

Université du Québec en Outaouais

**Exploration de la relation entre la dramatisation face à la douleur et la sévérité des
symptômes chez les adultes souffrant du trouble d'anxiété généralisée**

Essai doctoral
Présenté au
Département de psychoéducation et de psychologie

Comme exigence partielle du doctorat en psychologie,
Profil psychologie clinique (D. Psy.)

Par
© Katia GIGUÈRE MARCHAL

Janvier 2022

Composition du jury

Exploration de la relation entre la dramatisation face à la douleur et la sévérité des symptômes chez les adultes souffrant du trouble d'anxiété généralisée

Par
Katia Giguère Marchal

Cet essai doctoral a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Michel, Dugas, Ph. D., directeur de recherche, Département de psychologie et de psychoéducation, Université du Québec en Outaouais.

Stéphanie Cormier, Ph. D., évaluatrice interne, Département de psychologie et de psychoéducation, Université du Québec en Outaouais.

Stéphane Bouchard, Ph. D., évaluateur interne, Département de psychologie et de psychoéducation, Université du Québec en Outaouais

Sébastien Grenier, Ph. D., évaluateur externe, Département de psychologie, Université de Montréal

Remerciements

La réalisation de cet essai doctoral représente la finalisation de mon doctorat et d'un long marathon intellectuel. Il est certain que ce projet n'aurait pas été accompli sans le support de nombreuses personnes qui méritent d'être soulignées.

Dans un premier temps, je remercie mon directeur de recherche, Michel Dugas, qui m'a donné l'occasion extraordinaire de réaliser ce travail. Il m'a fait découvrir de multiples facettes du monde de la recherche. Il a été en mesure de me partager sa rigueur et son esprit critique. J'ai beaucoup appris sur les défis à relever dans le monde de la recherche. Je me sens honorée d'avoir travaillé sous sa direction. Merci pour ta disponibilité. J'adresse également mes remerciements aux membres de mon comité de révision, Stéphane Bouchard, Stéphanie Cormier et Sébastien Grenier qui ont généreusement accepté d'offrir leurs rétroactions. Merci pour le temps que vous y avez accordé. J'aimerais aussi exprimer ma reconnaissance envers les participants de cette étude, sans quoi, il n'aurait pas été possible de réaliser ce projet.

Dans un deuxième temps, je tiens aussi à témoigner toute ma reconnaissance aux personnes suivantes pour l'aide qu'ils m'ont apportée dans la réalisation de ce projet.

À mes superviseurs cliniques et à mes collègues qui m'ont partagé leurs expériences et leurs connaissances. Je remercie les clients qui ont su me faire confiance. Je les admire en raison de leur persévérance et de leur courage. Leur cheminement m'a grandement inspirée.

À mes parents, qui ont toujours cru en moi et qui m'encourageaient malgré les difficultés. Merci à mon père et à ma sœur pour leurs contributions à la relecture de ce projet.

À mes amis qui m'ont épaulé en m'offrant votre support moral durant toutes ces dernières années.

À Manu, mon partenaire de vie, à qui je suis éternellement reconnaissante de m'avoir assisté durant ce long cheminement. Tu représentes un solide pilier dans cette aventure.

Finalement, je remercie toutes les personnes qui m'ont accompagné de près ou de loin à ce projet, qui sont trop nombreuses pour être toutes nommées.

Résumé

Le trouble d'anxiété généralisée (TAG) est caractérisé par des inquiétudes qui portent sur plusieurs thèmes, incluant la famille, les relations sociales, le travail et la santé personnelle. Une meilleure connaissance de l'étiologie des thèmes d'inquiétudes dans le TAG pourrait faciliter l'élaboration de plans de traitement plus précis et potentiellement plus efficaces. Pourtant, il existe très peu d'études qui portent spécifiquement sur les thèmes d'inquiétudes dans le TAG. La présente étude se penche sur un thème d'inquiétude particulier dans le TAG, à savoir, les inquiétudes envers la santé. Plus précisément, nous avons exploré le lien entre la dramatisation face à la douleur et la présence d'inquiétudes envers la santé dans le TAG. Les données de cette étude proviennent d'une étude de traitement plus vaste qui utilise un échantillon de 60 adultes ayant un diagnostic principal du TAG. Quatre hypothèses sont mises de l'avant dans la présente étude : (1) la dramatisation face à la douleur sera significativement et positivement corrélé avec la sévérité des symptômes du TAG; (2) la relation entre la dramatisation face à la douleur et la sévérité des symptômes du TAG sera indépendante de leurs relations respectives avec l'intolérance à l'incertitude et la rigidité psychologique; (3) le niveau de dramatisation face à la douleur sera plus élevé chez les participants rapportant des inquiétudes au sujet de leur santé que chez ceux ne rapportant pas de telles inquiétudes; et (4) indépendamment du niveau de sévérité du TAG, le niveau de dramatisation face à la douleur sera plus élevé chez les participants rapportant des inquiétudes au sujet de leur santé que chez ceux ne rapportant pas de telles inquiétudes. Les variables principales ont été mesurées avec le *Questionnaire sur les Inquiétudes et l'Anxiété*, l'*Échelle de Dramatisation Face à la Douleur*, l'*Échelle d'Intolérance à l'Incertaineté* et le *Questionnaire d'Acceptation et d'Action, deuxième édition*. Pour éprouver les deux dernières hypothèses, les participants ont été séparés en deux groupes, soit un groupe rapportant des inquiétudes pour leur santé (Groupe Santé, $n = 29$) et un groupe ne rapportant pas d'inquiétudes pour leur santé (Groupe Autre, $n = 31$). Toutes les hypothèses ont été corroborées. Les données appuient donc l'existence d'un lien significatif entre la dramatisation face à la douleur et la sévérité des symptômes du TAG, et ce, indépendamment des niveaux d'intolérance à l'incertitude et de rigidité psychologique. Les données indiquent aussi qu'indépendamment de la sévérité du TAG, le niveau de dramatisation face à la douleur est plus élevé chez les participants rapportant des inquiétudes au sujet de leur santé que chez ceux ne rapportant pas ces inquiétudes. Sur le plan théorique, nous proposons que la dramatisation face à la douleur serait un facteur de vulnérabilité spécifique aux inquiétudes envers la santé chez les personnes atteintes du TAG. Plusieurs avenues de traitements spécifiques sont proposées pour les individus atteints du TAG et rapportant des inquiétudes envers la santé.

Mots clés : trouble d'anxiété généralisée, inquiétudes envers la santé, dramatisation face à la douleur, intolérance à l'incertitude, rigidité psychologique.

Abstract

Generalized anxiety disorder (GAD) is characterized by worry about many different themes, including family, social relationships, work, and personal health. A better understanding of the etiology of worry themes in GAD could lead to the development of more focused and potentially efficacious treatments. Unfortunately, there are very few studies that have specifically investigated worry themes in GAD. The current study examines one such theme, namely, worry about personal health. Specifically, we explored the relationship between pain catastrophizing and worry about health in GAD. Data for this study were drawn from a larger treatment study that included 60 French-speaking adults with a principal diagnosis of GAD. Four hypotheses were tested in the current study. We predicted that: (1) pain catastrophizing would be significantly and positively correlated with the severity of GAD symptoms; (2) the relationship between pain catastrophizing and the severity of GAD symptoms would be independent of their respective relationships with intolerance of uncertainty and psychological rigidity; (3) the level of pain catastrophizing would be greater in participants reporting worries about health than in those not reporting health worry; and (4) when controlling for the severity of GAD, the level of pain catastrophizing would continue to be greater in participants reporting worries about health than in those not reporting health worry. The main variables were measured with the French versions of the *Worry and Anxiety Questionnaire*, the *Pain Catastrophizing Scale*, the *Intolerance of Uncertainty Scale* and the *Acceptance and Action Questionnaire (2nd edition)*. To test the final two hypotheses, participants were divided into two groups, those reporting worries about health (Health Group, $n = 29$) and those not reporting worries about health (Other Group, $n = 31$). All study hypotheses were supported. The results thus show that pain catastrophizing was significantly related to the severity of GAD symptoms, and that the relationship was not accounted for by intolerance of uncertainty and psychological rigidity. The results also show that, independently of the severity of GAD, the level of pain catastrophizing was greater in participants reporting worries about health than in those not reporting such worries. On a theoretical level, we propose that pain catastrophizing represents a specific vulnerability factor for worries about health in individuals with GAD. We also propose specific treatment interventions for people with GAD who report worrying about their health.

Keywords: generalized anxiety disorder, worries about health, pain catastrophizing, intolerance of uncertainty, psychological rigidity.

