute d'inciter le patient à porter attention à la différence entre ce qui est attendu émotivement et ce qui se produit de facto (violation des attentes). Elle facilite l'identification des signaux de sécurité et toutes les formes de neutralisation. La présence et

l'engagement empathique du thérapeute peuvent aider à souder l'alliance thérapeutique.

Tableau 1. Comment faire de bons exercices d'exposition?

Identifier le scénario catastrophe
Identifier les comportements sécurisants et autres neutralisations
Exercices prolongés, répétés et rapprochés
Ne pas éviter, fuir, ni neutraliser (abandonner les signaux de sécurité)
Variation des stimuli
Variation des contextes
Accueillir l'anxiété
Observer la différence entre ce qui était attendu et ce qui survient
Noter les exercices par écrit
Pratiquer quotidiennement

## 5.5 Désensibiliser à fond

Il arrive souvent que les progrès significatifs constituent des renforçateurs si puissants que le patient sera disposé à s'exposer au-delà du strict nécessaire pour améliorer sa qualité de vie au quotidien, et favoriser un meilleur maintien des acquis à long terme.

Pour ce faire, comme nous l'avons mentionné précédemment, on proposera des exercices d'exposition associant plusieurs SC (extinction approfondie ou *deepened extinction*) et l'extinction occasionnellement renforcée au cours de laquelle on choisit parfois de s'exposer partiellement à la conséquence anticipée, par exemple, dans l'exposition au ridicule pour les personnes souffrant de TAS ([voir section 4.2](#)).

Si le patient le souhaite, on peut le soutenir pour une exposition à la « pire situation imaginable » qu'on avait identifiée quand nous avons préparé la [liste des situations évitées \(voir section 7.2\)](#).

## 5.6 Diverses modalités d'application de l'exposition

Au-delà de l'exposition in vivo qui constitue la modalité la plus utilisée, diverses autres options ont été étudiées. Lorsque le déclencheur est principalement une pensée, une image mentale ou une émotion, on pourra utiliser des exercices d'**exposition en imagination**. Par exemple, dans les cas de troubles de stress post-traumatique, le souvenir de l'événement traumatique est souvent un des déclencheurs les plus importants. Pour cette raison, l'exposition prolongée au souvenir traumatique fait partie des protocoles de TCC de cette pathologie. On l'utilise aussi parfois lorsqu'il est très difficile concrètement de s'exposer régulièrement à une situation (vols en avion par exemple) ou comme exercice préparatoire à l'exposition in vivo.

L'**exposition en réalité virtuelle** et en réalité augmentée constituent d'autres modalités d'application fort prometteuses ([25](#)).

Lorsque le déclencheur est une sensation physique, on utilisera souvent l'**exposition aux sensations physiques**, aussi nommée exposition aux stimuli intéroceptifs.

Voir la [section 6](#) pour un survol des modalités en fonction des diverses indications.

## 5.7 Terminaison

Plusieurs outils classiques de TCC permettent de favoriser le maintien des acquis à long terme.

### 5.7.1 Résumé de thérapie

On dresse un bilan avec le patient en fin de thérapie. Pour ce faire, on revient sur les objectifs initiaux et on peut reprendre les questionnaires complétés en début de traitement. On l'invite

ensuite à rédiger un résumé très personnel de ce qui lui a été le plus utile parmi les outils explorés lors du suivi (voir [7.9 Résumé de thérapie](#)).

### 5.7.2 Fiche de prévention des rechutes

Cette fiche thérapeutique a pour but d'apprendre à identifier précocement les signes de rechutes et de s'entraîner à bien les distinguer des hauts et des bas de la vie quotidienne. Elle a été développée et est particulièrement utile dans le traitement des troubles de l'humeur, mais elle peut s'appliquer à des problématiques très diverses, incluant les troubles anxieux. Vous la trouverez à la section [7.10 Fiche de prévention des rechutes](#). Nous avons ajouté un exemple de fiche complétée dans la section portant sur la TCC de la dépression de tccmontreal (<https://tccmontreal.files.wordpress.com/2015/08/fiche-de-prc3a9vention-des-rechutes-exemple.pdf>).

### 5.7.3 Entrevues de consolidation

Il s'agit d'offrir des entrevues plus éloignées dans le temps lorsque le traitement arrive à sa fin. Classiquement, plusieurs protocoles de recherche de TCC proposent une entrevue 6 mois après la fin de la thérapie. En présence de symptômes résiduels ou lorsque des patients éprouvent plus de difficultés face à la terminaison, on peut offrir quelques séances espacées plus graduellement. Les données sur les processus de changement ([26](#)) nous ont appris qu'un nouveau comportement est plus instable dans les premiers mois suivant son adoption. C'est ce qu'on appelle la phase de consolidation. Un patient prévoyant revoir son thérapeute quelques mois plus après la fin de la thérapie aura de meilleures chances de maintenir les acquis pendant cette période critique ([27](#)).



