

TOC en pandémie: Impacts et traitements



Dre Natalia Koszegi, D.psy
Lysandre Bourguignon, doctorante Ph.D. UQAM
Dr Frederick Aardema, Ph.D.

Laboratoire de recherche sur le trouble obsessionnel-compulsif (LRTOC)



Plan de la présentation

01

Qu'est-ce que
le TOC?

02

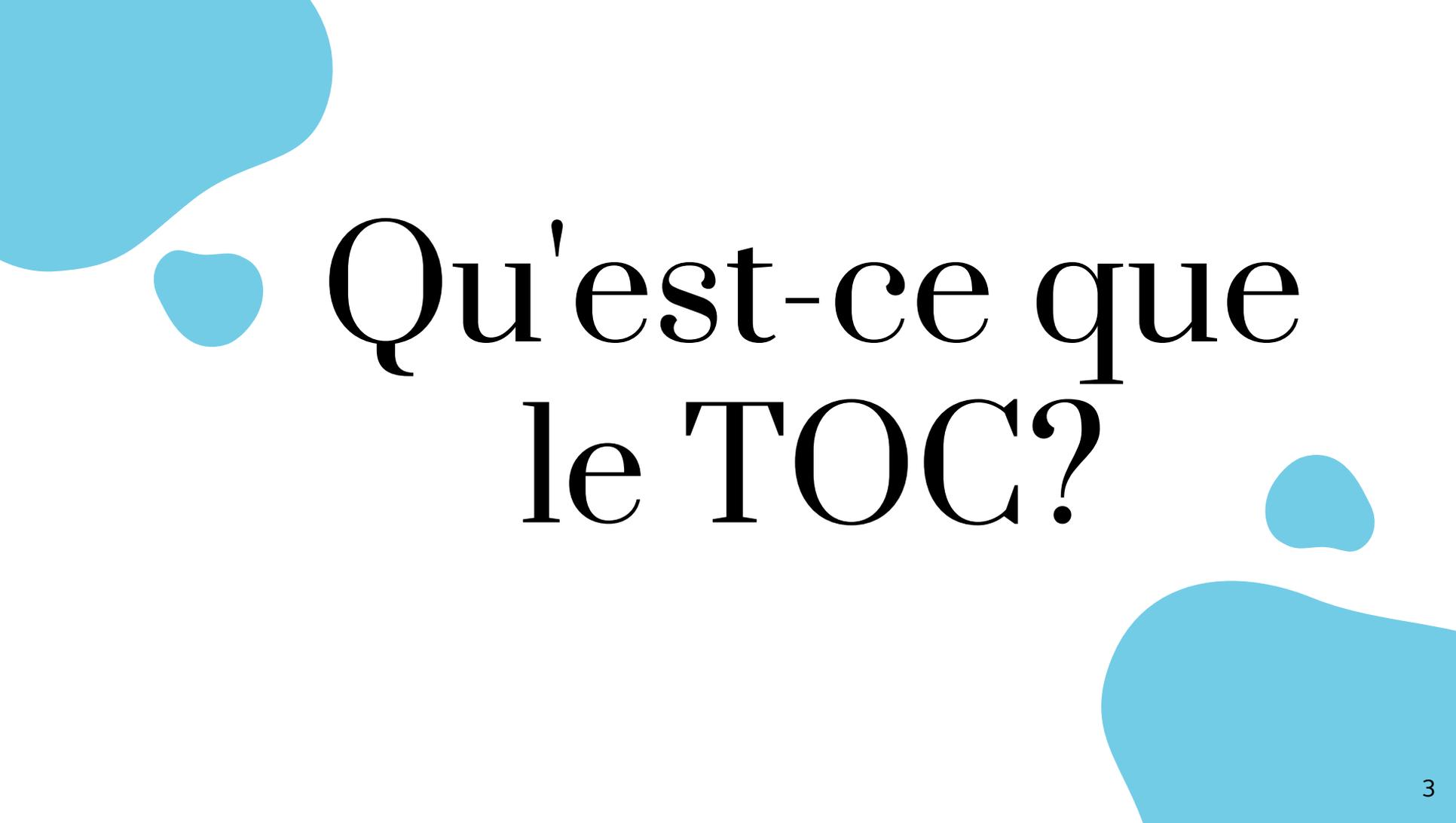
Le TOC en
pandémie

03

Traitements
du TOC

04

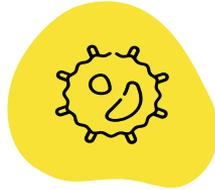
Essai clinique
randomisé sur le TOC
en temps de pandémie
au CRIUSMM

The background features several abstract, organic shapes in a light blue color. One large shape is in the top-left corner, another smaller one is below it. On the right side, there are two more shapes: a small one near the top and a larger one at the bottom.

Qu'est-ce que
le TOC?

Qu'est-ce que le TOC

Obsessions



Peur des germes /
contamination



Pensées de nature
agressive



Préoccupations
somatiques



Pensées sexuelles

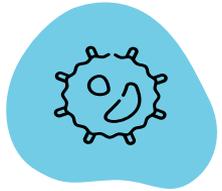


Ordre / rangement



Qu'est-ce que le TOC

Compulsions



Nettoyer intensément



Réorganiser



Actions mentales
(Compter, répéter,
etc.)



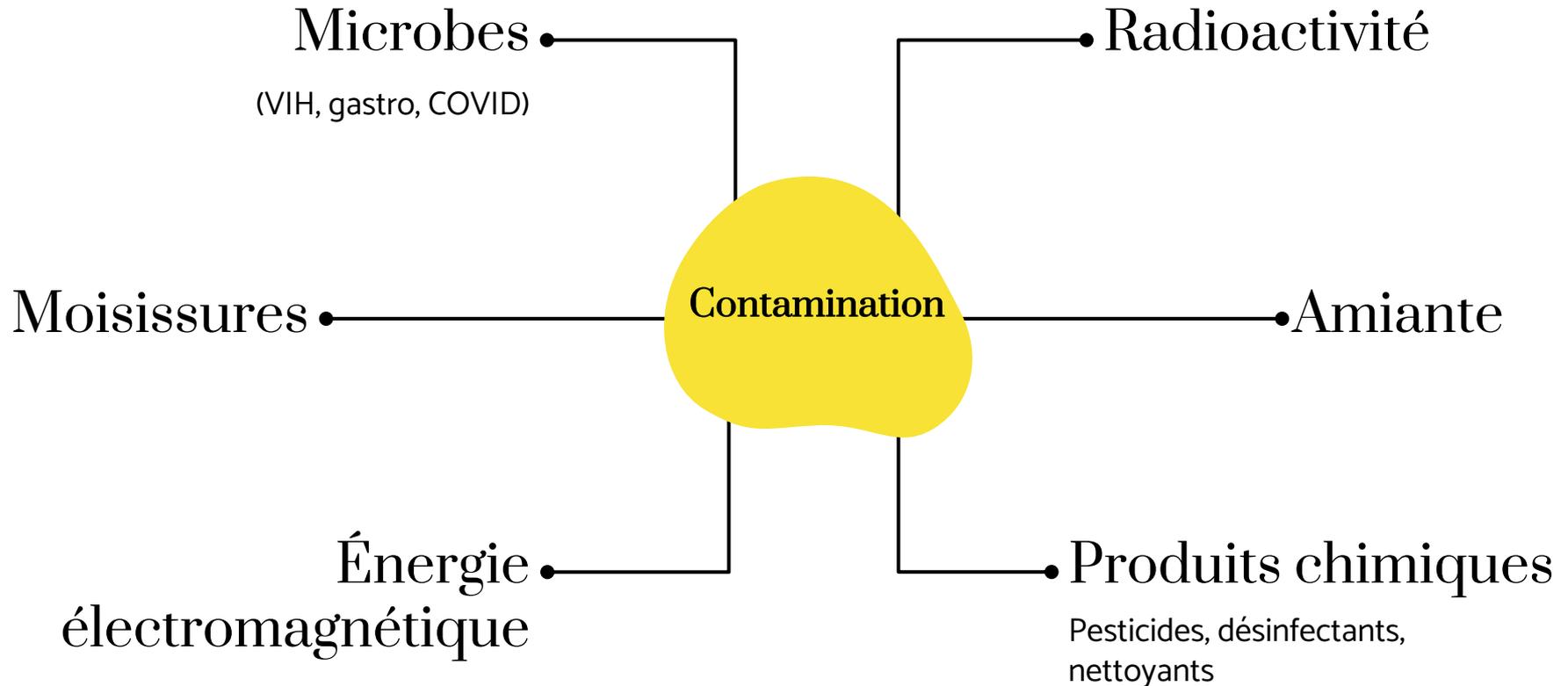
Lavage des mains



Vérifier



Différences intra sous-types



The slide features several abstract, organic blue shapes. A large, irregular shape is in the top-left corner. A smaller, teardrop-shaped blob is below it. In the bottom-right corner, there is a large, rounded shape with a smaller teardrop-shaped blob above it. The text is centered between these shapes.