Table des matières

Liste des figures	ix
Liste des tableaux	x
Liste des abréviations, sigles et acronymes	xi
CHAPITRE I	
Introduction	1
Trouble d’anxiété généralisée	1
Épidémiologie	2
Inquiétude	2
TAG et inquiétude envers la santé	5
Modèles psychologiques du TAG	6
Modèle d’évitement cognitif	6
Modèle d’intolérance à l’incertitude	7
Intolérance à l’incertitude	8
Modèle Métacognitif	10
Modèle de la dérégulation émotionnelle	12
Modèle de l’acceptation	14
Flexibilité psychologique.....	15
Synthèse des modèles du TAG	16
Dramatisation face à la douleur	18
Objectifs et hypothèses	20
CHAPITRE II	
Méthodologie	22
Devis de recherche	22
Participants	22
Critères d’inclusion	24
Critères d’exclusion	24
Procédure	25
Instruments de mesure	26

Entrevue de dépistage téléphonique	26
Entrevue diagnostique	26
Questionnaires auto-rapportés	27
Analyses prévues	30
Analyse de puissance	31
CHAPITRE III	
Résultats	32
Vérification des postulats statistiques	32
Analyses principales	33
CHAPITRE IV	
Discussion	38
Hypothèse 1	38
Hypothèse 2	39
Hypothèse 3	42
Hypothèse 4	43
Retombées théoriques	43
Retombées cliniques	46
Forces de l'étude	48
Limites de l'étude	49
Recommandations pour les recherches futures	49
Conclusion	50
Références	51
Annexe A – Formulaire de consentement	75
Annexe B – Déclaration éthique	81
Annexe C – Entrevue structurée pour les troubles anxieux, version DSM-IV	83
Annexe D – Échelle de dramatisation face à la douleur	94
Annexe E – Questionnaire sur les inquiétudes et l'anxiété	97

Annexe F – Échelle d'intolérance à l'incertitude	100
Annexe G – Le questionnaire d'acceptation et d'engagement	104
Annexe H – Inventaire d'anxiété de Beck	106
Annexe I – Inventaire de dépression de Beck	109

Liste des figures

<i>Figure 1. Modèle d'évitement cognitif, version anglophone</i>	<i>7</i>
<i>Figure 2. Modèle d'intolérance à l'incertitude</i>	<i>8</i>
<i>Figure 3. Modèle métacognitif du TAG, version anglophone</i>	<i>12</i>
<i>Figure 4. Modèle de la dérégulation émotionnelle, version anglophone.....</i>	<i>13</i>
<i>Figure 5. Le modèle de Roemer et Orsillo, version anglophone.....</i>	<i>15</i>
<i>Figure 6. Proposition d'un profil du TAG caractérisé par une tendance à dramatiser la douleur comme facteur de vulnérabilité à développer des inquiétudes envers la santé.....</i>	<i>46</i>

Liste des tableaux

Tableau 1. <i>Données Démographiques et Cliniques (N = 60)</i>	22
Tableau 2. <i>Corrélations entre les Variables de l'Étude</i>	33
Tableau 3. <i>Régression Hiérarchique Linéaire des Variables qui Prédisent les Scores au QIA</i>	35
Tableau 4. <i>Données Cliniques du Groupe Santé et du Groupe Autre</i>	36

Liste des abréviations, sigles et acronymes

AAQ-2	Questionnaire d'acceptation et d'engagement
ACT	Thérapie d'acceptation et d'engagement
ANCOVA	Analyse de la covariance
ANOVA	Analyse de variance simple
APA	American Psychiatric Association
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ÉDD	Échelle de dramatisation face à la douleur
ÉII	Échelle d'intolérance à l'incertitude
F	Distribution F , la loi F de Fisher.
IDB	Inventaire d'anxiété de Beck
QIA	Questionnaire sur les inquiétudes et l'anxiété
TAG	Trouble d'anxiété généralisée
TCC	Thérapie cognitivo-comportementale
UQO	Université du Québec en Outaouais

Chapitre I

Introduction

Trouble d'anxiété généralisée

La conceptualisation du trouble d'anxiété généralisée (TAG) a grandement évolué au cours des années. Dans un premier temps, il était surtout question d'anxiété « flottante » qui venait et partait sans raison particulière (Rapee, 1991). Joseph Wolpe (1975) a été parmi les premiers à mettre de l'avant l'idée que l'anxiété ne fluctuait pas sans raison. Au plan diagnostique, le TAG a été introduit dans la troisième édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-III; American Psychiatric Association [APA], 1980). Le diagnostic se limitait surtout aux symptômes physiques et la personne devait présenter au moins 6 symptômes sur une liste de 18. À cette époque, le TAG était considéré comme un diagnostic résiduel et pouvait seulement être attribué aux personnes qui ne répondaient pas aux critères diagnostiques d'un autre trouble anxieux (APA, 1980). Par la suite, David Barlow (1986) avança l'idée innovatrice que l'inquiétude pourrait expliquer les fluctuations de l'anxiété dans le TAG. En conséquence, dans l'édition révisée du DSM-III (APA, 1987), l'inquiétude fut intégrée aux critères diagnostiques du TAG. À partir de cet instant, le TAG fut considéré comme étant une entité diagnostique primaire (APA, 1987). Par la suite, l'inquiétude deviendra la caractéristique principale du TAG dans le DSM-IV (APA, 1994). Ainsi, le TAG sera caractérisé davantage par des symptômes cognitifs que physiques (Brown et al., 1994). Finalement, les critères diagnostiques principaux du TAG seront inchangés dans le DSM-5 (APA, 2013). Aujourd'hui, le trouble d'anxiété généralisée est donc caractérisé par de l'anxiété ainsi que des inquiétudes excessives et incontrôlables qui sont présentes la plupart du temps, depuis au moins 6 mois. Les inquiétudes doivent porter sur un certain nombre d'évènements ou d'activités, tels que le travail, l'école ou les finances. La personne doit également rapporter un minimum de trois symptômes associés parmi les suivants : (1) agitation ou sensation d'être survolté ou à bout de nerfs, (2) fatigabilité, (3) difficultés de

concentration ou trous de mémoire, (4) irritabilité, (5) tensions musculaires, (6) perturbation du sommeil (difficultés d'endormissement, sommeil interrompu, agité ou peu reposant). Pour poser le diagnostic du TAG, les symptômes doivent engendrer une détresse ou une altération cliniquement significative du fonctionnement de l'individu (APA, 2013).

Épidémiologie

En dépit des nombreux changements apportés aux critères diagnostiques du TAG dans les différentes versions du DSM, la prévalence estimée de celui-ci est demeurée relativement constante à travers le temps. En effet, la prévalence à vie du TAG était estimée de 1.4 % à 5.4 % dans le DSM-III (APA, 1980) et de 0.8 % à 6.4 % dans le DSM-IV (APA, 2000). En 2012, il a été estimé que 2.5% de la population canadienne adulte (environ 700 000 personnes) rencontraient les critères diagnostiques du trouble d'anxiété généralisée (Pelletier et al., 2017). Il a également été recensé une plus grande proportion chez les femmes canadiennes (3.2%) que chez les hommes canadiens (2.0%; Pearson et al., 2013). Les symptômes du TAG se développent généralement à la fin de l'adolescence ou au début de l'âge adulte, bien que les premiers signes peuvent survenir à n'importe quelle période de la vie (Pelletier et al., 2017). Par contre, le TAG est rarement identifié avant l'âge de 35 ans pour les femmes et de 45 ans pour les hommes (Carter et al., 2001). En effet, les personnes atteintes du TAG ont tendance à attendre plusieurs années avant de consulter, et ce, pour différentes raisons (Bradwejn et al., 1992). Par exemple, plusieurs personnes qui souffrent du TAG croient que leurs symptômes sont inhérents à leur personnalité et se considèrent comme « une personne ayant toujours eu un tempérament anxieux » (Rapee, 1991). Selon Kessler et ses collaborateurs (2001), étant donné que les symptômes d'anxiété se développent graduellement chez les jeunes personnes, cela prendrait en général plus de 10 ans avant de poser un diagnostic. Bien qu'il soit possible que les délais soient moins longs aujourd'hui, nous n'avons trouvé aucune étude à cet effet.

Inquiétude

Bien que l'inquiétude soit le critère principal du TAG, la définition de celle-ci ne fait pas l'unanimité parmi les chercheurs. Selon Borkovec et ses collaborateurs (1983), l'inquiétude serait un enchaînement de pensées et d'images chargées d'affects négatifs et relativement incontrôlables. Pour leur part, MacLeod et ses collègues (1991) proposent que l'inquiétude serait un phénomène cognitif accompagné d'un état de détresse émotionnelle à l'approche d'un événement dont le dénouement est incertain. Finalement, selon Dugas, Gosselin et al. (2001), l'inquiétude serait un phénomène cognitif courant au sein de la population générale et qui se définit par des pensées négatives au sujet d'évènements menaçants potentiels. S'inquiéter n'est donc pas pathologique en soi et peut même représenter un mécanisme cognitif adapté permettant de surmonter des difficultés personnelles. Ainsi, l'enjeu est de déterminer à partir de quel moment l'inquiétude devient pathologique. Or, les données montrent que l'inquiétude dans le trouble d'anxiété généralisée est plus abstraite que l'inquiétude non pathologique (Dugas, Gosselin, et al., 2001; Tallis et al., 1994). Le contenu de la pensée abstraite est souvent axé sur le problème, mais de façon peu précise, tel que « un malheur va survenir à mon enfant ». Si l'abstraction permet à l'individu de diminuer sa réaction émotionnelle désagréable, elle l'empêche d'amorcer une résolution constructive et concrète vis-à-vis de la situation inquiétante. L'inquiétude pathologique nuit donc à la résolution de problème, ce qui peut faire en sorte que la personne soit prise dans une « boucle de persévérance » (Eccleston & Crombez, 2007). En d'autres mots, lorsque le problème persiste, l'individu demeure dans un état de résolution de problème inefficace et les inquiétudes se répètent en boucle. L'inquiétude pathologique aurait aussi tendance à « s'enchaîner » (Bridou & Aguerre, 2012), c'est-à-dire que le fait de s'inquiéter d'un sujet favorise l'apparition d'inquiétudes de sujets associés (Roemer et al., 1997). En conclusion, l'inquiétude pathologique, telle qu'elle se manifeste dans le TAG, se distingue de l'inquiétude non pathologique au niveau de sa forme et de sa fonction.