## Section 6 : Survol des modalités d'application selon les indications

Les exercices d'exposition sont pertinents partout où il y a des comportements d'évitement, quel que soit le diagnostic. Les modalités générales d'application, présentées dans le présent guide, permettent de les utiliser d'une façon transdiagnostique. On les retrouve au cœur des protocoles de TCC de nombreuses pathologies, plus particulièrement les troubles anxieux, mais aussi, bien au-delà. Ces protocoles présentent des conceptualisations transversales et des modalités d'application spécifiques éprouvées scientifiquement.

Les détails concernant ces modalités d'application de l'exposition dans diverses indications et les autres modalités thérapeutiques se retrouvent dans les guides de pratique spécifiques que vous pouvez consulter et télécharger sur [www.tccmontreal.com](http://www.tccmontreal.com) (section « [guides de pratique pour les thérapeutes](#) »). Vous y trouverez aussi des manuels pour la clientèle, des vidéos de psychoéducation, des questionnaires et des fiches thérapeutiques. Nous nous limiterons donc ici à survoler les techniques d'expositions qui sont utilisées dans les principales indications concernées, dans le but de vous offrir une vision générale de l'utilisation de ces techniques à travers l'ensemble des protocoles de TCC.

### 6.1 Phobies spécifiques

L'exposition est le traitement de premier choix des phobies spécifiques. Cette approche est particulièrement incontournable ici, faute d'options pharmacologiques (28)<sup>1</sup>

L'exposition in vivo a été particulièrement étudiée, mais lorsque la situation n'est pas facilement accessible (par exemple un vol en avion, des phénomènes naturels comme les tremblements de terre) ou que le niveau d'anxiété est intolérable, on peut aussi recourir à l'exposition en imagination ou si disponible, en réalité virtuelle.

---

<sup>1</sup> « *Psychosocial interventions, particularly exposure-based treatments, are the treatments of choice and are associated with a high degree of success in providing remission of specific phobias... There is a minimal role for pharmacotherapy in the treatment of specific phobias, largely due to the lack of research on medications in this condition, and the success of exposure-based therapies...* »

La phobie sang-piqûre-blessure présente une particularité qui modifie légèrement la façon de faire l'exposition. En effet, contrairement aux autres troubles anxieux, cette phobie est associée à une activation du système nerveux autonome parasympathique (réponse vagale) plutôt que sympathique. C'est la raison pour laquelle la tension artérielle a tendance à diminuer, ce qui peut provoquer des étourdissements et des évanouissements. Pour cette raison, on utilise l'exposition avec tension appliquée. Le patient apprend et pratique d'abord la tension appliquée qui consiste à tendre l'ensemble de ses muscles pendant une trentaine de secondes, puis relâcher et reprendre ce cycle quelques fois. Cette technique permet d'augmenter légèrement la tension artérielle, ce qui diminue les symptômes physiques associés à l'hypotension et le risque de s'évanouir. On suggère de la pratiquer quotidiennement pendant quelques jours ou quelques semaines avant de commencer les exercices d'exposition. Le patient pourra alors l'utiliser lorsqu'il s'exposera.

## 6.2 Trouble anxiété sociale (TAS)

Voir les [guides sur tccmontreal](#) : guide 2013 et guide 2022, ce dernier étant basé sur le modèle de Clark et Wells.

L'exposition in vivo est au cœur de la TCC du TAS. Comme il est très difficile, voire impossible, d'éviter complètement les contacts sociaux, les personnes qui souffrent du TAS ont souvent développé un large éventail de signaux de sécurité et de multiples neutralisations. On devra donc y porter une attention toute particulière lorsqu'on utilise les exercices d'exposition dans cette indication. Le modèle de Clark et Wells concentre les efforts sur des expériences comportementales qui visent à infirmer de façon expérientielle les cognitions anxieuses qui alimentent l'anxiété sociale. Ce faisant, le patient s'expose aux situations sociales anticipées, mais d'une façon qui optimise la violation des attentes, en se centrant sur les cognitions anxiogènes qui lui sont spécifiques. Il identifie et abandonne ses comportements sécurisants. Les personnes qui souffrent d'anxiété sociale ont aussi tendance, lors des interactions sociales, à centrer leur attention sur eux-mêmes comme objet d'attention sociale. En centrant l'attention sur soi, l'intensité de l'anxiété augmente (cf. littérature sur les effets de l'attention centrée sur soi) et l'individu est moins apte à réaliser que ses prédictions ne sont pas réalisées (par exemple, que l'ensemble de ses interlocuteurs ne présentent pas une réaction négative envers lui). On invitera

donc le patient à plutôt à rediriger son attention sur l'extérieur et à se centrer sur le contenu de la communication.

### 6.3 Trouble panique agoraphobie (TPA)

Voir le [guide sur tccmontreal](#).