Le TOC en pandémie

Observations cliniques: différentes réactions



Symptômes TOC

- Isolement/Confinement
- Maladie/Décès
- Peur de transmettre le virus de la COVID-19
- COVID-19



Symptômes TOC

- Mesures sanitaires
 - Lavage des mains, masques
- Réduction stressseurs psychosociaux

Études sur le TOC en pandémie

Alonso et collègues (2021)

Espagne, avril-mai 2020

Adultes (âge moyen = 42 ans, n=364)

Résultats:

65% (31%*) ont rapportés ↑ sévérité du TOC,

15% rapportés ↓ sévérité du TOC

20% rapportés une stabilité des sx du TOC

45% ont développés des obsessions face COVID-19 (Type contamination)

*cliniquement sign.

Prédicteurs d'aggravation des sx TOC

●
Dépression pré-
pandémique

●
Moins de support
social perçu

●
Sous-type
contamination
/lavage

●
TOC + sévère

Tanir et al. 2020

Istanbul, Turquie, avril 2020
Jeunes: 6-18 ans (n=61)

Résultats:

- 54% rapportaient \uparrow sx du TOC,
- 45% pas d'augmentation (34% aucun changement, 11% \downarrow des sx)
- Sx contamination + affectés mais aussi autres sous-types de TOC

Facteurs associés à la hausse des sx TOC

Niveau de discussions sur
la COVID avec entourage
/ recherche d'infos

Pensées
quotidiennes sur la
COVID-19

Durée du dx
TOC

Dx COVID-19
d'un proche

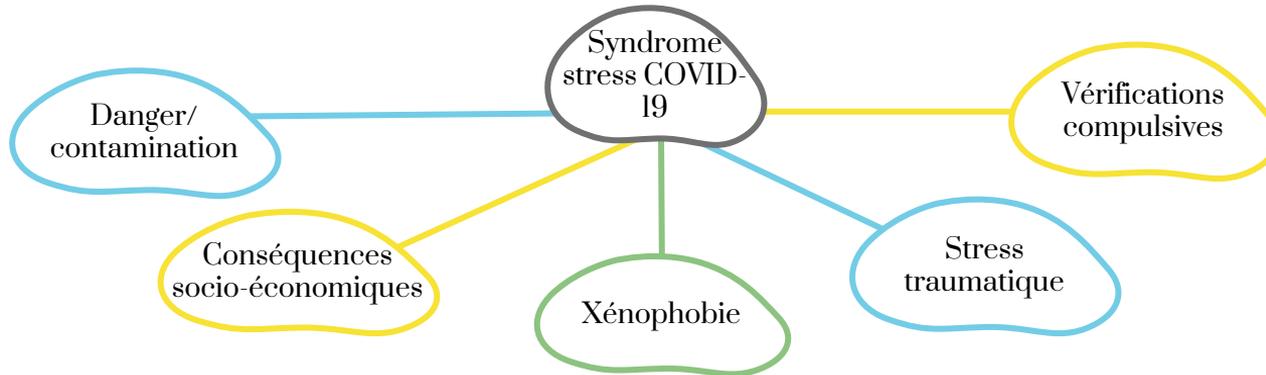
Khosravani et al., 2021

Iran, mai à juillet 2020

Adultes: 36 ans (moyenne) (n=270)

Résultats:

- Augmentation des sx du TOC de tous les sous-types (pas seulement contamination)
- Stress général lié à la COVID-19 (COVID stress syndrome) prédit l'augmentation des sx TOC





Abba-Aji et collègues (2020)

Alberta, CAN ,mars 2020
Adultes: moyenne 42 ans, n=6501

Résultats:

- 60% rapportaient obsessions face aux germes, saleté et virus
- 54% rapportaient compulsions de lavage (répétés, rituels)
- →Débutés pendant pandémie
- Sx TOC + corrélés avec stress, sx TAG et sx dépressifs

Conclusion de la revue de littérature sur le TOC pendant la pandémie (Guzick et al., 2021)

- 1ère année de pandémie
 - ↑ Population TOC
 - ↑ Population générale
- ↑ TOC pré-pandémique type contamination
- ↓ Effets sur les patients TOC déjà en suivi
- ↑ Facteurs psychosociaux

DONC

Importance d'un suivi pendant la pandémie

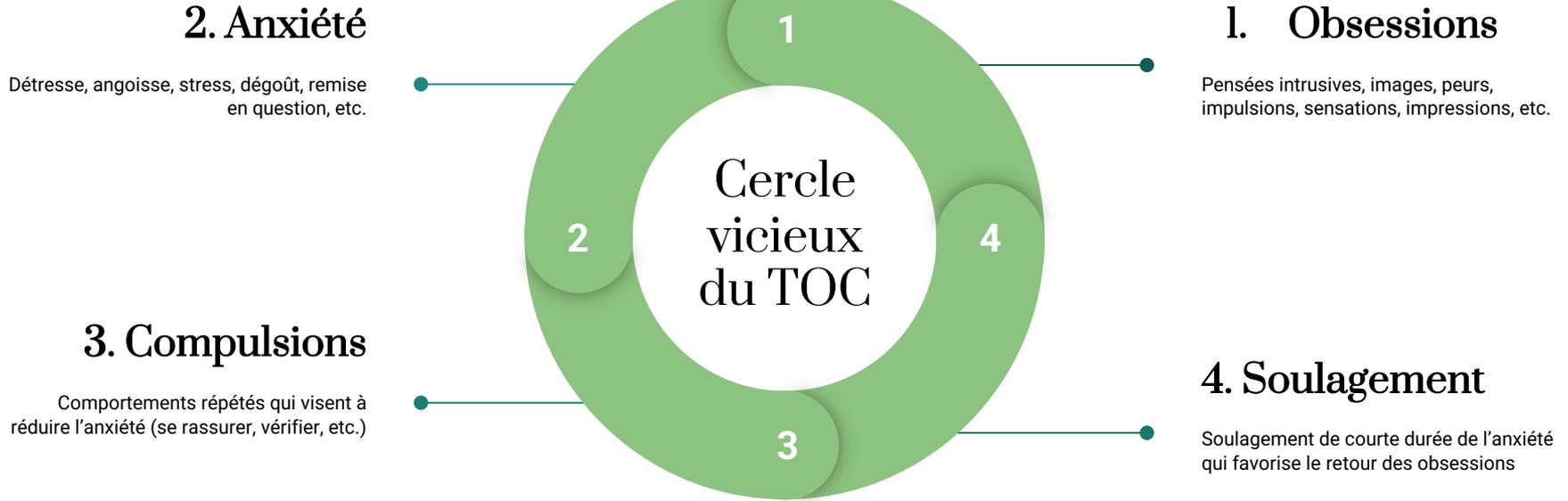
Rejoindre personnes souffrant de TOC



The slide features several abstract, organic blue shapes of varying sizes and colors (light to medium blue) scattered across the white background. One large shape is in the top-left corner, another smaller one is below it, and a large, irregular shape is in the bottom-right corner. The text is centered and reads:

