

## Échelle Dimensionnelle des Obsessions-Compulsions

Ce questionnaire explore avec vous 4 types différents de préoccupations que vous éprouvez peut-être. Vous trouverez pour chacun des quatre types une description du genre de pensées (appelées parfois *Obsessions*) et de comportements (appelés parfois *Rituels ou Compulsions*) qui sont caractéristiques de cette préoccupation spécifique, suivie de 5 questions au sujet de votre expérience personnelle de ces pensées et comportements. Veuillez s'il vous plaît lire chacune des descriptions avec soin et répondre aux questions de chaque catégorie en vous basant sur votre expérience **au cours du dernier mois**.

### Catégorie 1 : Préoccupations au sujet des Germes, des Microbes et de la Contamination

Exemples...

- Pensées ou sentiments que vous êtes contaminés par le contact ou la proximité avec un objet ou une personne.
- Le sentiment d'avoir été contaminé parce que vous étiez à un endroit particulier (une salle de bain par exemple)
- Des pensées au sujet des germes et des microbes, la maladie, ou la possibilité de répandre la contamination.
- Laver vos mains, utiliser des produits désinfectants pour les mains, douches, changement de vêtements nettoyage d'objets en raison de préoccupations au sujet de la contamination.
- Suivre une certaine routine (par exemple dans la salle de bain, ou en vous habillant) à cause de la contamination
- Éviter certaines personnes, objets ou endroits à cause de la contamination

Les questions suivantes portent sur votre expérience des pensées et comportements reliées à la contamination au cours du dernier mois. Gardez à l'esprit qu'il est possible que votre propre expérience diffère des exemples ci-dessous. Encerclez s'il vous plaît le numéro correspondant à votre réponse.

1. Approximativement combien de temps avez-vous consacré chaque jour à penser à la contamination et à vous engager dans des comportements de lavage/nettoyage, à cause de la contamination ?
  - 0 Aucunement
  - 1 moins d'une heure par jour
  - 2 entre une à trois heures par jour
  - 3 entre 3 et 8 heures par jour
  - 4 8 heures ou plus par jour
  
2. Jusqu'à quel point avez-vous évité des situations afin de prévenir le déclenchement de préoccupations au sujet de la contamination ou d'avoir à vous engager dans des comportements de lavage/ nettoyage ou de douches ?
  - 0 Aucunement
  - 1 Évitement léger
  - 2 Évitement modéré
  - 3 Évitement important
  - 4 Évitement extrême (de presque tout)

- 3 Si vous avez eu des pensées au sujet de la contamination mais ne pouviez pas laver, nettoyer ou prendre une douche(ou décontaminer de d'autres façons), quel degré d'anxiété ou de détresse avez-vous éprouvé ?
- 0 Aucune anxiété/inconfort/détresse
  - 1 Anxiété/inconfort léger
  - 2 Anxiété/inconfort modéré
  - 3 Anxiété/inconfort sévère
  - 4 Anxiété/inconfort extrême
4. Jusqu'à quel point votre fonctionnement quotidien (travail, école, soin de ma personne, vie sociale) a-t-il été affecté par vos préoccupations au sujet de la contamination et par le lavage/nettoyage, ou des comportements d'évitements excessifs ?
- 0 Pas du tout affecté
  - 1 Légèrement affecté mais j'ai bien fonctionné
  - 2 Modérément affecté mais je peux encore parvenir à fonctionner
  - 3 Ma vie quotidienne est fortement affectée et j'ai de la difficulté à fonctionner
  - 4 Ma vie est complètement perturbée et je ne parviens pas à fonctionner
5. Jusqu'à quel point est-il difficile pour vous d'ignorer vos pensées au sujet de la contamination et de résister (lorsque vous tentez de résister) à des comportements tels que laver, vous doucher, nettoyer ainsi que d'autres comportements de décontamination
- 0 Aucune difficulté
  - 1 Légèrement difficile
  - 2 Modérément difficile
  - 3 Très difficile
  - 4 Extrêmement difficile

### **Catégorie 2 : Préoccupations au sujet des blessures, de la malchance et des conséquences négatives**

Exemples...

- le doute d'avoir commis une erreur pouvant avoir des conséquences graves ou très dommageables
- La pensée qu'un terrible accident, un désastre, une blessure ou autre malchance pourrait survenir et que vous n'avez pas été assez prudent pour le prévenir.
- la pensée que vous pourriez prévenir la survenue de certains événements négatifs ou la malchance en faisant les choses d'une certaine façon ou en évitant certains chiffres ou mots « mauvais ».
- La pensée de perdre quelque chose d'important qu'il est peu probable de perdre (ex. : portefeuille, vol d'identité, papiers)
- Vérifier les serrures, les loquets, les interrupteurs, votre portefeuille plus souvent que nécessaire
- Demander l'assurance ou vérifier de façon répétitive pour s'assurer que quelque chose de négatif ne s'est pas produit ou ne va pas se produire
- Réviser mentalement des événements passés pour s'assurer que vous n'avez rien fait de mal
- L'obligation de suivre une routine particulière afin de prévenir des dommages ou des catastrophes
- L'obligation de compter jusqu'à certains chiffres ou d'éviter certains « mauvais » chiffres, en raison de la crainte de conséquences négatives

Les questions suivantes portent sur vos expériences des pensées et des comportements reliés aux malheurs et aux désastres, catastrophes etc., au cours du dernier mois. Gardez à l'esprit que vos propres expériences peuvent différer des exemples présentés plus haut. Veuillez s'il vous plaît encercler le chiffre correspondant à votre réponse.