Les exercices d'exposition sont au cœur des protocoles de TCC du TPA. Pour l'agoraphobie, on suggère généralement d'utiliser l'exposition in vivo. Les premiers protocoles de TCC du TPA incluaient ces exercices, des techniques de gestion des attaques de panique et de la restructuration cognitive. Les études initiales montraient de bons résultats pour l'agoraphobie, mais les médicaments semblaient supérieurs pour traiter les attaques de paniques. Des exercices d'exposition spécifiques pour les attaques de paniques ont été ajoutés. Il s'agit d'exposition aux sensations physiques associées aux attaques. On la nomme aussi exposition aux stimuli intéroceptifs. Cette technique est particulièrement utile et possiblement un des ingrédients les plus efficaces de ces protocoles (29). La TCC constitue probablement même un premier choix comparée aux médicaments pour traiter le TPA (28, 30).

### 6.4 Trouble anxiété généralisée (TAG)

Voir le [guide sur tccmontreal](#).

Plusieurs outils thérapeutiques ont été utilisés dans les divers protocoles de TCC du TAG. L'exposition y joue un rôle important. On identifie des évitements et signaux de sécurités qui constituent des manifestations d'intolérance à l'incertitude. On invite ensuite le patient à s'exposer aux situations incertaines qu'il évitait et à abandonner graduellement les comportements sécurisants et autres neutralisations. Il découvre alors que rien de grave ne survient et qu'il est à même de composer avec la situation même s'il n'est pas particulièrement préparé. On utilise aussi une technique d'exposition en imagination aux scénarios dramatisants.

## 6.5 Trouble obsessionnel compulsif (TOC)

Voir le [guide sur tccmontreal](#).

L'exposition avec prévention de la réponse constitue le traitement de choix du TOC. On identifie les déclencheurs de pensées obsédantes. On précise la nature de ces pensées obsédantes et des images mentales associées. On observe aussi attentivement les compulsions qui peuvent être des comportements ou des rituels mentaux. Ces compulsions sont en fait des neutralisations ou des signaux de sécurité. On devra donc prendre soin d'éliminer graduellement le recours à ces compulsions lors des exercices d'exposition. C'est ce qu'on appelle la prévention de la réponse.

## 6.6 Trouble de stress post-traumatique (TSPT)

Voir le [guide sur tccmontreal](#).

Le TSPT a la particularité d'être associé par définition à un événement traumatique. La personne a donc été exposée à une situation où elle a été en danger de façon réelle et grave. Dans ce contexte, avant de songer aux exercices d'exposition, le thérapeute doit résolument s'assurer que son patient est en sécurité et qu'il devra être protégé des événements traumatiques.

Les personnes qui souffrent d'un TSPT présentent souvent des évitements de diverses situations associées au trauma. L'exposition in vivo est utilisée pour contrer ce problème.

Les phénomènes d'intrusions peuvent être importants. Plus le patient tente d'éviter les souvenirs traumatiques, plus ces intrusions s'accroissent. Ces souvenirs sont parfois très souffrants et inconfortables, mais ils ne sont pas dangereux en soi. Leur caractère intrusif peut être conçu comme un signe du besoin de «digérer» émotionnellement les souvenirs traumatiques. L'exposition en imagination prolongée aux souvenirs traumatiques vise cet objectif.

Il importe d'être attentif aux phénomènes dissociatifs qui peuvent être associés au TSPT. Ils constituent une forme de neutralisation extrême et involontaire. Divers exercices préparatoires, dont des techniques d'ancrage peuvent aider la gestion de ces phénomènes lors des séances d'exposition. Ces exercices sont disponibles sur la chaîne YouTube de tccmontreal :

[www.tccmontreal.com](http://www.tccmontreal.com)

[https://www.youtube.com/playlist?list=PL8Syjp9b6aRwqei\\_pzPdW2ggOUaw2QZrQ](https://www.youtube.com/playlist?list=PL8Syjp9b6aRwqei_pzPdW2ggOUaw2QZrQ)

## 6.7 Troubles dépressifs

Voir le [guide sur tccmontreal](#).

En l'absence de trouble anxieux associé, les exercices d'exposition ne sont pas centraux dans la TCC des troubles dépressifs. Cependant, lorsqu'on travaille l'activation comportementale, on constate souvent la présence de certains évitements. Les principes d'exposition seront alors utiles pour y faire face.

## 6.8 Troubles des conduites alimentaires (TCA)

Voir le [guide sur tccmontreal](#).