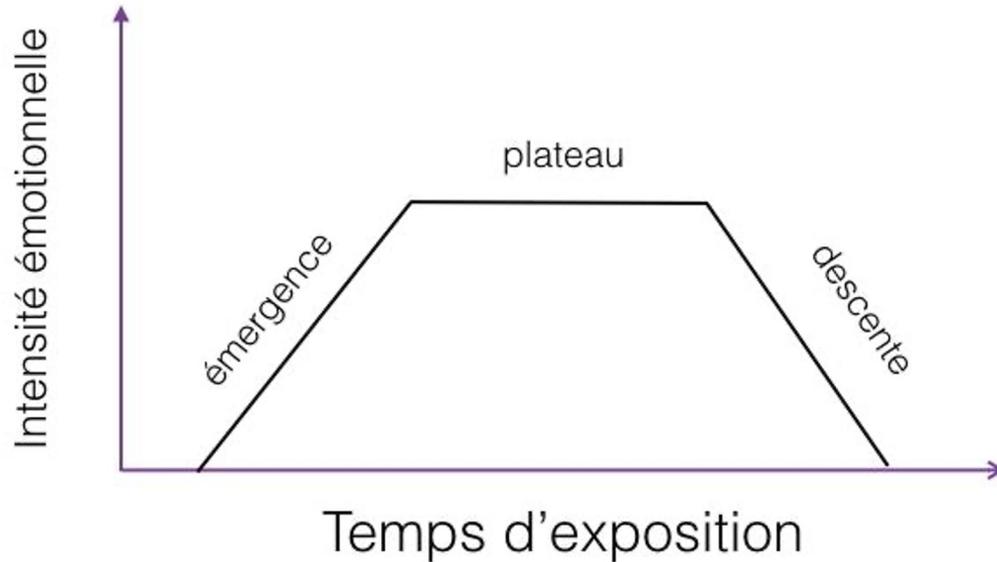
Traitements psychologiques du TOC

Exposition et prévention de la réponse (EPR)



Exposition et prévention de la réponse (EPR)

Courbe d'habituation



<https://tcc.apprendre-la-psychologie.fr/concepts-de-la-1ere-vague.html>

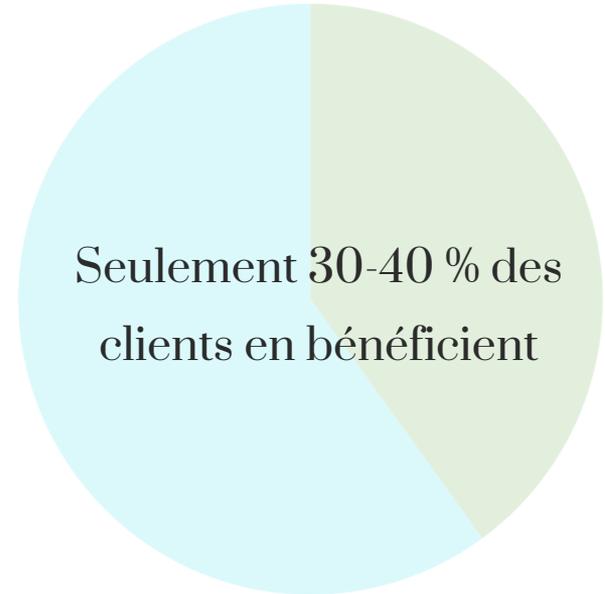
Limites de l'EPR



Personnes trop anxieuses et incapables de s'exposer

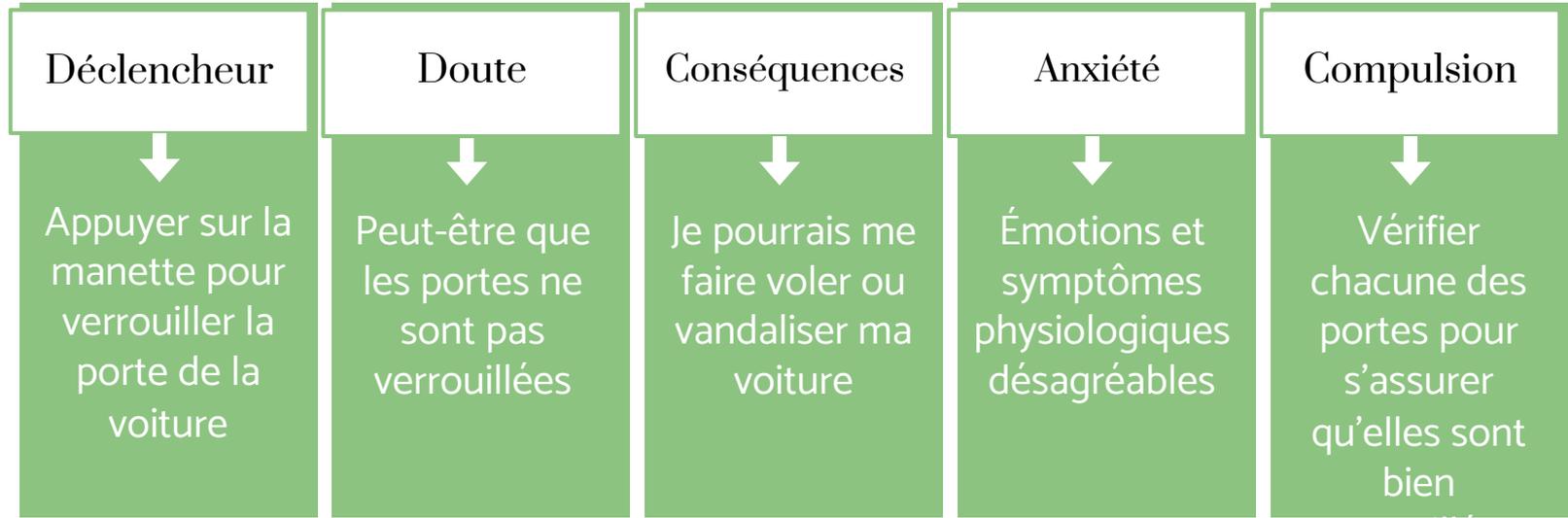


Un haut taux de convictions envers les obsessions rend les personnes résistantes à l'EPR



Modèle TCC-I : Conceptualisation de cas

Exemple 1



Comment se fait-il qu'une personne peut douter de quelque chose en présence d'une preuve incontestable?

En se basant sur des possibilités qui convaincent de se méfier de ce qui est clairement perçu



Exemples

Peut-être que j'ai mal appuyé sur le bouton?

Peut-être que j'ai pensé appuyé mais j'ai oublié?

Peut-être qu'il y a un mécanisme qui est défectueux dans ma manette?

Peut-être que j'ai été distrait et je ne l'ai pas fait?

Comment ces possibilités deviennent-elles convaincantes au point de perdre de vue le bon sens?

- En créant une histoire (narratif) qui paraît logique et pertinente et en se mettant à vivre cette histoire.
- Le TOC est une expérience vécue et non simplement un enchaînement de pensées.

Exemple

Je sais que je suis une personne distraite. La preuve est que pas plus tard qu'hier, j'ai mis le lait dans une armoire. Il m'est aussi déjà arrivée d'oublier de barrer ma porte en quittant mon logement. On sait aussi que l'erreur est humaine. De plus, tout le monde sait comment les manettes ne sont pas infaillibles de nos jours. Tout est de mauvaise qualité. Qui n'a pas entendu parler d'obsolescence programmée? Donc il se peut que j'aie bien appuyé sur la manette mais que les portes ne se soient pas barrées...