Pour ce qui est du contenu des inquiétudes, il y a eu peu d'études sur le sujet. Il existe plusieurs raisons pour ce manque d'intérêt, dont le fait que les critères diagnostiques du TAG portent sur la diversité des thèmes depuis le DSM III-R (APA, 1987). Parmi les études sur les thèmes d'inquiétudes dans le TAG, certaines indiquent que les individus souffrant du TAG ont une plus grande diversité de thèmes d'inquiétudes que les personnes de la communauté (Craske et al., 1989; Shadick et al., 1991). L'étude de Dugas et ses collaborateurs (1998) a permis d'établir que les personnes atteintes du TAG s'inquiètent davantage au sujet du futur lointain que les personnes non anxieuses et celles qui souffrent d'un autre trouble d'anxiété. L'inquiétude envers le futur lointain semble donc représenter un élément distinctif du TAG. Le fait que l'inquiétude dans le TAG soit orientée sur des problèmes lointains est inadapté étant donné que ces problèmes ne se produisent pas la plupart du temps (LaFreniere & Newman, 2020). L'inquiétude envers le futur distant représente donc un phénomène qui contribue au développement d'inquiétudes pathologiques. Enfin, les données de recherche indiquent que les inquiétudes dans le TAG portent principalement sur les thèmes suivants : la famille, les relations sociales, le travail et la santé personnelle (Dugas, Freeston, et al., 1998). Ainsi, à quelques exceptions près, les thèmes d'inquiétudes chez les personnes atteintes du TAG semblent être semblables à ceux de la population générale. En dépit des avancées, il reste que nos connaissances demeurent limitées à des études entièrement descriptives. En effet, aucune étude ne s'est portée sur les prédicteurs de sujets d'inquiétudes spécifiques chez les personnes atteintes du TAG. Il n'est donc pas possible de comprendre pourquoi certaines personnes développent des inquiétudes sur des thèmes particuliers. Étant donné ces limites, il importe d'intensifier la recherche sur les thèmes d'inquiétudes dans le TAG. Ultimement, une meilleure compréhension de l'étiologie et du rôle des différents thèmes d'inquiétudes pourrait permettre de bonifier les traitements psychologiques actuellement disponibles pour les personnes souffrant du TAG.

TAG et inquiétudes envers la santé

Afin d'approfondir la recherche sur les thèmes d'inquiétudes dans le TAG, la présente étude portera sur le thème de la santé personnelle. La santé est une préoccupation courante dans la population générale. En effet, l'inquiétude au sujet de la santé est présente chez 10 % à 20 % de la population générale (Kellner, 1985). De plus, l'inquiétude envers la santé fait partie des thèmes principaux chez les personnes atteintes du TAG (Craske et al., 1989; Roemer et al., 1997; Shadick et al., 1991). Habituellement, l'inquiétude envers la santé se manifeste lors de situations particulières quand la santé d'une personne semble menacée (Fink et al., 2010). Par exemple, il est légitime de s'inquiéter pour sa santé lors de la découverte d'une masse sous-cutanée. Dans ce contexte, l'inquiétude pourra mobiliser la personne à prendre une décision dans le but de diminuer la menace perçue. L'inquiétude peut donc s'avérer être une réaction utile et même nécessaire afin de favoriser une bonne santé physique. La santé est d'ailleurs un sujet difficile à ignorer puisqu'elle peut avoir un impact vital, ce qui inclut une grande implication émotionnelle. Chez les personnes non anxieuses, lorsque la santé ne semble plus menacée, tel qu'à la suite de résultats médicaux rassurants, les inquiétudes vont naturellement se dissiper. Ainsi, l'inquiétude envers la santé est considérée comme étant adaptée lorsqu'elle est temporaire et liée à une situation particulière (Bridou & Aguerre, 2012).

Quelques chercheurs ont observé qu'il existe des caractéristiques particulières associées aux inquiétudes envers la santé. En effet, ces inquiétudes peuvent mener à l'utilisation de comportements sécurisants particuliers, dont la survérification corporelle, la demande de réassurance ou encore l'évitement des hôpitaux et des personnes malades (Bridou & Aguerre, 2012). Les résultats de l'étude de Langlois (2007) ont également démontré que les inquiétudes envers la santé seraient associées à des croyances fondamentales inadaptées dont « toutes les maladies entraînent des conséquences graves » ou encore « il est toujours possible de prévenir une maladie ». En somme, les inquiétudes envers la santé sont associées à des

expériences émotionnelles, à des comportements sécurisants (et d'évitement) et à des croyances particulières.

Modèles psychologiques du TAG

Plusieurs modèles psychologiques ont été développés pour mettre en lumière les facteurs ayant un rôle dans le développement et le maintien des symptômes du TAG. Dans les prochains paragraphes, cinq de ces modèles seront présentés : (1) le modèle d'évitement cognitif, (2) le modèle d'intolérance à l'incertitude, (3) le modèle métacognitif, (4) le modèle de la dérégulation émotionnelle et (5) le modèle d'acceptation.

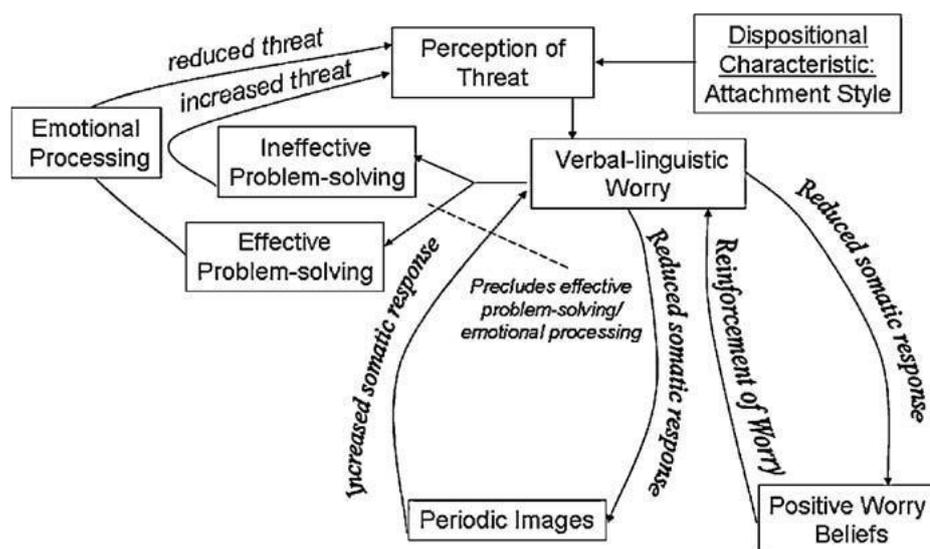
Modèle d'évitement cognitif

Le modèle d'évitement cognitif de Borkovec (voir Figure 1) fut l'un des premiers à faire son apparition dans la littérature scientifique (Borkovec, 1994; Borkovec et al., 2004). Ce modèle s'inspire de la théorie bi-factorielle de la peur de Mowrer (1947) ainsi que de la théorie du traitement émotionnel de Foa et Kozak (1986). Selon Borkovec et ses collaborateurs, la fonction principale de l'inquiétude est d'éviter les expériences désagréables. Dans un premier temps, des croyances sur l'utilité de s'inquiéter renforcent la tendance à s'inquiéter. Plus précisément, les personnes atteintes du TAG auraient des croyances voulant que l'inquiétude soit un moyen d'empêcher les expériences désagréables ou de se préparer à faire face à celles-ci. Deuxièmement, l'inquiétude serait un phénomène cognitif « linguistique » (Behar et al., 2005; Borkovec & Inz, 1990) ayant comme but de réduire le contact avec des images mentales aversives (Borkovec, 1994; Borkovec et al., 2004). Ainsi, l'inquiétude servirait à inhiber les images mentales désagréables. Malheureusement, l'inquiétude pathologique serait une stratégie cognitive inefficace puisqu'elle fait obstacle au traitement émotionnel nécessaire afin de surmonter la peur (Foa et al., 2006). À ce jour, le modèle de l'évitement cognitif a reçu un appui empirique considérable. Plusieurs données soutiennent l'impact des croyances relatives à l'utilité de l'inquiétude sur le niveau d'inquiétude chez les personnes souffrantes du TAG (Behar & Borkovec, 2005; Dugas et al.,

2012; Ladouceur et al., 2004). Il existe aussi des preuves considérables que l'inquiétude excessive est un phénomène mental linguistique qui réduit le contact aux images aversives (Behar & Borkovec, 2005; Borkovec & Inz, 1990). À la suite de la validation du modèle d'évitement cognitif de Borkovec et ses collaborateurs, un certain nombre de modèles alternatifs de TAG ont été développés afin d'élargir la compréhension de l'étiologie du TAG.