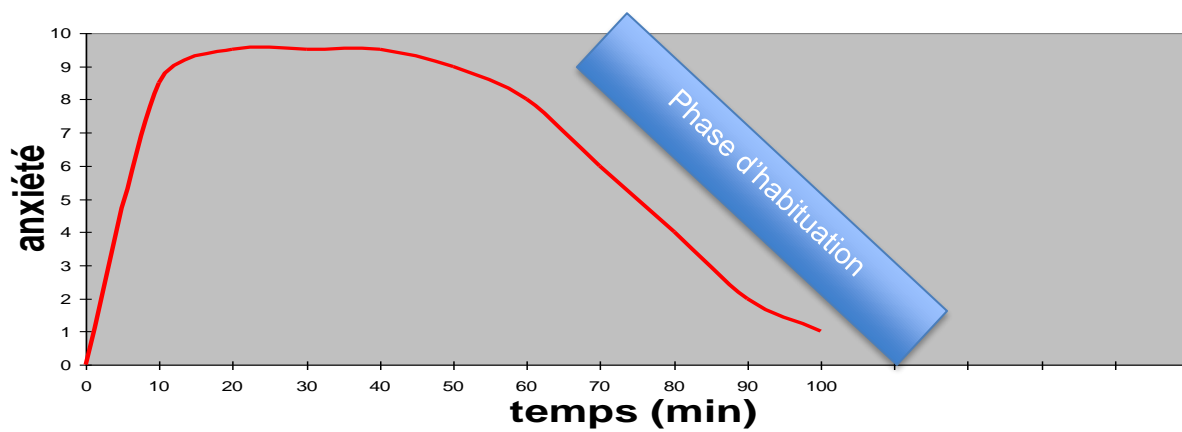
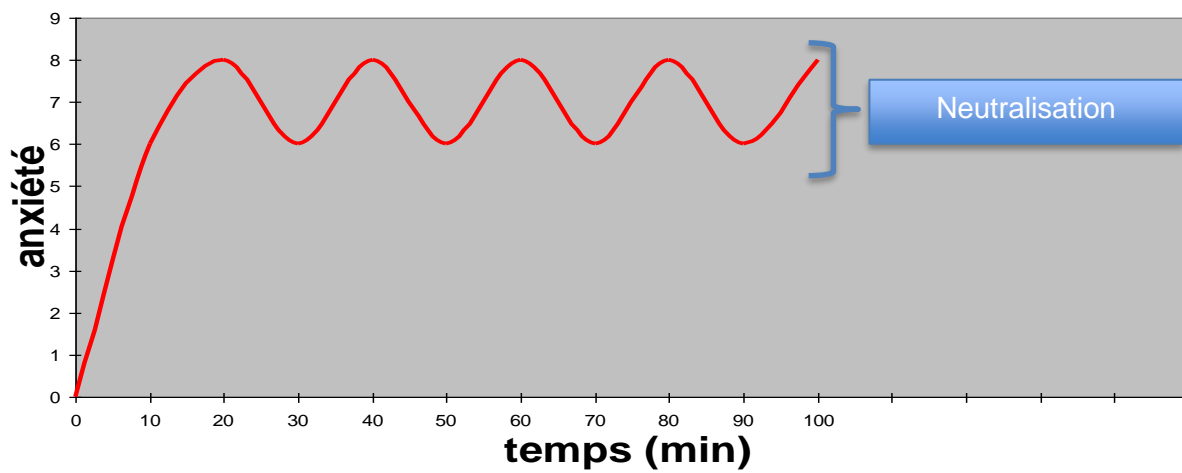
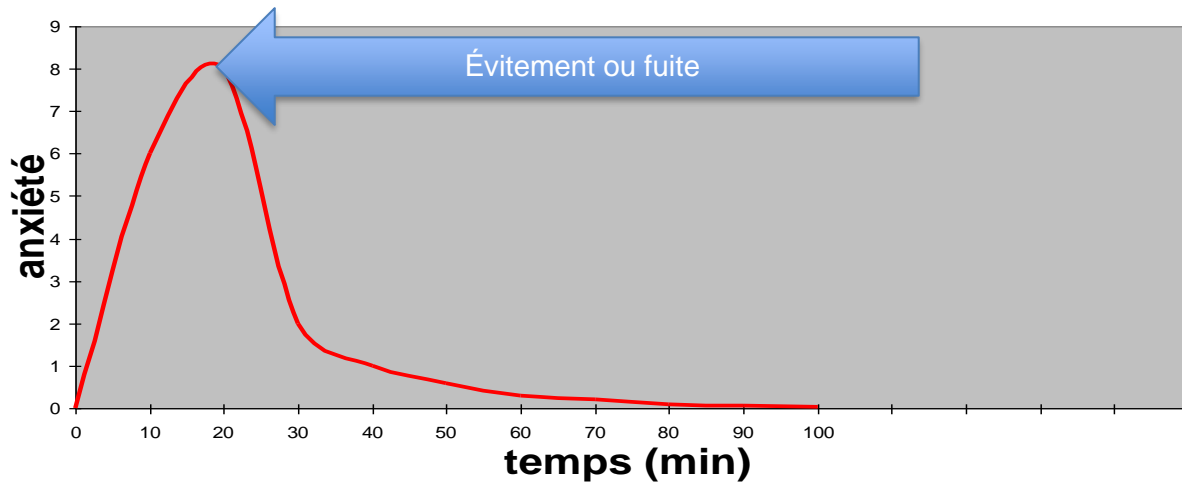
Ici aussi, les exercices d'exposition ne constituent pas l'essentiel du protocole de TCC, mais ils sont souvent utiles pour affronter certains évitements persistants en fin de thérapie (par exemple, évitement des pesées, de certains aliments, de certains vêtements ou de certains lieux comme les plages, les spas ou les piscines). On note aussi souvent la présence de comportements sécurisants qui seront identifiés et graduellement limités (par exemple, les pesées excessives, les vérifications corporelles excessives ou *body checking*).