- 1 Combien de temps consacrez-vous chaque jour à penser à la possibilité de désastres ou d'événements négatifs possibles et à vous engager dans des vérifications ou des efforts d'être rassurer que de telles choses ne se produiront pas ?
  - 0 Absence
  - 1 Moins d'une heure par jour
  - 2 Entre une et trois heures par jour
  - 3 Entre trois et huit heures par jour
  - 4 Huit heures ou plus par jour
  
- 2 Jusqu'à quel point avez-vous évité les situations afin de ne pas avoir à vérifier qu'il n'y avait pas de danger ou de ne pas vous inquiéter de désastres ou de catastrophes possibles ?
  - 0 Pas du tout
  - 1 Évitement léger
  - 2 Évitement modéré
  - 3 Évitement élevé
  - 4 Évitement pratiquement total
  
- 3 Lorsque vous pensez à la possibilité de menaces, de dangers, de désastres, ou quand vous ne pouvez pas vérifier ou être rassuré par rapport à ces événements, jusqu'à quel point êtes-vous devenu anxieux ou inconfortable ?
  - 0 Aucune anxiété ou inconfort
  - 1 Anxiété ou inconfort léger
  - 2 Anxiété ou inconfort modéré
  - 3 Anxiété ou inconfort sévère
  - 4 Anxiété ou inconfort extrême
  
- 4 Jusqu'à quel point votre fonctionnement au quotidien (travail, école, soin de ma personne, vie sociale) a-t-il été affecté par des pensées de menaces, dangers, désastres, ainsi que par des vérifications excessives ou des demandes d'être rassuré ?
  - 0 Pas du tout affecté
  - 1 Légèrement affecté mais j'ai bien fonctionné
  - 2 Modérément affecté mais je peux encore parvenir à fonctionner
  - 3 Ma vie quotidienne est fortement affectée et j'ai de la difficulté à fonctionner
  - 4 Ma vie est complètement perturbée et je ne parviens pas à fonctionner

5 Jusqu'à quel point est-il difficile pour vous d'ignorer ou de résister aux pensées portant sur des risques de dangers, menaces ou désastres possibles et de vous abstenir de vérifier ou de demander à être rassuré, lorsque vous tentez de le faire ?

- 0 Aucune difficulté
- 1 Légèrement difficile
- 2 Modérément difficile
- 3 Très difficile
- 4 Extrêmement difficile

### Catégorie 3 : Pensées Inacceptables

Exemples...

- Pensées déplaisantes portant sur la sexualité, l'immoralité, ou la violence, venant à votre esprit contre votre gré.
- Pensées de commettre des actions déplacées, épouvantables, terribles ou embarrassantes, que vous ne voulez pas commettre
- Répéter un geste ou suivre un rituel à cause d'une mauvaise pensée
- Accomplir mentalement une action ou dire une prière pour vous défaire d'une pensée déplaisante ou indésirable
- Éviter certains lieux, certaines personnes, situations ou d'autres déclencheurs de pensées déplaisantes ou indésirables

Les questions suivantes portent sur vos expériences des pensées indésirables qui vous viennent à l'esprit contre votre gré, et des comportements destinés à gérer ce type de pensées au cours du dernier mois. Gardez à l'esprit que vos propres expériences peuvent différer des exemples présentés plus haut. Veuillez s'il vous plaît encercler le chiffre correspondant à votre réponse.

1 Pendant à peu près combien de temps chaque jour avez-vous eu des pensées indésirables et des comportements et des actions mentales visant à contrer ces pensées ?

- 0 Absence
- 1 Moins d'une heure par jour
- 2 Entre une et trois heures par jour
- 3 Entre trois et huit heures par jour
- 4 Huit heures ou plus par jour

2 Jusqu'à quel point avez-vous évité les situations, les endroits, les objets et d'autres déclencheurs (Par ex. des nombres, des personnes) de pensées déplaisantes ou indésirables ?