Thérapie cognitive-comportementale basée sur les inférences (TCC-I)

Comprendre comment son
TOC s'est construit

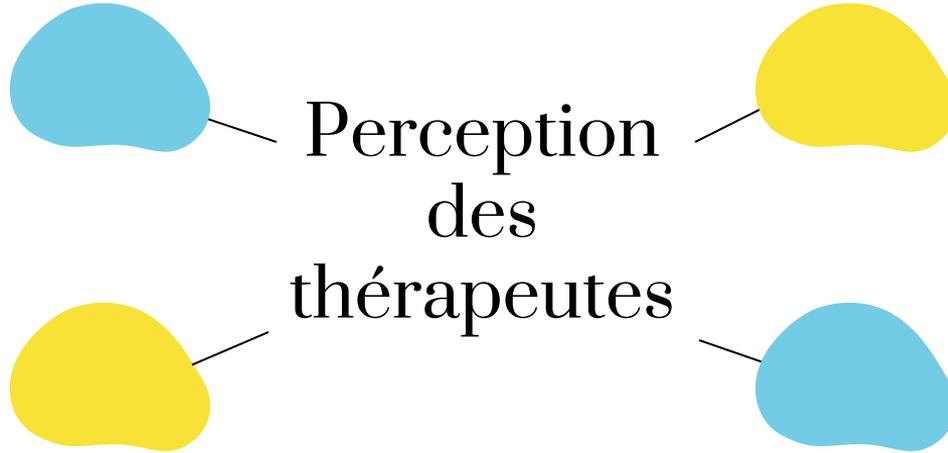
Développer un narratif
alternatif en s'appuyant sur la
réalité

Apprendre à s'appuyer
sur ses sens, le ici et
maintenant (la réalité)
Dans les situations TOC

Effet de la téléthérapie

Peu de différences entre traitements en personnes versus téléthérapie (implication)

Effets positifs (ex. Accessibilité, efficacité, soutien aux exercices à la maison, moins d'absences)



Patients ayant débuté en personnes et continués en téléthérapie (aucune attrition et moins d'absence)

Téléthérapie moins efficace chez les patients :
TOC sévère, comorbidités, enfants, TDAH, peu à l'aise avec la technologie



Essai clinique randomisé sur le TOC en temps de pandémie au CRIUSMM

Réalisé au sein du LRTOC
Dirigé par le Dr Frederick Aardema

Essai clinique randomisé

Objectif

Établir que la TCC-I n'est pas inférieure à l'EPR
et présente des avantages par rapport à l'EPR

Essai clinique randomisé

Hypothèses

- 1) TCC-I n'est pas inférieure à EPR
- 2) TCC-I est plus acceptable et facile à adhérer
- 3) TCC-I est associé à des taux plus bas d'abandon et de refus de traitement que l'EPR

Méthode



Éligibilité.

- a) Diagnostic principal du TOC selon le DSM-5
- b) Médication stable (12 semaines sans changements)
- c) Aucune idées suicidaires ou troubles psychotiques



Échantillon. N = 112 participants

Objectif. N = 160



Fonctionnement de l'essai.

Randomisation des participants à la TCC-I ou EPR. Ratio 1:1



Mesures au T1, T8 et T16.

YBOCS (Goodman et al., 1989), Échelle de réponse et rémission au traitement, Échelle de l'acceptabilité et adhérence au traitement (Milosevic et al., 2015), abandons, refus de traitement et mesures en lien avec l'effet de la COVID-19 sur les traitements.

Effets de la pandémie sur l'étude

Avril 2020 : Mesures d'urgence COVID

Protection de la validité interne de l'étude

Nouveau contexte

Incohérences

- Participants vus en face à face et d'autres en virtuel
- Participants vus avant la pandémie et d'autres après

Exclusion des participants ayant complétés l'étude avant la pandémie (N = 11)

Essais clinique randomisé réalisé en ligne seulement durant la pandémie

Ajout de mesures créées pour l'étude en lien avec l'effet de la COVID sur le traitement.

Nouvelle hypothèse : Effet de la pandémie sur l'application de l'EPR

Organigramme du recrutement

(Préliminaire et toujours en cours de recrutement)



Évalués pour déterminer
l'éligibilité (n = 135)

Exclus car non éligibles
(n = 23)

Participants acceptés et
randomisés (n = 112)

Participants pré-covid
exclus des analyses (n = 11)

Attribués à TCC-I (n = 50)
Refus de traitement (n = 2)
Abandons (n = 5)

Attribués à EPR (n = 51)
Refus de traitement (n = 6)
Abandons (n = 8)

Analyses statistiques

Utilisation d'un modèle linéaire mixte (LMM) pour tester les effets des traitements

Marge de non-infériorité prédéfinie (2.4) entre les deux traitements sur la mesure du YBOCS

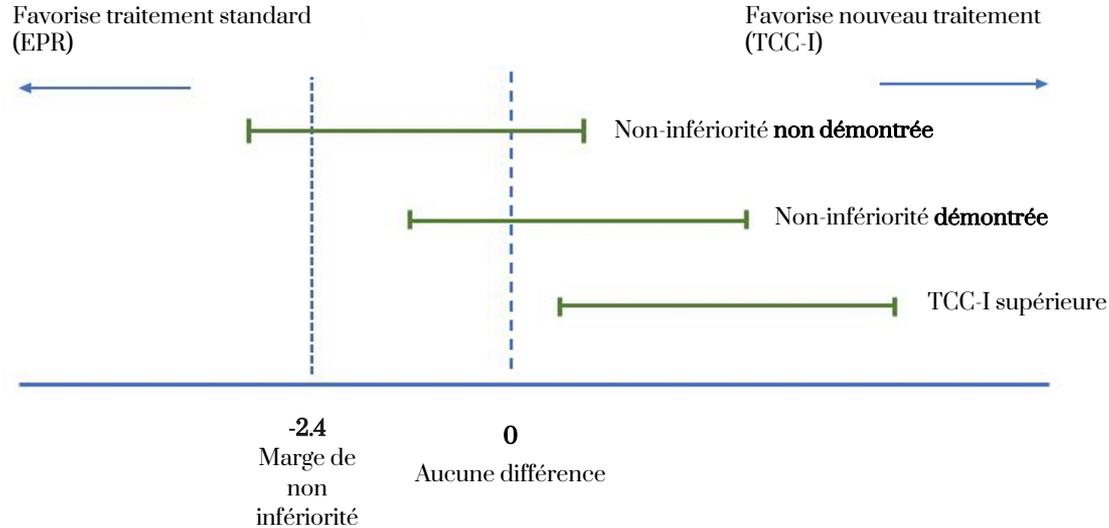
La marge de non-infériorité a été établie statistiquement avec la méthode 95-95 (Schumi et Wittes, 2011).

Différence clinique non substantielle compatible avec la notion de non-infériorité

Cette différence de 2,4 points fait référence à la limite inférieure de toutes les valeurs estimées de la différence réelle – l'intervalle de confiance de 95 %.



Intervalle de confiance dans les essais de non-infériorité et de supériorité

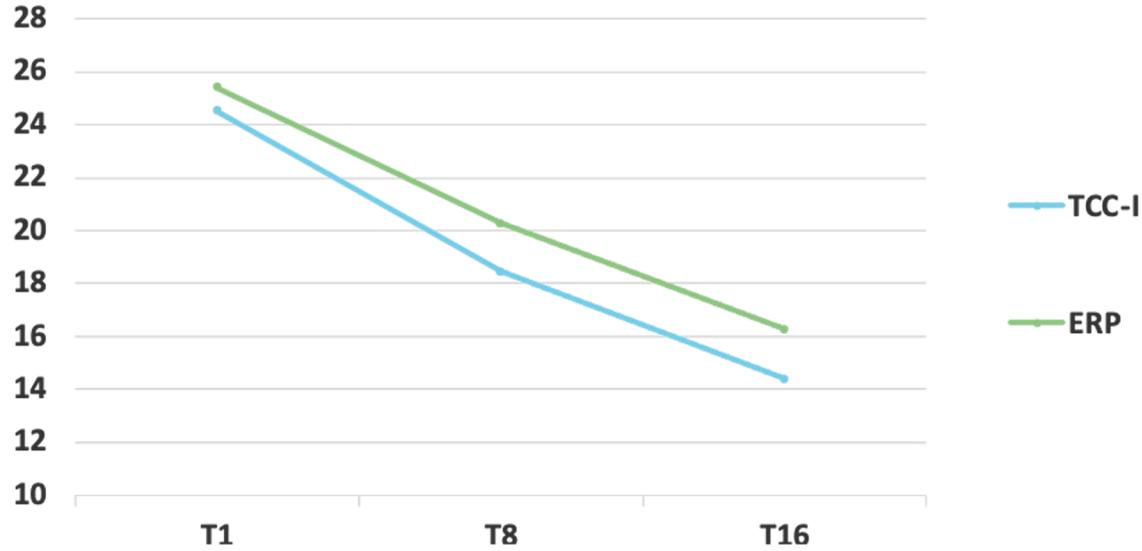


La non-infériorité n'est pas indiquée lorsque la limite inférieure de l'IC franchit la marge prédéfinie de -2,4.