Figure 1

Modèle d'évitement cognitif, version anglophone (Borkovec et al., 2004)



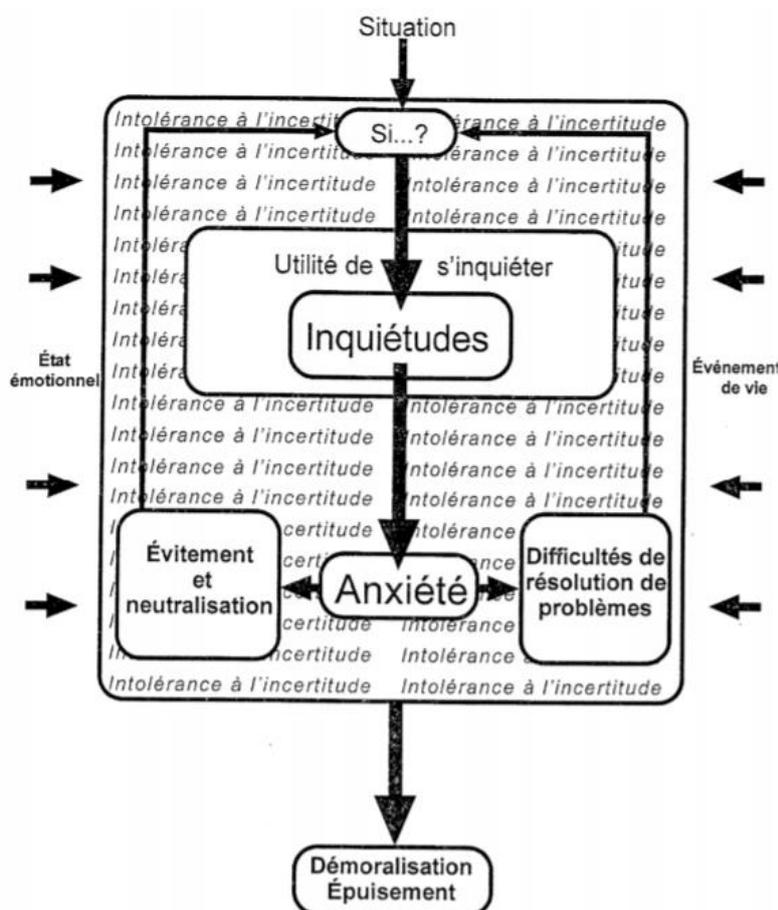
Modèle d'intolérance à l'incertitude

Un modèle étiologique du TAG a notamment été développé par un groupe de recherche à l'Université Laval (Dugas, Gagnon, et al., 1998). Ce modèle, connu comme le modèle d'intolérance à l'incertitude et présenté à la Figure 2, intègre les quatre composantes suivantes : l'intolérance à l'incertitude, les croyances positives relatives à l'inquiétude, l'orientation négative face aux problèmes et l'évitement cognitif. Selon Dugas et ses collaborateurs (p. ex. Dugas & Koerner, 2005), l'intolérance à l'incertitude serait la composante névralgique et celle-ci influencerait les trois autres composantes du modèle. Ceci étant dit, les trois composantes secondaires du modèle jouissent néanmoins d'un appui empirique considérable. Plus précisément, diverses études appuient le lien entre les symptômes du TAG et (1) les croyances positives relatives à l'inquiétude (p. ex. Francis &

Dugas, 2004; Ladouceur et al., 1999), (2) les difficultés de résolution de problèmes (p. ex. Gosselin et al., 2002; Robichaud & Dugas, 2005) et (3) l'évitement cognitif (p. ex. Robichaud et al., 2003; Sexton & Dugas, 2008).

Figure 2

Modèle d'intolérance à l'incertitude (Dugas, Gagnon, et al., 1998)



Intolérance à l'incertitude. L'intolérance à l'incertitude est aujourd'hui définie comme une prédisposition négative qui résulte d'un ensemble de croyances catastrophiques à propos de l'incertitude et de ses conséquences (Dugas et al., 2007; Garfinkle & Behar, 2012). Sexton et Dugas (2009) ont notamment démontré que l'intolérance à l'incertitude résulte avant tout de deux croyances, à savoir « l'incertitude m'empêche de fonctionner » et « l'incertitude est injuste et gâche tout ». Il est bien documenté que l'intolérance à l'incertitude représente un facteur de vulnérabilité pour plusieurs troubles en santé mentale

(Boswell et al. 2013). Dans le TAG, plusieurs études soutiennent que l'intolérance à l'incertitude joue un rôle d'autant plus significatif. Par ailleurs, il a été démontré que les individus atteints du TAG rapportent des croyances particulièrement négatives concernant l'incertitude (Dugas et al., 2005).

La relation entre l'intolérance à l'incertitude et le TAG s'articule principalement autour de la relation entre l'intolérance à l'incertitude et l'inquiétude. Cette dernière résulte d'une dynamique où l'individu essaie par tous les moyens d'atteindre la certitude (Dugas, Gosselin, et al., 2001). En effet, l'individu souffrant du TAG perçoit l'incertitude de manière très négative et possède naturellement une exigence plus élevée vis-à-vis de l'obtention de la certitude. La certitude absolue est cependant impossible à atteindre dans la vie quotidienne. Par exemple, le simple fait d'exécuter une activité extérieure peut provoquer un sentiment d'incertitude concernant la météo. Il est vrai que, même en consultant les prévisions météorologiques, la météo demeure un phénomène hors de contrôle et sujet à l'incertitude. Pour diminuer le sentiment d'incertitude, l'individu pourrait se questionner, sous la forme d'inquiétude, afin d'essayer de prévoir toutes les possibilités afin de se rapprocher de la certitude visée, mais inatteignable.

La compréhension du rôle de l'intolérance à l'incertitude dans le TAG s'est construite en plusieurs temps. Dans un premier temps, de nombreuses données appuient le lien de corrélation entre l'intolérance à l'incertitude et l'inquiétude dans le TAG. En effet, il a été montré qu'il existe une relation significative entre l'intolérance à l'incertitude et le niveau d'inquiétude dans des échantillons cliniques (Dugas et al., 2007; Freeston et al., 1994). L'étude de Freeston et ses collaborateurs (1994) a aussi démontré que l'intolérance à l'incertitude permet de distinguer les personnes atteintes du TAG des personnes non anxieuses.

Dans un deuxième temps, plusieurs études appuient la relative spécificité de la relation entre l'intolérance à l'incertitude et l'inquiétude ou le TAG. Par exemple, le niveau d'intolérance à l'incertitude est plus élevé chez les personnes atteintes du TAG comparé aux personnes atteintes d'autres troubles anxieux (Dugas et al., 2005; Ladouceur et al., 1999). Il a également été démontré que la relation entre l'intolérance à l'incertitude et l'inquiétude ne s'explique pas par d'autres facteurs associés comme le trait d'anxiété, le perfectionnisme et le besoin de contrôle (Buhr & Dugas, 2006; Dugas et al., 1997). Ainsi, les résultats attestent que l'intolérance à l'incertitude est bel et bien un facteur déterminant et relativement spécifique à l'inquiétude et au TAG.

Dans un troisième temps, les données indiquent que l'intolérance à l'incertitude est un facteur de risque causal pour le TAG. Afin d'établir que l'intolérance à l'incertitude est véritablement un facteur de risque causal pour le TAG, les changements de l'intolérance à l'incertitude doivent *précéder et prédire* les changements des symptômes du TAG. Il existe, en effet, plusieurs études expérimentales démontrant que les changements de l'intolérance à l'incertitude précèdent et prédisent ceux des symptômes du TAG (Grenier & Ladouceur, 2004; Rosen & Knäuper, 2009). De plus, une étude longitudinale d'une durée de cinq ans (Dugas et al., 2012) révèle que les fluctuations naturelles dans l'intolérance à l'incertitude prédisent celles des inquiétudes. Les données expérimentales et longitudinales soutiennent ainsi que les changements de l'intolérance à l'incertitude précèdent et prédisent les changements de l'inquiétude, appuyant la thèse voulant que l'intolérance à l'incertitude joue un rôle fonctionnel dans le développement du TAG.

Modèle Métacognitif

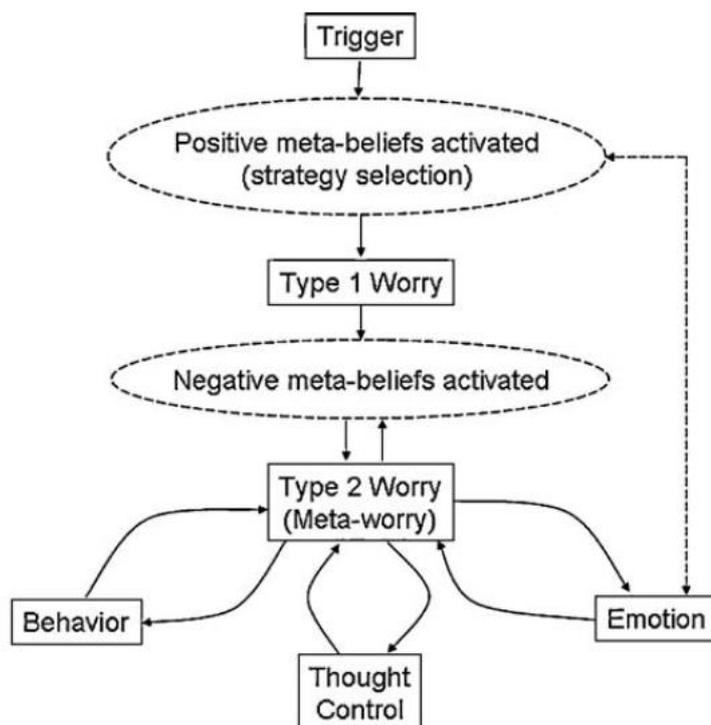
Les auteurs du modèle métacognitif du TAG ont, pour leur part, proposé plusieurs nouvelles idées concernant les inquiétudes dans le TAG (Wells, 1995, 1999, 2004, 2005). Selon eux, il existerait deux types d'inquiétudes. Les inquiétudes « de type 1 » se manifestent en réaction à des situations externes considérées problématiques, telles que la perte d'un

emploi ou la préparation d'un déménagement (Wells, 2005). Wells et Papageorgiou (1995) ajoutent que lorsque l'individu croit que ses inquiétudes sont dangereuses (p. ex. « mes inquiétudes sont un signe que j'ai une santé mentale fragile »), il peut être porté à vouloir les supprimer. Or, les tentatives de suppression de l'inquiétude de type 1 ont plutôt pour effet d'augmenter leur fréquence en raison de « l'effet rebond » décrit par Wegner (1994). Selon Wegner (1994), plus une personne tente de supprimer une pensée, plus cette pensée prend de l'importance et plus elle tend à faire intrusion dans l'esprit de celle-ci.