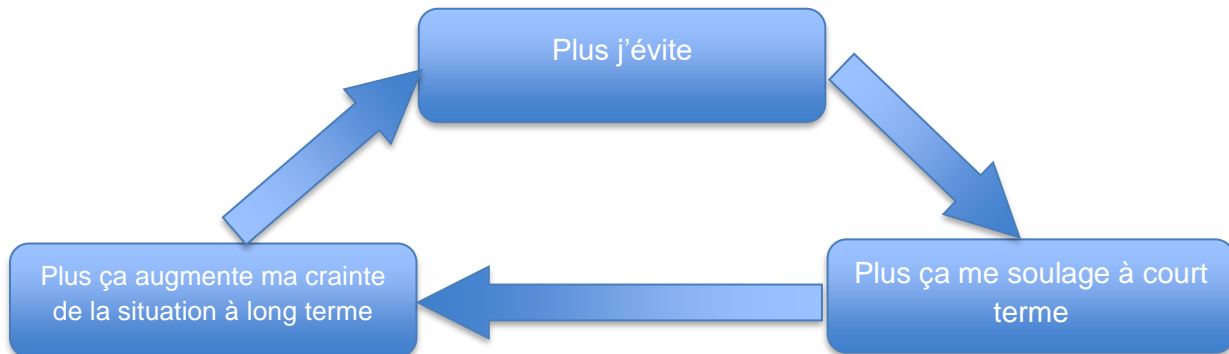
## 6.9 Troubles à symptomatologie somatique (somatoformes)

Ici aussi, de multiples outils TCC ont été utilisés et semblent efficaces (31). On retrouve souvent des évitements et des comportements sécurisants qui peuvent être travaillés à l'aide des principes d'exposition. On utilise également parfois dans le traitement ces troubles, l'exposition aux sensations physiques et l'exposition en imagination. Elles permettent de diminuer l'hypersensibilité de ces patients aux sensations physiques et aux images mentales associées à la maladie.

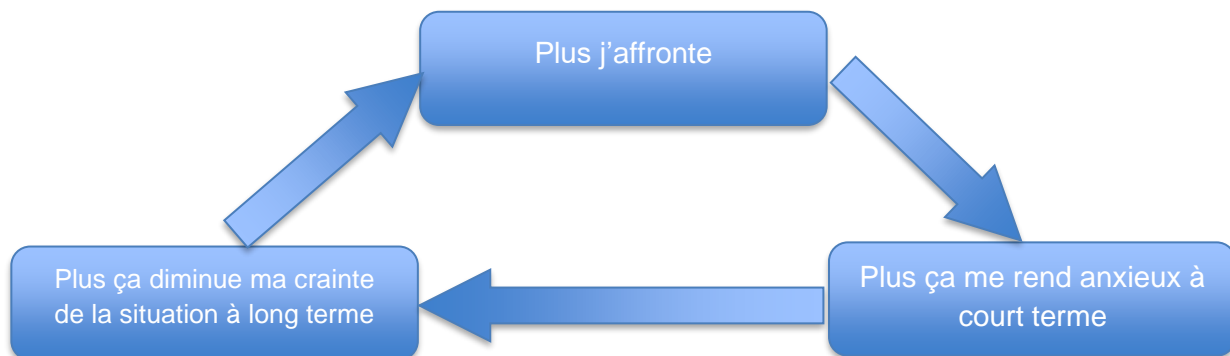
## Section 7 : Instruments de mesure et outils de traitement

## 7.1 Schémas explicatifs de l'évitement et de l'exposition





*Cercle vicieux de l'évitement*



*Cercle vertueux de l'exposition*



## 7.2 Liste des situations évitées

1. Dressez une liste aussi complète que possible de tout ce que vous vous empêchez de faire, ou des situations que vous évitez, en raison de la crainte qu'elles provoquent.
2. Attribuez ensuite à chacune de ces situations, une cote de 0 à 100/100, selon le degré d'anxiété qu'elle provoquerait à votre avis.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

3. Vous pouvez ensuite les classer par ordre croissant de crainte, en débutant par celle qui vous fait le moins peur jusqu'à celle qui est la pire.

SITUATION	INCONFORT ANTICIPÉ (0 À 100%)

### 7.3 Conséquences anticipées

Pour chacune des situations identifiées dans votre liste d'évitements, essayez de décrire le plus précisément et concrètement possible ce que vous craignez qu'il survienne si vous l'affrontez. **Si possible décrivez votre crainte d'une façon telle qu'il sera possible de savoir clairement si ça s'est produit ou pas.** Par exemple, une personne souffrant d'anxiété sociale qui a écrit : « J'ai peur que mon anxiété paraisse beaucoup » aurait intérêt à la décrire plus spécifiquement : « Je vais trembler de façon très apparente, je vais bafouiller à un point tel que les gens ne comprendront pas ce que je dis... ».