La non-infériorité est indiquée lorsque la limite inférieure de l'IC demeure supérieure à la marge de -2,4 (hypothèse). c'est-à-dire que la fourchette inférieure de toutes les valeurs estimées de la différence réelle ne franchit pas le seuil de la différence maximale acceptable

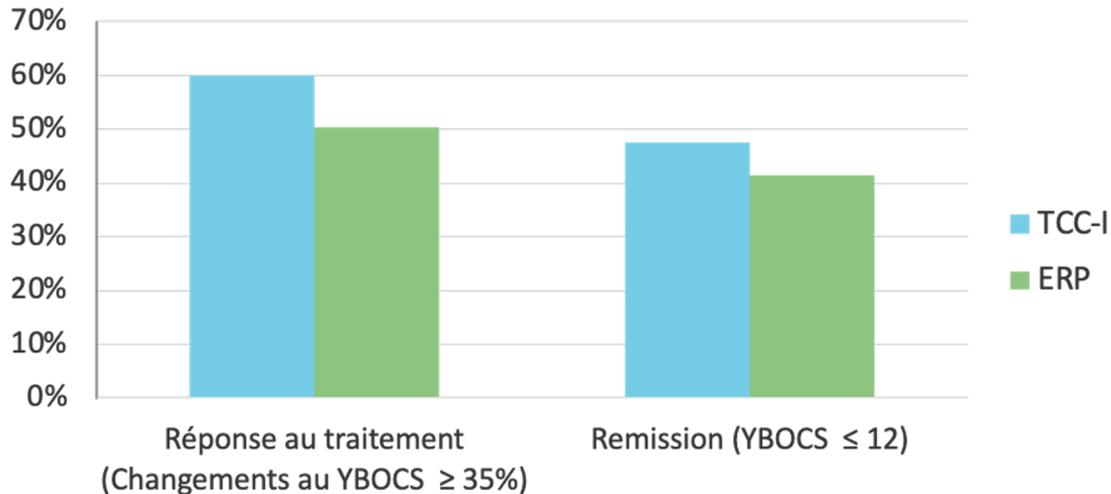
La supériorité est montrée pour I-CBT lorsque l'intervalle de confiance de 95% dépasse le marqueur de différence 0 (non hypothésisé)

Mesure principale (YBOCS)



- Comme prévu, pas de temps significatif par effet de traitement (pas de supériorité)
- L'EPR et la TCC-I sont associés à des réductions significatives des symptômes avec grandes tailles d'effet ($p < 0,001$).
- Ampleur de l'effet TCC-I ($d = 1,9$)
- Ampleur de l'effet EPR ($d = 1,6$)

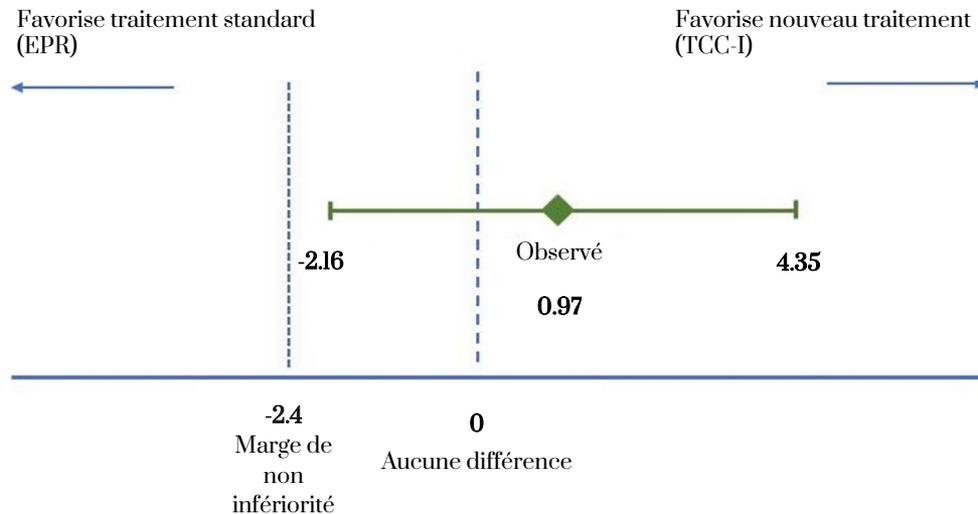
Réponse au traitement et rémission



Cut-off points based on international expert consensus (Mataix-Cols et al., 2016).

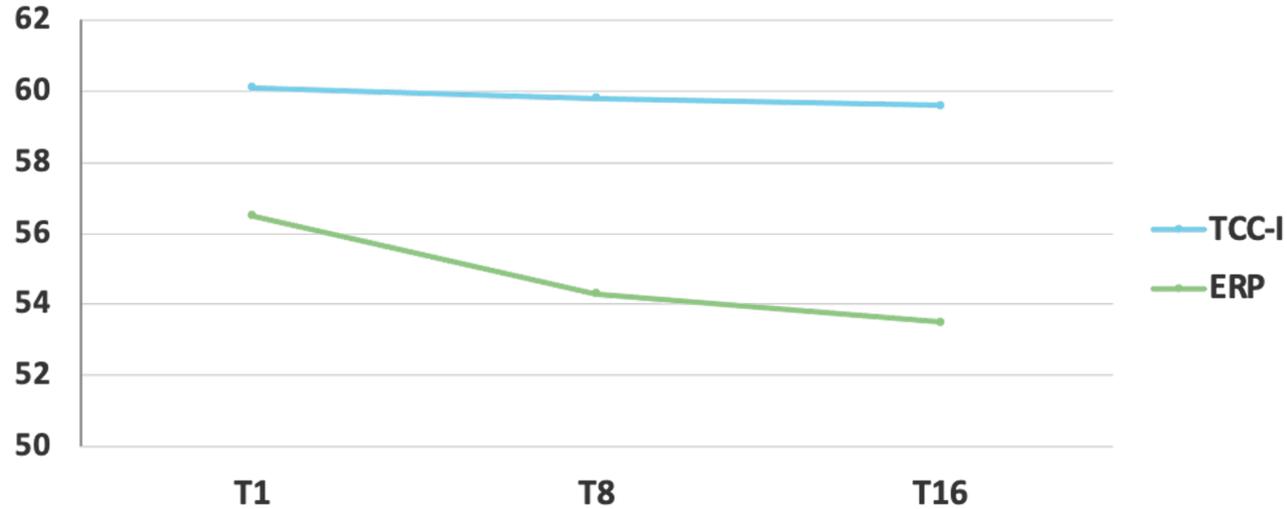
- Aucune différence significative entre l'EPR et la TCC-I.
- Réponse cliniquement significative dans 51 % (EPR) à 60 % (TCC-I)
- La remise de symptôme s'est produite dans 42% (EPR) à 48% (TCC-I)

TCC-I n'est pas inférieure à EPR



- La différence moyenne observée entre les traitements dans les résultats sur le YBOCS était de 0,97 en faveur de la TCC-I (différence non significative).
- La différence moyenne réelle entre les traitements se situe quelque part entre -2,16 et 4,35 (intervalle de confiance à 95 %)
- La non-infériorité est démontrée parce que la limite inférieure de l'IC ne franchit pas et ne dépasse pas la marge de non-infériorité de -2,4.

Acceptabilité et adhérence au traitement



- La TCC-I est beaucoup plus acceptable et plus facile à respecter en tout temps (T1, à T8 et T16; $p < .01$)
- L'EPR réduit considérablement l'acceptabilité et devient plus difficile à respecter au fil du temps (T1 vs T16 $p < .05$)
- Les scores taas à T8 et T16 se rapportent de manière significative aux résultats YBOCS à T16 ($r = .31$ et $.40$; $p < 0.01$)

Taux de refus et d'abandon du traitement

	Refus de traitement	Abandons	Combinés
TCC-I	<i>N</i> = 2 4%	<i>N</i> =5 10%	<i>N</i> =7 14%
EPR	<i>N</i> = 6 12%	<i>N</i> =8 16%	<i>N</i> =14 28%

- L'EPR a des taux de refus de traitement et d'abandon numériquement plus élevés que la TCC-I.
- Tendance à des taux de refus et d'abandon combinés plus élevés dans le PGI ($p < .10$).
- Note : Résultats préliminaires. Puissance insuffisante.

Mesures COVID

Répondu par le thérapeute

Dans quelle mesure pensez-vous que COVID-19 (pourrait) interférer avec le traitement que votre client reçoit actuellement?