Dans ce modèle, les « inquiétudes de type 2 » ou encore les « méta-inquiétudes » proviendraient, en grande partie, de cette amplification des inquiétudes de type 1. Les méta-inquiétudes représentent ainsi les conséquences d'une stratégie inefficace de gestion des inquiétudes de type 1. En effet, l'individu perdrait également confiance en sa capacité à réduire la fréquence de ses inquiétudes, ce qui renforcerait la croyance que les inquiétudes sont incontrôlables et dangereuses. Selon Wells (2005), la présence de méta-inquiétudes rendent possible la distinction entre les personnes atteintes du TAG et les personnes non anxieuses. Ce modèle, présenté à la Figure 3, présente toutefois certaines limites théoriques et empiriques. Tout d'abord, certains éléments du modèle ne sont pas clairement définis. Par exemple, les outils d'évaluation ne permettent pas de distinguer avec fiabilité les deux types d'inquiétudes (Wells, 1994; Wells, 1997). Il n'existe pas non plus d'étude longitudinale permettant de vérifier la relation temporelle entre l'inquiétude de type 1 et de type 2. De plus, les preuves sur la présence de méta-inquiétudes chez les personnes atteintes du TAG sont mitigées (Behar et al., 2009). De cette façon, bien que Wells affirme qu'il existe une relation de causalité entre l'inquiétude de type 1 et de type 2, ainsi qu'entre les croyances négatives sur les inquiétudes et l'inquiétude de type 2, peu de données empiriques soutiennent ces relations.

Figure 3

Modèle métacognitif du TAG, version anglophone (Wells, 1995, 1999, 2004, 2005)



Modèle de la dérégulation émotionnelle

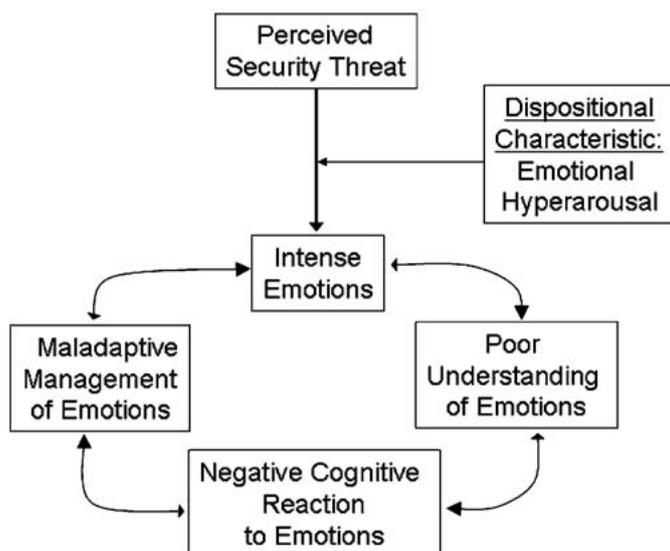
Pour sa part, le modèle de la dérégulation émotionnelle est inspiré de la théorie des émotions et de la régulation des états émotionnels (Ekman & Davidson, 1994; Mayer et al., 2001, 2003). La Figure 4 met en évidence une représentation visuelle de ce modèle. Ce modèle propose que les personnes atteintes du TAG présentent divers déficits émotionnels : (1) ils vivent leurs émotions de façon particulièrement intense; (2) ils ont une faible compréhension de leurs émotions; (3) ils réagissent de façon négative à leurs expériences émotionnelles; et (4) ils utilisent des stratégies inadaptées pour gérer leurs émotions (Mennin, 2004). Selon ce modèle, les individus ayant un TAG ressent ses émotions intensément et rapidement. Ils auraient également plus de difficulté à identifier ses émotions et à les utiliser comme source d'information (p. ex. ses besoins, ses limites), en raison notamment de l'expérience désagréable associée aux émotions. Par conséquent, les personnes atteintes du TAG auraient une perception négative des émotions et celles-ci seraient notamment

interprétées comme étant intenses, difficiles à contrôler et dangereuses. Finalement, les personnes chercheraient à réduire l'intensité de son expérience émotionnelle en utilisant des stratégies inefficaces dont la réassurance, l'évitement émotionnel et surtout l'inquiétude. Les auteurs de ce modèle appuient le rôle de l'inquiétude comme une forme d'évitement cognitif tout en y ajoutant son impact nuisible quant à la régulation émotionnelle. Les stratégies sont décrites comme étant inefficaces, car elles contribuent à maintenir les expériences désagréables, telles que les symptômes du TAG (Mennin et al., 2013; Mennin et al., 2005).

Selon la littérature scientifique actuelle, les personnes atteintes du TAG éprouveraient effectivement de la difficulté à identifier et décrire leurs émotions (Mennin et al., 2005; Mennin et al., 2007), auraient des interprétations négatives de leurs émotions (Mennin et al., 2005; Salters-Pedneault et al., 2006; Turk et al., 2005) et utiliseraient des stratégies de gestion des émotions inadaptées (Mennin et al., 2007). Il reste qu'une critique majeure de ce modèle est que la dérégulation émotionnelle s'étend à toutes les émotions désagréables (p. ex. anxiété, tristesse, colère, honte); le modèle ne semble donc pas spécifique au TAG. En effet, des données empiriques indiquent qu'il n'y a pas de différence entre l'identification et la description des émotions des personnes atteintes du TAG et celles atteintes de dépression (Mennin et al., 2007) ou d'anxiété sociale (Mennin et al., 2007; Turk et al., 2005). En somme, bien que ce modèle apporte une vision plus complète en intégrant le construit de régulation émotionnelle, les données empiriques actuelles n'appuient pas sa spécificité à l'étiologie du TAG.

Figure 4

Modèle de la régulation émotionnelle dysfonctionnelle du TAG, version anglophone (Mennin, 2004)



Modèle de l'acceptation

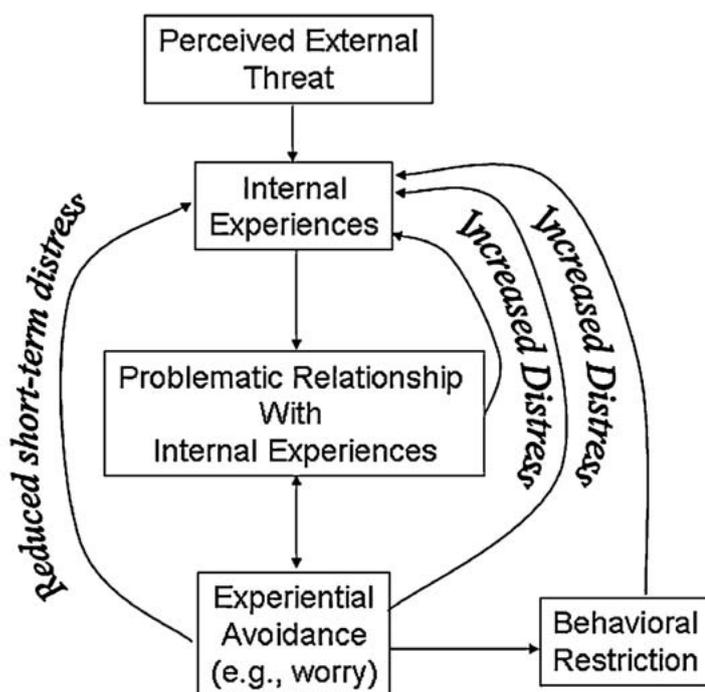
Le modèle de l'acceptation, présenté à la Figure 5, s'appuie sur les construits associés à la troisième vague en TCC, soit l'acceptation de l'expérience interne et l'entraînement à la pleine conscience (Roemer & Orsillo, 2002). Les expériences internes sont principalement composées de pensées, d'émotions et de sensations corporelles (Hayes et al., 2012). Selon ce modèle, les expériences internes (pensées, émotions ou sensations corporelles), qu'elles soient voulues ou non, seraient porteuses d'informations essentielles afin de diriger nos actions. Il devient donc important d'être en contact avec ces expériences internes afin d'améliorer notre capacité à orienter nos comportements et à favoriser notre épanouissement. Cette approche se concentre sur l'efficacité des comportements, qui est évaluée selon leurs capacités à rapprocher les individus de leurs valeurs personnelles et de leurs objectifs de vie (Dionne et al., 2013). Il peut cependant arriver que les comportements soient menés dans le but d'éviter un ressenti émotionnel désagréable, ce qui est nommé « évitement expérientiel ».

Contrairement à l'acceptation, l'évitement expérientiel (évitement de toutes les expériences internes et non seulement les cognitions) résulte d'un désir d'éviter les expériences internes désagréables (Hayes et al., 1996). Chez les personnes atteintes du TAG, ce construit représenterait une tentative inadaptée de réduire les inquiétudes (Roemer & Orsillo, 2002). L'évitement expérientiel se manifesterait par plusieurs comportements tels que la distraction,

la suractivité, la recherche de réassurance, les compulsions, les vérifications, le déni ou la dissociation. En souhaitant contrôler ou limiter le contact avec les expériences internes, une forme de rigidité psychologique peut se développer. La rigidité psychologique consiste donc essentiellement à guider nos actions selon les expériences internes et à pratiquer l'évitement expérientiel plutôt qu'à œuvrer dans le sens de nos valeurs (Bond et al., 2011). En somme, l'un des objectifs principaux du modèle d'acceptation est de mettre en lumière l'importance de la rigidité psychologique.