SITUATION	CONSÉQUENCES ANTICIPÉES

## 7.4 Conséquences anticipées

Pour chacune des situations identifiées dans votre liste d'évitements, essayez de décrire le plus précisément et concrètement possible ce que vous craignez qu'il survienne si vous l'affrontez. **Si possible décrivez votre crainte d'une façon telle qu'il sera possible de savoir clairement si ça s'est produit ou pas.** Par exemple, une personne souffrant d'anxiété sociale qui a écrit : « J'ai peur que mon anxiété paraisse beaucoup » aurait intérêt à le décrire plus spécifiquement : « Je vais trembler de façon très apparente, je vais bafouiller à un point tel que les gens ne comprendront pas ce que je dis... ».

SITUATION	CONSÉQUENCES ANTICIPÉES	INCONFORT ANTICIPÉ (0 À 100%)

Notez les comportements, pensées ou objets sécurisants auxquels vous risquez de recourir si vous essayez de faire face à ces situations :

---

---

---

---

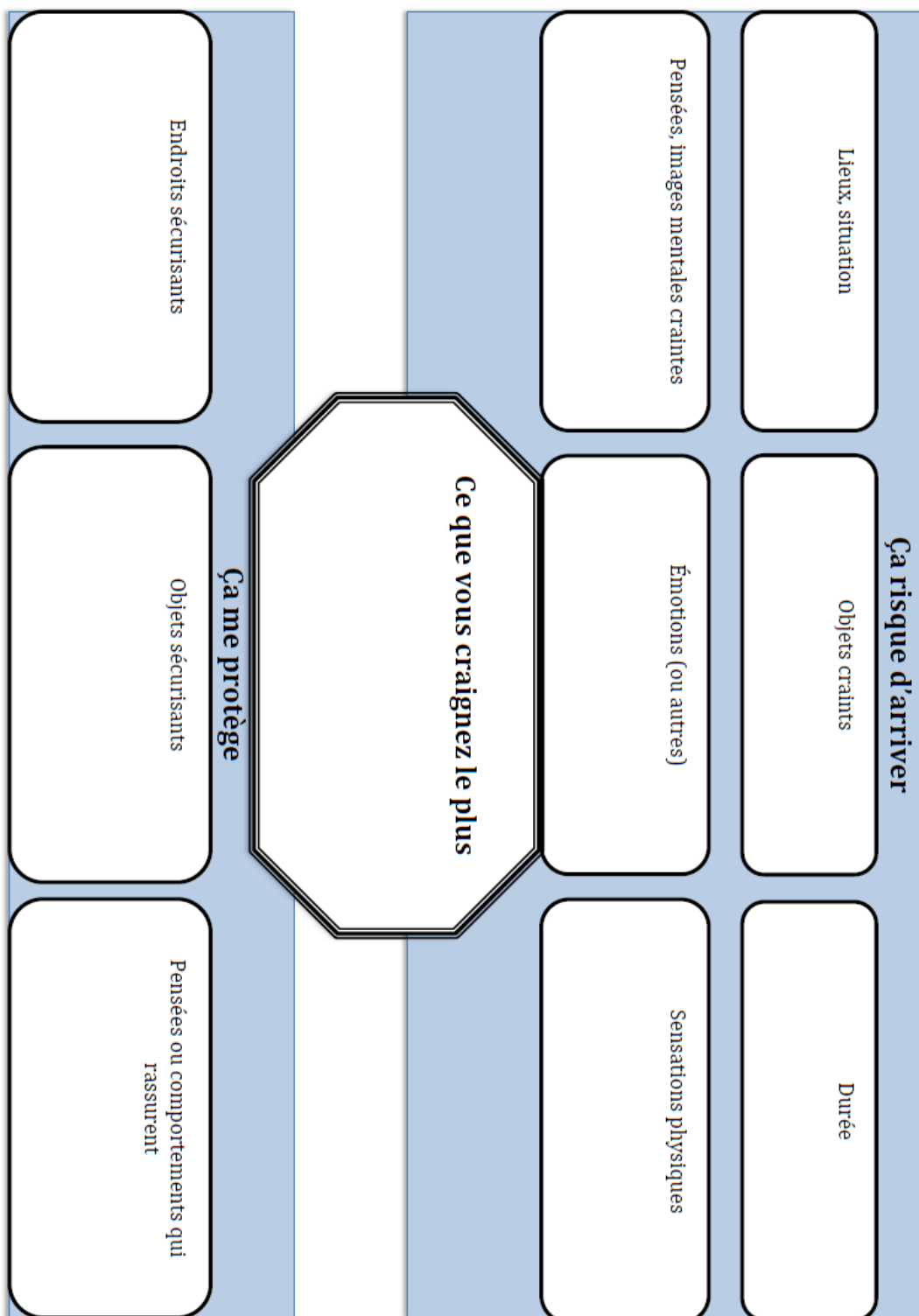
---

---

---

## 7.5 Fiche d'exposition optimale

Adapté de Craske et coll. 2022.