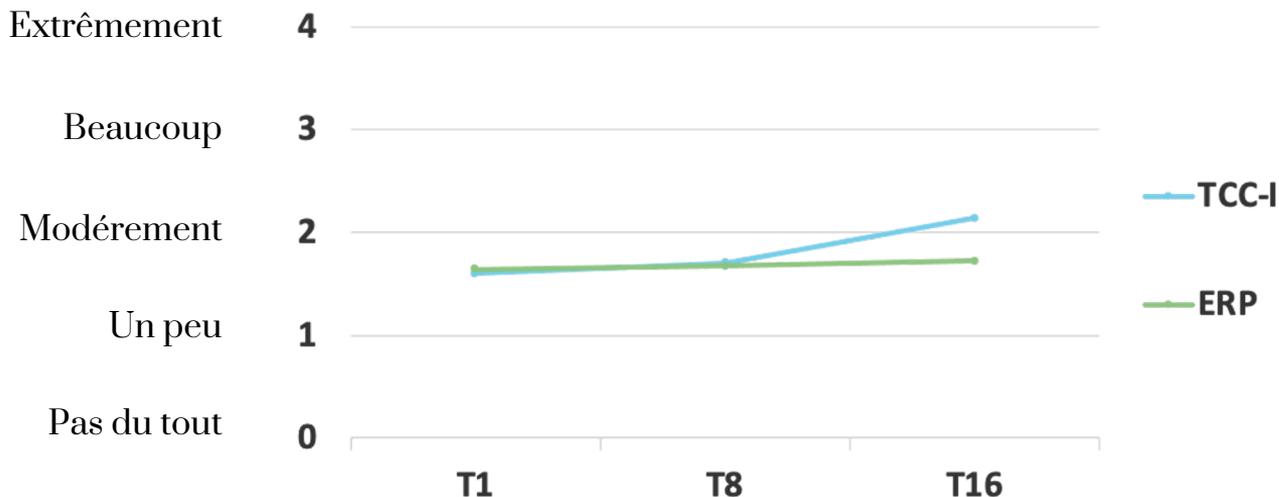


Aucune différence significative dans l'interférence prévue (T1) et perçue (T8 et T16) entre les traitements à tout moment.

Mesures COVID

Répondu par le participant

Dans quelle mesure pensez-vous que la COVID-19 (pourrait) interférer avec le traitement que vous recevez actuellement?*

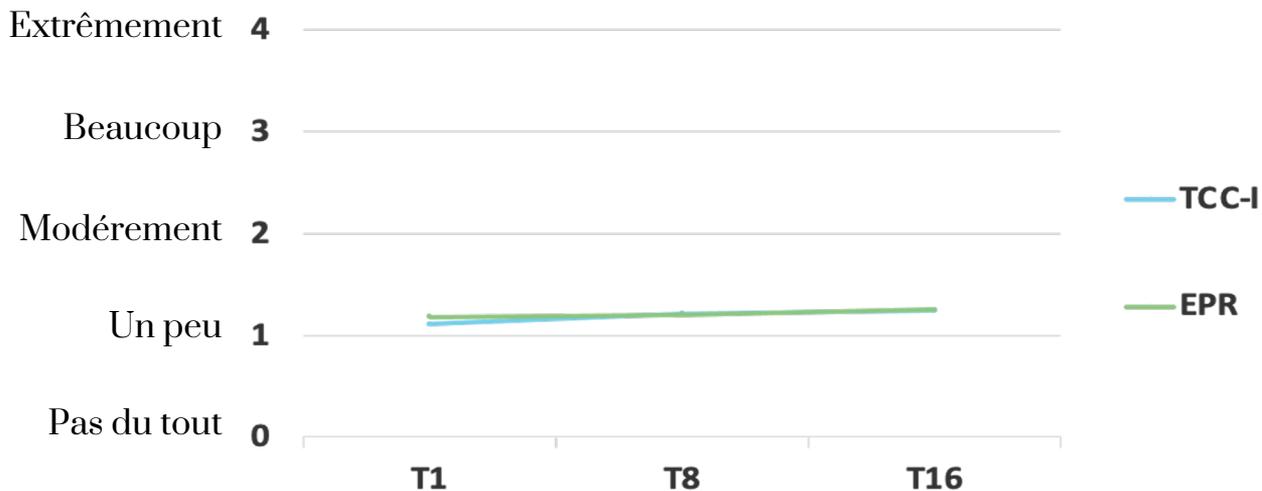


- Aucune différence significative dans l'interférence prévue (T1) et perçue (T8 et T16) entre les traitements à tout moment.
- Augmentation significative de l'effet de la COVID-19 pour le TCC-I (T8 à T16)

Mesures COVID

Répondu par le thérapeute

Dans quelle mesure la COVID-19 a-t-elle nui à la conceptualisation et à la planification des devoirs et des exercices pour votre client actuel?

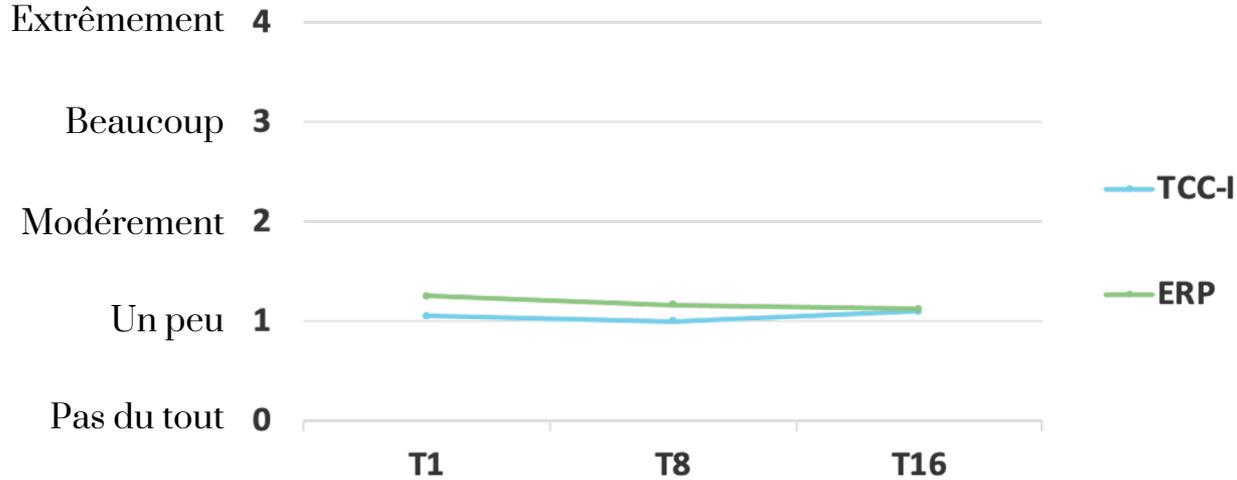


● Aucune différence significative entre les traitements à tous les moments.

Mesures COVID

Répondu par le thérapeute

Avez-vous dû adapter les devoirs et les exercices pour votre client en raison de COVID 19 conformément aux directives de distanciation sociale et à d'autres mesures de sécurité recommandées.