Figure 5

Le modèle de Roemer et Orsillo, version anglophone (Roemer & Orsillo, 2002)



Flexibilité psychologique. La rigidité psychologique est une tendance à vouloir à tout prix éviter, contrôler, minimiser ou fusionner avec les expériences internes; quitte à réduire des activités essentielles au bien-être (Wells, 2011; Wenzlaff & Wegner, 2000). Une personne souffrant d'anxiété pourrait fusionner avec son expérience interne en pensant, par exemple que « l'anxiété ne s'arrêtera jamais ». La rigidité psychologique pourrait donc aussi être associée à des croyances fondamentales inadaptées concernant les expériences internes. Au contraire, la flexibilité psychologique désigne essentiellement la capacité d'être pleinement en

contact avec les expériences internes, sans résistance ou évitement. Il s'agit d'être entièrement dans le moment présent sans résistance. Cette flexibilité serait essentielle pour que les individus soient en mesure de choisir ses comportements de façon efficace (Hayes et al., 2006). La flexibilité psychologique comprend également la capacité à maintenir ou changer le cours d'un comportement, et ce, même en présence d'expériences internes désagréables (p. ex. inquiétudes) afin de se rapprocher de ses valeurs personnelles et de ses objectifs de vie (Hayes et al., 2012). Ainsi, l'évitement expérientiel serait lié de près à la rigidité psychologique, alors que l'acceptation serait associée à la flexibilité psychologique.

Le modèle de l'acceptation est innovateur en ce sens qu'il intègre de nouveaux concepts dans la conceptualisation du TAG. Il reste que, comme le modèle de la dérégulation émotionnelle, le modèle d'acceptation est non spécifique au TAG (Behar et al., 2009). En effet, la rigidité psychologique est associée à une moins bonne santé mentale générale (Bond et al., 2011; Masuda & Tully, 2012) et à plusieurs formes de psychopathologie (Ruiz, 2010). Il existe, à ce jour, très peu d'études concernant spécifiquement le lien entre la rigidité psychologique et le TAG. Pour l'instant, les données indiquent que la rigidité psychologique est associée aux symptômes du TAG au même titre qu'elle l'est à plusieurs autres problèmes de santé mentale (Masuda et al., 2014; Masuda & Tully, 2012; Tavakoli et al., 2019). Il n'en demeure pas moins que la rigidité psychologique pourrait être un facteur de vulnérabilité important pour le TAG, même si celle-ci ne lui est pas spécifique (Lee & Orsillo, 2014; Tavakoli et al., 2019).

Synthèse des modèles du TAG

Le développement de ces modèles a mené à d'importants progrès quant à la compréhension de l'étiologie du TAG. L'une des plus grandes avancées est sans doute la reconnaissance du rôle de l'intolérance à l'incertitude dans le développement et le maintien du TAG. De tous les facteurs de vulnérabilité du TAG discutés précédemment, l'intolérance à l'incertitude bénéficie du plus grand appui empirique (pour une synthèse, voir Robichaud et

al., 2019). En effet, de nombreuses études supportent la présence d'une forte relation entre l'intolérance à l'incertitude et l'inquiétude dans le TAG (p. ex. Dugas et al., 2007; Freeston et al., 1994). Les données indiquent aussi que cette relation est indépendante de diverses autres variables associées (Buhr & Dugas, 2006; Dugas et al., 1997). Enfin, les résultats d'études révèlent que les changements de l'intolérance à l'incertitude précèdent et prédisent ceux de l'inquiétude dans un contexte expérimental (Ladouceur, Gosselin, et al., 2000) et longitudinal (Dugas et al., 2012). Ainsi, plusieurs lignes de recherche convergent vers l'idée que l'intolérance à l'incertitude est un prédicteur puissant du TAG.

Une autre avancée importante, provenant du modèle de l'acceptation, concerne le rôle de la rigidité psychologique dans le TAG. Au premier abord, la rigidité psychologique est surtout reconnue comme étant un facteur de vulnérabilité transdiagnostique (Dionne et al., 2013; Hayes et al., 1996; Levin et al., 2014). De ce fait, la rigidité psychologique serait un facteur de risque pour plusieurs troubles mentaux. Il n'en demeure pas moins qu'il existe un soutien empirique non négligeable concernant la relation entre la rigidité psychologique et les symptômes du TAG (Lee & Orsillo, 2014; Ruiz, 2014; Tavakoli et al., 2019). Plusieurs auteurs ont déjà noté l'importance de ne pas confondre les notions de spécificité et de causalité (p. ex. Garber & Hollon, 1991; Ladouceur et al., 1999). Tel que mentionné par ceux-ci, la non-spécificité n'implique pas nécessairement la non-causalité. Ainsi, malgré la nature transdiagnostique de la rigidité psychologique, celle-ci pourrait néanmoins être un facteur de vulnérabilité important pour le TAG.

La combinaison de l'intolérance à l'incertitude et de la rigidité psychologique pourrait donc permettre une meilleure compréhension du développement et du maintien de la tendance générale à s'inquiéter chez les personnes atteintes du TAG. Ainsi, une personne qui présenterait un haut niveau d'intolérance à l'incertitude et un haut niveau de rigidité psychologique pourrait être plus à risque de développer des symptômes du TAG comparé à

une personne qui présenterait uniquement l'un de ces facteurs de vulnérabilité ou aucun. Par contre, puisque ces facteurs de vulnérabilité ne sont pas liés à des sujets spécifiques, ils ne peuvent pas nous renseigner sur l'étiologie des thèmes d'inquiétudes particuliers. À ce jour, il y a très peu de connaissances sur le développement et le maintien de thèmes d'inquiétudes spécifiques. Ainsi, il pourrait être judicieux d'explorer le lien entre des facteurs de vulnérabilité qui sont associés à des sujets spécifiques de préoccupation. L'identification des facteurs de vulnérabilité associés au développement de thèmes d'inquiétudes spécifiques pourrait permettre d'augmenter l'efficacité du traitement pour le TAG. Pour ces raisons, la dramatisation face à la douleur sera étudiée comme un facteur potentiel de vulnérabilité au développement d'un thème d'inquiétude spécifique, à savoir, la santé personnelle.

Dramatisation face à la douleur

En raison du manque de recherche sur les thèmes d'inquiétudes et de la forte prévalence des inquiétudes envers la santé, nous souhaitons explorer la dramatisation envers la douleur en tant que possible facteur de vulnérabilité aux inquiétudes envers la santé. Dans le but d'étudier le rôle de la dramatisation face à la douleur, il est tout d'abord nécessaire de s'attarder à sa conceptualisation. La définition de la dramatisation face à la douleur a grandement évolué avec le temps. Dans un premier temps, Aaron Beck a conceptualisé la dramatisation face à la douleur comme étant une forme de « distorsion cognitive » qui contribue au développement ou à l'exacerbation des symptômes de la dépression (Beck., 1979). À la même époque, Spanos et al. (1979) ont avancé l'idée que la dramatisation face à la douleur peut être définie comme étant une tendance à se centrer sur la douleur de façon excessive. Plus tard, ce concept a été lié plus directement au domaine de la douleur et a été associé à des syndromes tels que l'hypocondrie. En 1987, Chaves et Brown ont suggéré que la dramatisation face à la douleur peut être comprise comme étant une tendance à amplifier la valeur de menace ou la gravité des sensations de douleur. Sullivan et ses collaborateurs (1995) ont ensuite proposé que la dramatisation face à la douleur serait un ensemble mental

négatif exagéré mis en œuvre lors d'une expérience de douleur réelle ou anticipée. Alors que cette définition a souvent été citée dans la littérature scientifique, elle a fréquemment été critiquée. Par exemple, Flink et ses collègues (2013) notent que cette définition ne permet pas d'expliquer pourquoi certaines personnes maintiennent une tendance à dramatiser la douleur, et ce, malgré les conséquences négatives qui se développent à long terme, comme l'augmentation de la sensation de douleur et des difficultés fonctionnelles. En lien avec cette idée, Turner et Aaron (2001) avancent qu'il est important de considérer d'autres facteurs qui permettraient d'expliquer davantage comment les individus en viennent à développer et à maintenir une tendance à dramatiser l'expérience de douleur.

Eccleston et Crombez (2007) ont apporté l'idée que la dramatisation face à la douleur serait un mécanisme d'adaptation ayant pour but ultime de soulager la douleur. Selon ces auteurs, l'individu qui dramatiser la douleur chercherait à éviter l'expérience de la douleur sur le plan cognitif, émotionnel et comportemental (voir aussi Asmundson et al., 2004). Par conséquent, lorsque le soulagement de la douleur n'est pas obtenu, les pensées négatives au sujet de la douleur persistent. Cette charge mentale réduirait la possibilité d'investir de l'énergie vers d'autres objectifs plus adaptés, tels que la recherche d'un mode de vie satisfaisant malgré la douleur. En d'autres mots, les tentatives d'éviter la douleur auraient ultimement comme effet de maintenir et même d'intensifier les pensées négatives sur le long terme. Pour leur part, Sullivan, Thorn, et al. (2001) ont soulevé la possibilité que la dramatisation face à la douleur pourrait représenter une stratégie de communication interpersonnelle afin d'obtenir le soutien de l'entourage (voir aussi Thorn et al., 2003). Si un certain nombre d'études appuient le lien entre la dramatisation face à la douleur et les caractéristiques de l'environnement social (p. ex. Giardino et al., 2003; Lackner & Gurtman, 2004; Sullivan et al., 2004), cette conceptualisation est aussi largement critiquée. Par exemple, cette conceptualisation a une portée plutôt étroite étant donné qu'elle se concentre

uniquement sur les conséquences de la dramatisation face à la douleur (Severeijns et al., 2004). De plus, cette conceptualisation n'est supportée que partiellement par les études réalisées auprès d'adultes et d'enfants (Buenaer et al., 2005; Cano, 2004; Lackner & Gurtman, 2004; McCracken, 2005). Bien qu'il existe plusieurs définitions, la majorité de celles-ci se rejoignent pour conceptualiser la dramatisation face à la douleur comme une tendance à amplifier la dangerosité de la douleur et à se sentir impuissant face à celle-ci (Eccleston et Crombez, 2007; Sullivan et al., 2001).