## 7.6 Fiche de planification des exercices d'exposition OptEx\*

En affrontant de façon répétée, les situations évitées, vous vous donnez l'occasion de réaliser que vos pires craintes ne surviennent que rarement ou s'avèrent plus tolérables que vous le pensiez.

### **Quelle est cette pire crainte?**

---

---

### **Comment vais-je la tester? (Qu'est-ce que je vais faire lors de cet exercice d'exposition?)**

---

---

---

- Qu'est-ce que j'abandonne?

---

---

- Qu'est-ce que je tolère?

---

---

- Qu'est-ce que je combine?

---

---

- Qu'est-ce que j'affronte?

---

---

### **Combiner tous ces éléments pour décrire précisément l'exercice d'exposition qui en découle.**

---

---

---

---

---

\*Traduit librement et adapté de : Craske, M. G., et coll. (2022). "Optimizing exposure therapy with an inhibitory retrieval approach and the OptEx Nexus." *Behav Res Ther* **152**: 104069.

## 7.7 Prescription de travaux à domicile

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

## **Prescription de travaux à domicile**

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

	<b>Lun.</b>	<b>Mar.</b>	<b>Mer.</b>	<b>Jeu.</b>	<b>Ven.</b>	<b>Sam.</b>	<b>Dim.</b>
<b>1.</b>							
<b>2.</b>							
<b>3.</b>							
<b>4.</b>							
<b>5.</b>							

.Surligner les jours ou chacun des travaux doit être fait et cochez la case lorsqu'il est complété

## **Notes**

## 7.8 Grille d'auto-observation des exercices d'exposition

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

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

Exercice (décrire l'exercice précisément : lieu, durée, objet, sensation physique, pensée...):

\_\_\_\_\_

Scénario catastrophe (décrire les conséquences catastrophiques que la partie émotive de votre personne craint, lors de cet exercice. Le décrire de façon vérifiable) :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Date	Identifier si : vous étiez : 1. seul 2. accompagné	Avez-vous : 1. fait face à la situation 2. évité la situation 3. fait face avec neutralisation ou un objet sécurisant. Spécifiez.	Combien de temps avez-vous fait face à la situation?	Niveau d'anxiété maximal atteint (0-10)	En quoi ce qui s'est produit était différent de ce qui vous aviez anticipé?  Qu'avez-vous appris de cette expérience?



## 7.9 Résumé de thérapie

Ressortez toutes les feuilles d'exercices, les prescriptions de travaux à domicile et les lectures faites dans le cadre de votre thérapie. Jetez-y un coup d'œil sans tout relire en détail dans le but de vous remettre en tête tout ce que vous avez fait dans cette thérapie. Notez ci-dessous ce qui vous a été le plus utile. Il s'agit d'un résumé très personnel. Il n'a pas pour but d'être complet, mais bien d'identifier les outils qui vous ont été utiles pour augmenter vos chances de les intégrer dans votre quotidien à long terme.

## 7.10 Fiche de prévention des rechutes

Est-ce que je fais une rechute?	
Situations à risque	Quoi faire si je crois qu'il peut s'agir d'une rechute
Symptômes*	