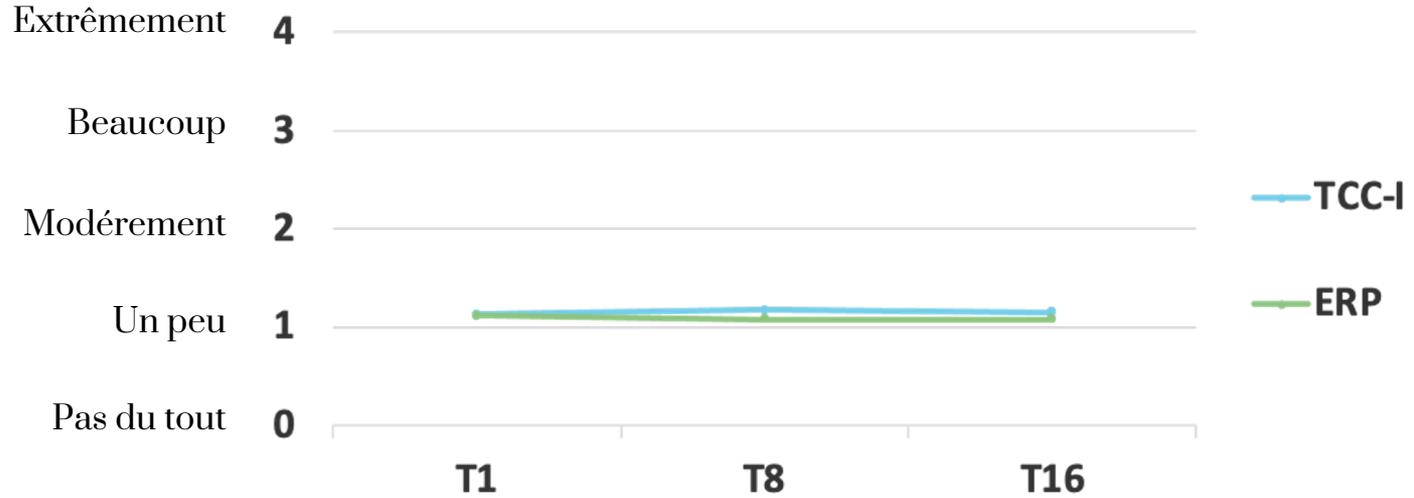


- L'EPR nécessitait plus d'adaptation dans les devoirs et les exercices par rapport à la TCC-I au T1 et au T8.
- Pas de temps significatif par effet de traitement.

Mesures COVID

Répondu par le thérapeute

Votre client a-t-il eu de la difficulté à faire des exercices par crainte de contracter la COVID-19?

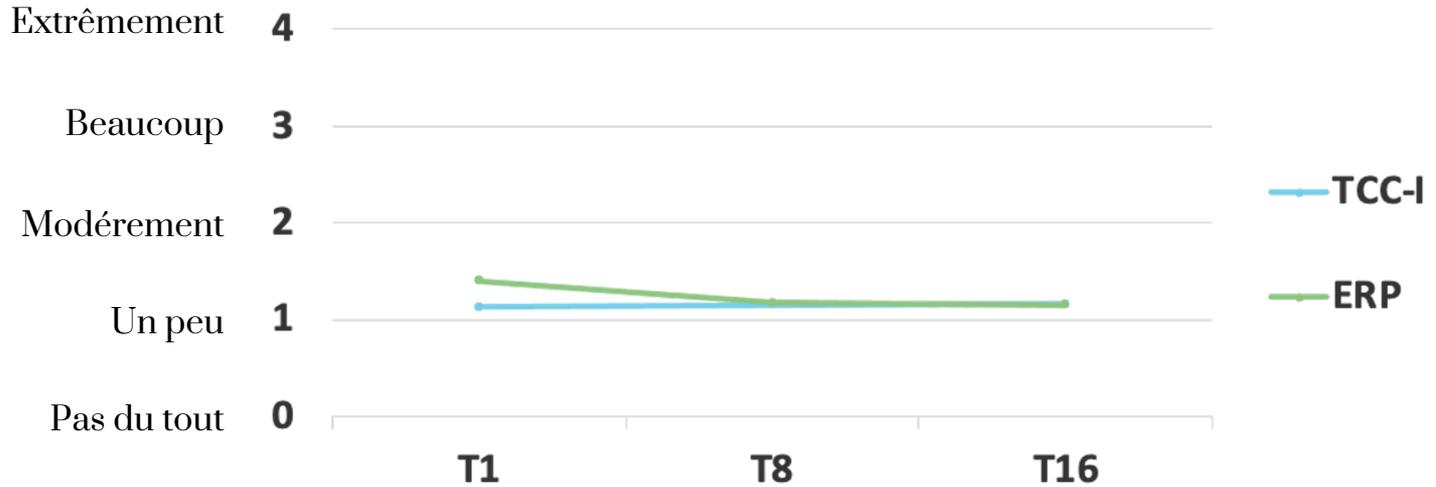


Aucune différence significative dans l'interférence prévue (T1) et perçue (T8 et T16) entre les traitements à tout moment.

Mesures COVID

Répondu par le participant

Avez-vous eu de la difficulté à faire des exercices par crainte de contracter la COVID-19

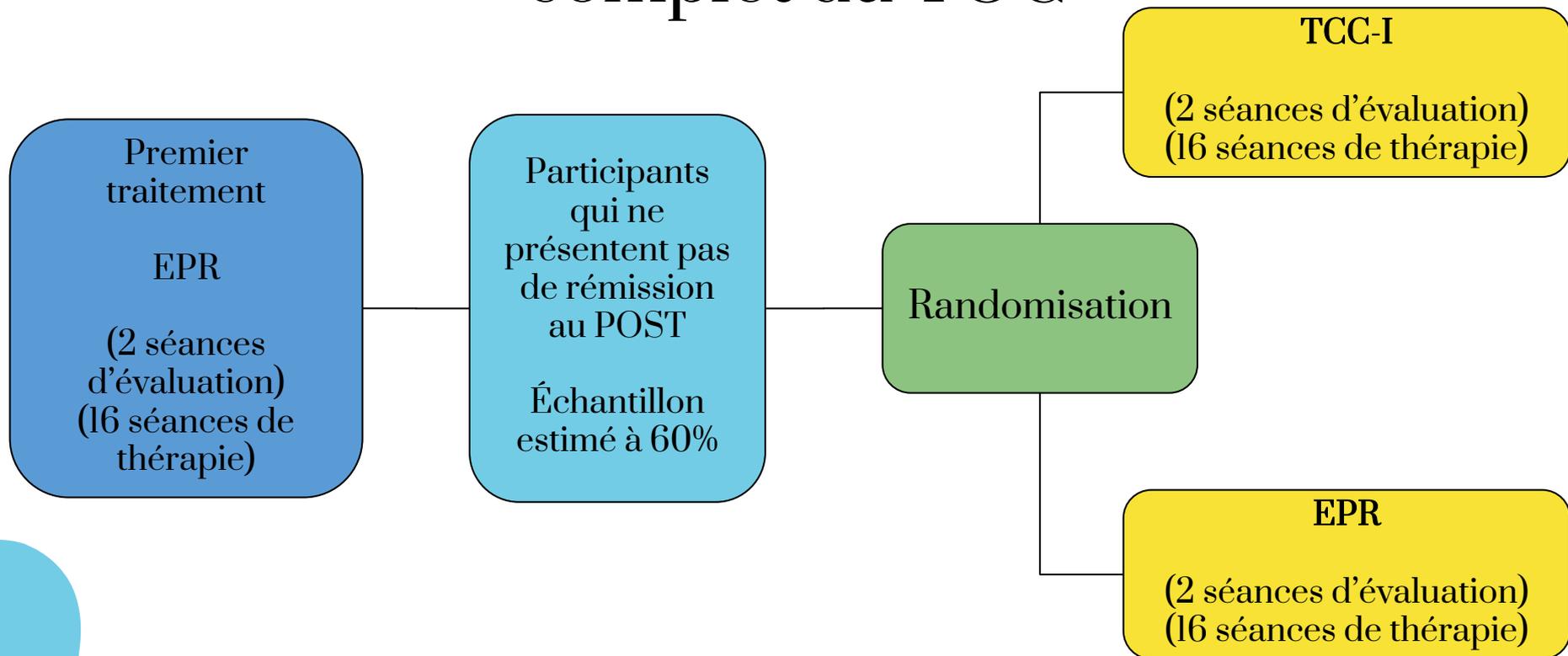


- Aucune différence significative dans l'interférence prévue (T1) et perçue (T8 et T16) entre les traitements à tout moment.