Il est bien soutenu dans la littérature que la dramatisation face à la douleur est associée aux pensées négatives répétitives sur la maladie et la douleur (Petrini & Arendt-Nielsen, 2020; Quartana et al., 2009; Sullivan et al., 2001). De plus, l'étude clinique de Lackner et Quigley (2005) a permis de démontrer que la dramatisation face à la douleur contribue au lien entre les inquiétudes et l'expérience de la douleur. Ainsi, les personnes qui s'inquiètent de façon excessive et qui dramatisent l'expérience de douleur auraient tendance à souffrir davantage de la douleur. En sachant que la maladie et la douleur vont souvent de pair, nous avons choisi d'examiner le lien potentiel entre la dramatisation face à la douleur et les inquiétudes envers la santé dans le TAG. Plus précisément, il s'agit d'évaluer si la dramatisation face à la douleur fait une contribution unique, au-delà de facteurs de vulnérabilités non-spécifiques du TAG, aux inquiétudes sur la santé.

Objectifs et hypothèses

La présente étude a pour objectif d'explorer la relation entre les symptômes du trouble d'anxiété généralisée (TAG) et la dramatisation face à la douleur. À cette fin, l'impact de la dramatisation face à la douleur sera étudié au sein d'une clientèle souffrant du TAG où l'inquiétude excessive représente le critère diagnostique prédominant. Quatre hypothèses ont été formulées dans ce contexte. Hypothèse 1 : la dramatisation face à la douleur sera significativement et positivement corrélée avec la sévérité des symptômes du TAG. Hypothèse 2 : la relation entre la dramatisation face à la douleur et la sévérité des symptômes

du TAG sera indépendante de leurs relations respectives avec l'intolérance à l'incertitude et la rigidité psychologique. Hypothèse 3 : le niveau de dramatisation face à la douleur sera plus élevé chez les participants rapportant des inquiétudes au sujet de leur santé que chez ceux ne rapportant pas de telles inquiétudes. Hypothèse 4 : indépendamment du niveau de sévérité du TAG, le niveau de dramatisation face à la douleur sera plus élevé chez les participants rapportant des inquiétudes au sujet de leur santé que chez ceux ne rapportant pas de telles inquiétudes.

Chapitre II

Méthodologie

Devis de recherche

Le type de devis pour l'étude proposée est corrélationnel. Les participants ont complété les questionnaires de l'étude à un seul moment, c'est-à-dire à la suite d'une évaluation diagnostique initiale (avant l'attente ou le traitement, selon la condition). Ce devis permet d'explorer la relation entre la dramatisation face à la douleur et la sévérité des symptômes du TAG.

Participants

L'échantillon ($N = 60$) de l'étude est composé d'adultes francophones souffrant du TAG. Le recrutement des participants s'est effectué par l'entremise d'affiches qui ont été placées à l'Université du Québec en Outaouais et à l'Université d'Ottawa. Il y a également eu un recrutement auprès d'un Groupe de Médecine Familiale (GMF) et du Centre Intégré de Santé et de Services Sociaux (CISSS) de l'Outaouais. Les données démographiques et cliniques des participants sont colligées dans le Tableau 1.

Tableau 1

Données Démographiques et Cliniques (N = 60)

Caractéristiques démographiques et cliniques	<i>n</i>	%	<i>M</i>	<i>E.-T.</i>
Sexe				
Homme	9	15		
Femme	51	85		
Age			34.60	12.47
Ethnicité				

Afro-canadien/	3	5		
Afro-caribéens/Noirs				
Latino/Hispanique	1	1.7		
Caucasien	52	86.7		
Asiatique	1	1.7		
Multi-ethnique	1	1.7		
Scolarité				
Études secondaires	8	13.3		
Cégep/Collège	16	26.7		
Certificat	3	5		
BAC	20	33.3		
MA ou PhD	13	21.7		
Nombre de comorbidités				
0	20	33.3		
1	25	41.7		
2	9	15		
3	6	10		
Caractéristiques cliniques				
ÉDD			25.4	11.4
QIA			42.6	6.9
ÉII			82.4	17.6

QAA-2	35.8	9.2
IAB	24.7	10.7
IBD-II	21.2	8.8

Note. Échelle de Dramatisation face à la Douleur (ÉDD) ; Questionnaire sur l’Inquiétude et l’Anxiété (QIA) ; Échelle d’Intolérance à l’Incertitude (ÉII) ; Questionnaire d’Acceptation et d’Action, 2^e édition (QAA-2) ; IAB = Inventaire d’Anxiété de Beck ; Inventaire de Dépression de Beck, 2^e édition (IDB-II).

Critères d’inclusion

Les participants ont été acceptés dans l’étude selon les critères d’inclusion qui suivent. Premièrement, ils devaient être âgés d’au moins 18 ans. Deuxièmement, ils devaient avoir reçu un diagnostic principal de TAG lors de l’évaluation diagnostique. En tenant compte que la comorbidité est courante parmi les troubles anxieux, les participants pouvaient avoir d’autres conditions tant que celles-ci n’étaient pas plus sévères que le TAG. L’Entrevue Structurée pour les Troubles Anxieux ([voir description](#)) a été utilisée pour évaluer la présence et la sévérité de tous les troubles identifiés dans cette étude.

Critères d’exclusion

Les participants étaient exclus s’ils présentaient une ou plus des caractéristiques suivantes. Tout d’abord, ils n’étaient pas acceptés s’il y avait un changement pour le type ou la dose de médication pris dans les 4 (pour les benzodiazépines) ou 12 semaines (pour les antidépresseurs et les hypnotiques) avant l’étude. Les participants présentant des idées suicidaires étaient également exclus. Ensuite, ils étaient rejetés de l’étude s’il y avait présence d’un trouble de consommation, de schizophrénie (présente ou passée), d’un trouble bipolaire ou d’un trouble neurologique. Les personnes ne devaient pas participer de façon parallèle à d’autres études ou recevoir des services psychologiques. Finalement, ils ne devaient pas présenter des symptômes d’anxiété liés à une condition médicale, telle que l’hyperthyroïdie. Lorsque les personnes étaient exclues, elles étaient référées vers un service approprié à leurs

besoins. Une liste de ressources psychologiques dans la région de l'Outaouais, au niveau du secteur public et privé, leur était notamment fournie.

Procédure

Cette étude s'inscrit dans une étude de traitement plus vaste où l'objectif consiste à mesurer les effets d'un traitement cognitivo-comportemental sur la sévérité des symptômes du TAG. À la suite de l'obtention du consentement verbal, la première étape de l'étude était l'administration d'une entrevue de dépistage téléphonique (Dugas & Ladouceur, 2000). Celle-ci comportait une première section d'une durée de 5 minutes où l'objectif principal était de vérifier, de façon préliminaire, si les personnes rencontraient clairement un critère d'exclusion. Si ce n'était pas le cas, l'entrevue d'une durée d'environ 25 minutes pouvait se poursuivre afin d'évaluer brièvement les critères diagnostiques du TAG ainsi que ceux d'autres pathologies. Les personnes qui ne rencontraient aucun des critères d'exclusion évalués à l'entrevue étaient par la suite invitées à se rendre à la Clinique de Services Psychologiques de l'Université du Québec en Outaouais (CSPUQO). À ce moment, elles signaient le formulaire de consentement (voir Annexe A) et étaient évaluées par une étudiante graduée à l'aide de l'*Entrevue Structurée pour les Troubles Anxieux, version DSM-IV* (ESTA-IV) d'une durée d'environ une heure et demie. À la suite de l'entrevue, une réunion de l'équipe de recherche avait lieu pour discuter de l'évaluation et déterminer si les personnes évaluées rencontraient toutes les conditions d'inclusion de l'étude. Si tel était le cas, elles étaient alors assignées aléatoirement à la condition Liste d'attente ou à la condition Traitement. Les participants revenaient par la suite à la CSPUQO pour compléter les questionnaires dont les données sont utilisées pour la présente étude.

La présente étude a obtenu l'approbation du comité d'éthique de l'Université du Québec en Outaouais (voir Annexe B) à partir du 11 février 2019 afin d'utiliser les données secondaires de l'étude de traitement plus vaste. L'approbation du Comité d'éthique a par la suite été renouvelée chaque année durant toute la période de la présente étude.

Instruments de mesure

Les données utilisées dans le cadre de ce projet proviennent des questionnaires complétés au prétraitement (pour les participants randomisés à la condition Traitement) et à la pré-attente (pour les participants randomisés à la condition Attente). La présente étude inclut cinq instruments de mesure, dans leurs versions françaises, qui fournissent des informations pertinentes pour tester les hypothèses de l'étude.

Entrevue de dépistage téléphonique

L'entrevue téléphonique adoptée pour cette étude a été développée dans le cadre d'une étude antérieure (Ladouceur, Dugas, et al., 2000). L'entrevue est principalement utilisée pour identifier les individus qui ne rencontrent pas les critères diagnostiques du TAG. Les premières questions de l'entrevue ont pour objectif de vérifier s'il est pertinent de continuer l'entrevue téléphonique. Ces questions portent notamment sur les conditions d'exclusion. L'entrevue sert ensuite à évaluer sommairement les critères diagnostiques du TAG, de la dépression, du jeu pathologique et de la psychose. L'idéation suicidaire est également évaluée. À la fin de l'entrevue, les individus qui présentent des symptômes du TAG reçoivent des informations concernant l'étude de traitement alors que les autres sont dirigés vers d'autres services qui pourraient mieux répondre à leurs besoins.