- 0 Pas du tout
- 1 Évitement léger
- 2 Évitement modéré
- 3 Évitement élevé
- 4 Évitement pratiquement total

- 3 Lorsque des pensées déplaisantes ou indésirables vous viennent à l'esprit contre votre gré, à quel point devenez-vous anxieux ou inconfortable ?
- 0 Aucune anxiété ou inconfort
  - 1 Anxiété ou inconfort léger
  - 2 Anxiété ou inconfort modéré
  - 3 Anxiété ou inconfort sévère
  - 4 Anxiété ou inconfort extrême
- 4 Jusqu'à quel point votre fonctionnement quotidien (travail, école, soin de ma personne, vie sociale) a-t-il été perturbé par des pensées déplaisantes ou indésirables et/ou par des efforts pour éviter ou combattre ces pensées ?
- 0 Pas du tout affecté
  - 1 Légèrement affecté mais j'ai bien fonctionné
  - 2 Modérément affecté mais je peux encore parvenir à fonctionner
  - 3 Ma vie quotidienne est fortement affectée et j'ai de la difficulté à fonctionner
  - 4 Ma vie est complètement perturbée et je ne parviens pas à fonctionner
- 5 Jusqu'à quel point est-il difficile pour vous d'ignorer ces pensées déplaisantes ou indésirables et de vous abstenir d'utiliser des rituels/comportements compulsifs (comportementaux ou mentaux) lorsque vous tentez de résister ?
- 0 Aucune difficulté
  - 1 Légèrement difficile
  - 2 Modérément difficile
  - 3 Très difficile
  - 4 Extrêmement difficile

**Catégorie 4 : Préoccupations au sujet de la Symétrie, de la Complétude et du Besoin que les choses soient « Juste Comme Il Faut ».**

Exemples :

- Le besoin de symétrie, d'équilibre, d'égalité, d'exactitude
- Le sentiment que quelque chose n'est pas « Comme Il Faut »
- Répéter une séquence de comportement jusqu'à ce que je ressente que « C'est Juste Comme Il Faut »  
Ou « Bien Balancé »
- Faire des décomptes inutiles (par exemple ; Les tuiles de la céramique ou du plafond, le nombre de mots dans une phrase, etc.)
- Mettre les choses « En Ordre » sans nécessité
- Devoir répéter quelque chose encore et encore jusqu'à ce que je sente que « C'est Juste Comme Il Faut »

Les questions suivantes portent sur votre expérience du sentiment que quelque chose n'est pas « Juste Comme Il Faut », et les comportements visant à atteindre la symétrie, l'ordre ou l'équilibre, au cours du dernier mois. Gardez à l'esprit que vos propres expériences peuvent différer des exemples présentés plus haut. Veuillez s'il vous plaît encercler le chiffre correspondant à votre réponse.

- 1 Pendant à peu près combien de temps chaque jour avez-vous eu des pensées indésirables portant sur la symétrie, l'ordre, ou l'équilibre entre les choses et des comportements visant à atteindre la symétrie, l'ordre et l'équilibre?
- 0 Absence
  - 1 Moins d'une heure par jour
  - 2 Entre une et trois heures par jour
  - 3 Entre trois et huit heures par jour
  - 4 Huit heures ou plus par jour
- 2 Jusqu'à quel point avez-vous évité les situations, les endroits, les objets associés au sentiment que quelque chose n'est pas symétrique ou « Juste Comme Il Faut » ?
- 0 Pas du tout
  - 1 Évitement léger
  - 2 Évitement modéré
  - 3 Évitement élevé
  - 4 Évitement pratiquement total
- 3 Lorsque vous avez le sentiment que quelque chose n'est pas « Juste Comme Il Faut », jusqu'à quel point êtes-vous devenu anxieux ou inconfortable ?
- 0 Aucune anxiété ou inconfort
  - 1 Anxiété ou inconfort léger
  - 2 Anxiété ou inconfort modéré
  - 3 Anxiété ou inconfort sévère
  - 4 Anxiété ou inconfort extrême
- 4 Jusqu'à quel point votre fonctionnement quotidien (travail, école, soin de ma personne, vie sociale) a-t-il été perturbé par le sentiment que les choses n'étaient pas « Juste Comme Il Faut » et pas des efforts pour mettre les choses en ordre ou faire que vous sentiez qu'elles sont « Juste Comme Il Faut » ?
- 0 Pas du tout affecté
  - 1 Légèrement affecté mais j'ai bien fonctionné
  - 2 Modérément affecté mais je peux encore parvenir à fonctionner
  - 3 Ma vie quotidienne est fortement affectée et j'ai de la difficulté à fonctionner
  - 4 Ma vie est complètement perturbée et je ne parviens pas à fonctionner
- 5 Jusqu'à quel point est-il difficile pour vous d'ignorer ces pensées au sujet du manque de symétrie et d'ordre et de vous abstenir de remettre les choses en ordre ou de répéter certains comportements lorsque vous tentez de résister ?
- 0 Aucune difficulté
  - 1 Légèrement difficile
  - 2 Modérément difficile
  - 3 Très difficile
  - 4 Extrêmement difficile

*Note.* © 2009 by Jonathan S. Abramovitz  
(Traduction libre et adaptée de Serge Larouche, psychologue  
Mise en page Nancy Buteau, inf.)