Conclusion sur les résultats présentés

- **L'EPR et la TCC-I en vidéoconférence sont des traitements efficaces pendant une pandémie.**
 - Grandeur d'effet (1,58 contre 1,90) dans la gamme moyenne à supérieure de méta analyses pour la TCC.
- **La TCC-I n'est pas inférieure à l'EPR**
- **La TCC-I est plus acceptable et plus facile à respecter.**
 - Il y a une tendance à ce que la TCC-I soit associée à des taux combinés de refus et d'abandon plus faibles (résultats préliminaires)
- **Aucune preuve d'un effet différentiel de l'interférence COVID-19 entre les deux traitements.**
 - Aucune preuve d'une performance inférieure à la moyenne de l'EPR pendant la COVID-19
- **La TCC-I offre aux personnes atteintes de TOC une option de traitement supplémentaire et plus acceptable.**
- **Pourtant, il y a encore une proportion importante de ceux avec le TOC n'atteignent pas la rémission avec la TCC-I ou EPR.**

Vers la rémission et le rétablissement complet du TOC



Études en cours

*Aucun
diagnostique
nécessaire*

Étude clinique sur les TOCs pour adultes

- Adultes 18 ans et plus
- Deux psychothérapies offertes (assignation aléatoire)
 - Suivi individuel
- Étude complètement en ligne
- Recrutement en cours pour environ 1 an

Étude en ligne pour les adolescent·es

- Adolescent·es âgés de 12 à 17 ans
- Un questionnaire en ligne
- À compléter une seule fois n'importe quand
- Cartes cadeaux de 50\$ à gagner

Pour participer :

514-251-4015 #3585

Lysandre.bourguignon.cemtl@ssss.gouv.qc.ca

Merci !

Questions/commentaires?



Laboratoire de recherche sur les troubles
obsessionnel-compulsifs (LRTOC)

CREDITS: This presentation template was created by **Slidesgo**,
including icons by **Flaticon**, infographics & images by **Freepik**

Références

- Aardema, F. (2020). COVID-19, obsessive-compulsive disorder and invisible life forms that threaten the self. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, *26*, 100558. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2020.100558>
- Aardema, F., O'Connor, K. P., Delorme, M. E., & Audet, J. S. (2017). The Inference-Based Approach (IBA) to the Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder: An Open Trial Across Symptom Subtypes and Treatment-Resistant Cases. *Clinical psychology & psychotherapy*, *24*(2), 289–301. <https://doi.org/10.1002/cpp.2024>
- Aardema, F., O'Connor, K. P., & Emmelkamp, P. M. G. (2006). Inferential Confusion and Obsessive Beliefs in Obsessive-Compulsive Disorder. *Cognitive Behaviour Therapy*, *33*(3), 138–147. <https://doi.org/10.1080/16506070600621922>
- Aardema, F., Radomsky, A. S., O'Connor, K. P., & Julien, D. (2008). Inferential confusion, obsessive beliefs and obsessive-compulsive symptoms: A multidimensional investigation of cognitive domains. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *15*(4), 227–238. <https://doi.org/10.1002/cpp.581>
- Aardema, F., Wu, K. D., Careau, Y., O'Connor, K., Julien, D., & Dennie, S. (2010). The expanded version of the Inferential Confusion Questionnaire: Further development and validation in clinical and non-clinical samples. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *32*(3), 448–462. <https://doi.org/10.1007/s10862-009-9157-x>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- American Psychiatric Association. (2022). *What is obsessive-compulsive disorder?* Psychiatry.org - What Is Obsessive-Compulsive Disorder? Retrieved December 12, 2022, from <https://www.psychiatry.org/patients-families/obsessive-compulsive-disorder/what-is-obsessive-compulsive-disorder>
- Abba-Aji et al. (2020). COVID-19 pandemic and mental health: Prevalence and correlates of New-onset obsessive-compulsive symptoms in a canadian province. *International journal of environmental research in public health*, *17*(19), 6986.
- Alonso, P., Bertolín, S., Segalàs, J., Tubío-Fungueiriño, M., Real, E., Mar-Barrutia, L., . . . Menchón, J. (2021). How is COVID-19 affecting patients with obsessive-compulsive disorder? A longitudinal study on the initial phase of the pandemic in a Spanish cohort. *European Psychiatry*, *64*(1), E45. [doi:10.1192/j.eurpsy.2021.2214](https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2021.2214)
- Bolton, D., & Perrin, S. (2008). Evaluation of exposure with response-prevention for obsessive compulsive disorder in childhood and adolescence. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, *39*(1), 11–22. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2006.11.002>
- Carmi et al. (2021). Obsessive compulsive disorder during coronavirus disease 2019 (COVID-19): 2 and 6 months follow-ups in a clinical trial. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, vol.24, issue 9, 703-709.

Références (suite)

- Fineberg NA, Van Ameringen M, Drummond L, Hollander E, Stein DJ, Geller D, Walitz S, Pallanti S, Pellegrini L, Zohar J, Rodriguez CI, Menchon JM, Morgado P, Mpavaenda D, Fontenelle LF, Feusner JD, Grassi G, Lochner C, Veltman DJ, Sireau N, Carmi L, Adam D, Nicolini H, Dell'Osso B. How to manage obsessive-compulsive disorder (OCD) under COVID-19: A clinician's guide from the International College of Obsessive Compulsive Spectrum Disorders (ICOCS) and the Obsessive-Compulsive and Related Disorders Research Network (OCRN) of the European College of Neuropsychopharmacology. **Comprehensive Psychiatry**. 2020 Jul;100:152174. doi: [10.1016/j.comppsych.2020.152174](https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2020.152174). Epub 2020 Apr 12. PMID: 32388123; PMCID: PMC7152877.
- Foa, E. B., Yadin, E., & Lichner, T. K. (2012). *Exposure and response (ritual) prevention for obsessive-compulsive disorder: Therapist guide*. Oxford University Press.
- O'Connor, K., Aardema, F., & Pélissier, M.-C. (2005). *Beyond Reasonable Doubt: Reasoning Processes in Obsessive-Compulsive Disorder and Related Disorders*. John Wiley & Sons.
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischmann, R. L., Hill, C. L., Heninger, G. R., & Charney, D. S. (1989). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: I. Development, use, and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 46(11), 1006–1011. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1989.01810110048007>
- Guzick, et al., (2021). Obsessionnal-Compulsive disorder during the COVID-19 pandemic: A systematic review. **Current Psychiatry Reports**, 23, 71, <https://doi.org/10.1007/s11920-021-01284-2>
- Khosravani, V., Aardema, F., Ardestani, S.M.S., Bastan, F.S. (2021). The impact of the coronavirus pandemic on specific symptom dimensions and severity in OCD: A comparison before and during COVID-19 in the context of stress responses. **Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders**, vol.29, 100626.
- Koszegi, N. (2019). *La confusion inférentielle comme prédicteur du changement des croyances obsessionnelles*. [Thèse de doctorat, Université de Sherbrooke]. Savoirs UdeS. https://savoirs.usherbrooke.ca/bitstream/handle/11143/15530/Koszegi_Natalia_DPs_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Maye, C.E., Wojcik, K.D., Candelari, A.E., Goddman, W.K., Storch, E.A. (2022). Obsessive Compulsive disorder during the COVID-19 pandemic: A brief review of course, psychological assessment and treatment consideration. **Journal of Obsessive-Compulsive and Related disorders**, vol. 33, April 2022, 100722.
- O'Connor, K. P., & Aardema, F. (2012). Clinician's Handbook for Obsessive Compulsive Disorder: Inference-Based Therapy (Vol. 1-1 online resource). John Wiley & Sons. <http://site.ebrary.com/id/10518647>
- O'Kearney, R. T., Anstey, K. J., & von Sanden, C. (2006). Behavioural and cognitive behavioural therapy for obsessive compulsive disorder in children and adolescents. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2006(4), CD004856. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004856.pub2>
- Pélissier, M.-C., & O'Connor, K. P. (2002). Deductive and inductive reasoning in obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Clinical Psychology*, 41(1), 15–27. <https://doi.org/10.1348/014466502163769>
- Piacentini, J., Bergman, R. L., Chang, S., Langley, A., Peris, T., Wood, J. J., & McCracken, J. (2011). Controlled comparison of family cognitive behavioral therapy and psychoeducation/relaxation training for child obsessive-compulsive disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 50(11), 1149–1161. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2011.08.003>
- Samuels et al. (2021). Contamination-related behaviors, obsessions and compulsions during COVID-19 pandemic in the United States population sample. **Journal of Psychiatric Research**, vol. 138, 155-162.
- Sheu, J.C., McKay, D., Storch, E.A. COVID-19 and OCD: Potential impact of Exposure and response prevention therapy. **Journal of Anxiety Disorder**, vol. 76, dec. 2020, 102314.
- Tanir et al., (2020). Exacerbation of obsessive compulsive disorder symptoms in children and adolescents during Covid-19 pandemic. **Psychiatry Research**, vol. 293, 113363.