## Bibliographie

1. Abramowitz JS, Deacon BJ, Whiteside SPH. *Exposure Therapy for Anxiety, Second Edition: Principles and Practice*: Guilford Publications; 2019.
2. Craske MG, Treanor M, Conway CC, Zbozinek T, Vervliet B. Maximizing exposure therapy: an inhibitory learning approach. *Behaviour research and therapy*. 2014;58:10-23.
3. Craske MG, Kircanski K, Zelikowsky M, Mystkowski J, Chowdhury N, Baker A. Optimizing inhibitory learning during exposure therapy. *Behaviour research and therapy*. 2008;46(1):5-27.
4. Philippot P, Dethier V, Vervliet B, Treanor M, Conway C, Zbozinek T, et coll. Maximiser la thérapie par exposition: Une approche basée sur l'apprentissage par inhibition. [Maximizing exposure therapy: An inhibitory learning approach.]. *Revue Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive*. 2015;20(3):4-34.
5. Chaloult L, Ngo TL, Goulet J, Cousineau P. *La thérapie cognitivo-comportementale: théorie et pratique*: Gaëtan Morin Éditeur; 2008.
6. Hofmann SG, Otto MW. *Cognitive Behavioral Therapy for Social Anxiety Disorder: Evidence-based and Disorder-specific Treatment Techniques*: Routledge; 2008.
7. Carpenter JK, Andrews LA, Witcraft SM, Powers MB, Smits JAJ, Hofmann SG. Cognitive behavioral therapy for anxiety and related disorders: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Depress Anxiety*. 2018;35(6):502-14.
8. Olatunji BO, Cisler JM, Deacon BJ. Efficacy of cognitive behavioral therapy for anxiety disorders: a review of meta-analytic findings. *The Psychiatric clinics of North America*. 2010;33(3):557-77.
9. Gunter RW, Whittal ML. Dissemination of cognitive-behavioral treatments for anxiety disorders: Overcoming barriers and improving patient access. *Clinical psychology review*. 2010;30(2):194-202.
10. Borkovec TD, Costello E. Efficacy of applied relaxation and cognitive-behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*. 1993;61(4):611-9.
11. Martell CR, Dimidjian S, Herman-Dunn R, Lewinsohn PM. *Behavioral Activation for Depression: A Clinician's Guide*: Guilford Publications; 2010.
12. Hofmann SG, Smits JA. Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *J Clin Psychiatry*. 2008;69(4):621-32.
13. Mayo-Wilson E, Dias S, Mavranezouli I, Kew K, Clark DM, Ades AE, et coll. Psychological and pharmacological interventions for social anxiety disorder in adults: a systematic review and network meta-analysis. *The lancet Psychiatry*. 2014;1(5):368-76.
14. Deacon BJ, Abramowitz JS. Cognitive and behavioral treatments for anxiety disorders: a review of meta-analytic findings. *Journal of Clinical Psychology*. 2004;60(4):429-41.
15. Ougrin D. Efficacy of exposure versus cognitive therapy in anxiety disorders: systematic review and meta-analysis. *BMC psychiatry*. 2011;11:200.
16. Myers KM, Davis M. Mechanisms of fear extinction. *Mol Psychiatry*. 2007;12(2):120-50.
17. Baker A, Mystkowski J, Culver N, Yi R, Mortazavi A, Craske MG. Does habituation matter? Emotional processing theory and exposure therapy for acrophobia. *Behaviour research and therapy*. 2010;48(11):1139-43.

18. Milad MR, Pitman RK, Ellis CB, Gold AL, Shin LM, Lasko NB, et al. Neurobiological basis of failure to recall extinction memory in posttraumatic stress disorder. *Biol Psychiatry*. 2009;66(12):1075-82.
19. Milad MR, Wright CI, Orr SP, Pitman RK, Quirk GJ, Rauch SL. Recall of fear extinction in humans activates the ventromedial prefrontal cortex and hippocampus in concert. *Biol Psychiatry*. 2007;62(5):446-54.
20. Weisman JS, Rodebaugh TL. Exposure therapy augmentation: A review and extension of techniques informed by an inhibitory learning approach. *Clin Psychol Rev*. 2018;59:41-51.
21. Wells A. *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: A Practice Manual and Conceptual Guide*: Wiley; 2013.
22. Rowe MK, Craske MG. Effects of varied-stimulus exposure training on fear reduction and return of fear. *Behaviour research and therapy*. 1998;36(7-8):719-34.
23. Craske MG, Treanor M, Zbozinek TD, Vervliet B. Optimizing exposure therapy with an inhibitory retrieval approach and the OptEx Nexus. *Behaviour research and therapy*. 2022;152:104069.
24. Lang AJ, Craske MG. Manipulations of exposure-based therapy to reduce return of fear: a replication. *Behaviour research and therapy*. 2000;38(1):1-12.
25. Carl E, Stein AT, Levihn-Coon A, Pogue JR, Rothbaum B, Emmelkamp P, et al. Virtual reality exposure therapy for anxiety and related disorders: A meta-analysis of randomized controlled trials. *J Anxiety Disord*. 2019;61:27-36.
26. Prochaska JO, Norcross JC, DiClemente CC. *Changing for Good*. New York, NY: HarperCollins books; 1994.
27. Whisman MA. The efficacy of booster maintenance sessions in behavior therapy: Review and methodological critique. *Psychol Rev*. 1990;10(2):155-70.
28. Katzman MA, Bleau P, Blier P, Chokka P, Kjernisted K, Van Ameringen M, et al. Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. *BMC psychiatry*. 2014;14 Suppl 1(Suppl 1):S1.
29. Pompili A, Furukawa TA, Efthimiou O, Imai H, Tajika A, Salanti G. Dismantling cognitive-behaviour therapy for panic disorder: a systematic review and component network meta-analysis. *Psychol Med*. 2018;48(12):1945-53.
30. Roshanaei-Moghaddam B, Pauly MC, Atkins DC, Baldwin SA, Stein MB, Roy-Byrne P. Relative effects of CBT and pharmacotherapy in depression versus anxiety: is medication somewhat better for depression, and CBT somewhat better for anxiety? *Depress Anxiety*. 2011;28(7):560-7.
31. Liu J, Gill NS, Teodorczuk A, Li ZJ, Sun J. The efficacy of cognitive behavioural therapy in somatoform disorders and medically unexplained physical symptoms: A meta-analysis of randomized controlled trials. *J Affect Disord*. 2019;245:98-112.