Entrevue diagnostique

Entrevue Structurée pour les Troubles Anxieux, version DSM-IV (ESTA-IV).

L'ESTA-IV (Di Nardo et al., 1994; traduction française de Marchand & Boivin, 1997; Annexe C) évalue en profondeur les troubles anxieux et évalue rapidement d'autres troubles (c.-à-d. les troubles de l'humeur, les troubles somatoformes, les troubles psychotiques et les problèmes médicaux). Les critères pour l'évaluation du TAG sont demeurés les mêmes que dans cette version de l'ESTA. L'entrevue semi-structurée est utilisée pour détecter la présence de troubles de l'Axe I tels que définis par le DSM-IV. L'ESTA-IV permet au clinicien de non seulement évaluer les critères diagnostiques, mais aussi d'évaluer la sévérité des troubles

identifiés à l'aide de l'Échelle de Sévérité du Clinicien (ÉSC). Les participants doivent obtenir au moins un « 4 » sur la cote de sévérité clinique de « 0 à 8 » pour atteindre le seuil cliniquement significatif. L'entrevue comporte aussi des questions ouvertes, ce qui permet d'aborder les problèmes propres au participant. Dans la section portant sur le TAG, l'un des items permet à l'évaluateur de mesurer le niveau de sévérité des inquiétudes sur une échelle de Likert à 9 points (0 = *pas du tout* à 8 = *extrêmement*) de différents thèmes d'inquiétudes (c.-à-d. sujets mineurs, travail/étude, famille, situation financière, relations sociales/interpersonnelles, santé personnelle, santé des proches, situation dans la société/le monde et autres) selon la fréquence, l'excès et les difficultés de contrôle. Cet outil fait preuve d'une bonne fiabilité inter-juges pour évaluer l'inquiétude dans le TAG ($r = .73$), les symptômes somatiques du TAG ($r = .83$) et la sévérité du TAG ($r = .72$; Brown et al., 2001).

Questionnaires auto-rapportés

Échelle de Dramatisation face à la Douleur (ÉDD). L'ÉDD (Sullivan et al., 1995; voir Annexe D) mesure les pensées et les émotions associées à l'expérience de douleur à l'aide de 13 items composés de trois sous-échelles : Ruminantion (p. ex. « je ne peux m'empêcher d'y penser »), Amplification (p. ex. « j'ai peur que la douleur s'empire ») et Impuissance (p. ex. « je pense que je ne peux pas continuer »). La cotation se fait sur une échelle de type Likert sur cinq points (0 = *pas du tout* à 4 = *tout le temps*). Ainsi, plus le score est élevé, plus la personne aurait tendance à dramatiser son expérience de douleur. Fait à noter, les trois sous-échelles rejoignent les éléments communs des différentes définitions de la dramatisation de la douleur. La version française (French et al., 2005) a été traduite selon la méthode proposée par Vallerand (1989). Des propriétés psychométriques équivalentes à la version anglaise ont été rapportées. La cohérence interne est bonne ($\alpha = .87$), tout comme la fidélité test-retest (six semaines, $r = .77$). Pour évaluer la validité discriminante des sous-échelles, Smeets et ses collègues (2006) ont administré l'ÉDD à 425 étudiants de premier cycle. Les résultats ont démontré que les trois sous-échelles étaient mutuellement corrélées de

façon modérée. Le chevauchement entre les sous-échelles de l'ÉDD contribue ainsi à des questionnements quant à la validité discriminante des sous-échelles. Pour cette raison, la distinction entre les trois sous-échelles de l'ÉDD n'a pas été retenue dans la présente étude. La cohérence interne de cet instrument pour notre échantillon est excellente ($\alpha = .94$).

Questionnaire sur les Inquiétudes et l'Anxiété (QIA). Le QIA (Dugas, Freeston, et al., 2001; voir Annexe E) mesure la présence et l'intensité des symptômes du TAG, telles qu'elles sont décrites dans le DSM-IV (APA, 1994) et le DSM-5 (APA, 2013). L'instrument contient un total de 11 items, dont six items évaluant les symptômes somatiques, trois items qui mesurent les symptômes cognitifs, un item évaluant le degré d'interférence et un item permettant au participant de rapporter ses thèmes d'inquiétudes. Tous les items, à l'exception de celui sur les thèmes d'inquiétudes, sont évalués selon une échelle de type Likert à neuf points (0 à 8). Un score élevé correspond à une sévérité élevée des symptômes du TAG. Les résultats démontrent une excellente cohérence interne ($\alpha = .89$) et une bonne fidélité test-retest (neuf semaines, $r = .75$; Dugas, Freeston, et al., 2001). La cohérence interne de cet instrument pour notre échantillon est acceptable ($\alpha = .79$).

Dans le but de procéder aux analyses relatives à la troisième hypothèse, les participants ont été séparés en deux groupes à partir de l'item 1 du QIA où les participants ont rapporté librement jusqu'à six thèmes d'inquiétudes. Ainsi, le premier groupe a été composé des participants qui présentaient des inquiétudes au sujet de leur santé personnelle, parmi tous les thèmes rapportés (Groupe Santé, GS, $n = 29$). Plus précisément, les participants qui ont été inclus dans le GS ont rapporté un des thèmes d'inquiétudes suivants : santé, ma santé, mon état de santé, santé personnelle et maladies. Puis, le deuxième groupe a été composé des participants qui ne rapportaient pas d'inquiétudes au sujet de leur santé (Groupe Autre, GA, $n = 31$).

Échelle d'Intolérance à l'Incertitude (ÉII). L'ÉII (Freston et al., 1994; voir Annexe F) est un questionnaire qui évalue les croyances négatives concernant l'incertitude et ses conséquences. Le questionnaire est constitué de 27 items mesurant la perception que l'incertitude est injuste et qu'elle est associée à des conséquences négatives. Des exemples des items de l'ÉII sont « les imprévus me dérangent énormément » et « l'incertitude m'empêche de profiter pleinement de la vie ». L'ÉII fait preuve d'une excellente cohérence interne ($\alpha = .91$; Freston et al., 1994) et d'une bonne fiabilité test-retest de cinq semaines, $r = .78$; Dugas et al., 1997). La cohérence interne de cet instrument pour notre échantillon est excellente ($\alpha = .91$).

Questionnaire d'Acceptation et d'Action, deuxième édition (QAA-2). Le QAA-2 (Bond et al., 2011; voir Annexe G) mesure le niveau de rigidité psychologique. Plus le score est bas, plus le niveau de rigidité psychologique est élevé. Il s'agit d'un instrument de 10 items cotés sur une échelle de Likert à huit points (0 = *jamais vrai* à 7 = *toujours vrai*). Un exemple d'item est le suivant : « les émotions sont une source de problèmes dans la vie ». Les scores de sept items sont inversés. La version anglaise démontre une bonne cohérence interne ($\alpha = .84$) et une bonne fidélité test-retest (trois mois, $r = .80$). Les analyses factorielles du QAA-2 ont mis en évidence une solution à un facteur, indiquant ainsi l'évaluation d'un seul et même construit. La présente étude utilise la version française du questionnaire (Monestès et al., 2009) qui fait preuve d'une bonne cohérence interne ($\alpha = .83$) et d'une bonne fidélité test-retest ($r = .80$). La cohérence interne de cet instrument pour notre échantillon est bonne ($\alpha = .81$).

Inventaire d'Anxiété de Beck (IAB). L'IAB (Beck. et al., 1988; voir Annexe H) est un instrument de 21 items qui mesure la sévérité des symptômes d'anxiété. Ce questionnaire est utilisé uniquement dans le but de décrire l'échantillon. Les répondants rapportent le niveau de leurs symptômes d'anxiété en se référant à l'intensité à laquelle leurs symptômes les ont

affectés au cours de la semaine précédente. Les items sont évalués à l'aide d'une échelle de Likert à quatre points (0 = *pas du tout* à 3 = *beaucoup*). Les items permettent ainsi d'évaluer, entre autres, la nervosité, les tremblements et le rougissement. L'IAB démontre une excellente cohérence interne ($\alpha = .92$) et une bonne fiabilité test-retest (une semaine, $r = .75$; Beck et al., 1988). La cohérence interne de cet instrument pour notre échantillon est bonne ($\alpha = .87$).

Inventaire de Dépression de Beck, deuxième édition (IDB-II). L'IDB-II (Beck. et al., 1996; voir Annexe I) mesure la présence et la sévérité de 21 symptômes dépressifs, basés sur les critères diagnostiques du DSM-IV. Ce questionnaire est également utilisé pour décrire l'échantillon de la présente étude. Les items sont présentés sous forme de quatre énoncés (0 à 3) où les répondants choisissent l'énoncé qui décrit le mieux comment ils se sont sentis durant les deux dernières semaines. Le score maximum est de 63. Par exemple, l'un des items offre le choix suivant : 0 = « Je ne suis pas déçu par moi-même », 1 = « Je suis déçu par moi-même », 2 = « Je me dégoûte moi-même » ou 3 = « Je me hais ». L'IDB-II démontre une excellente cohérence interne ($\alpha = .91$) et une excellente fidélité test-retest (une semaine, $r = .93$). Alsaleh et Lebreuilly (2017) ont validé la traduction française de la version courte de l'inventaire de dépression de Beck (IDB-FS-Fr), comparable à l'IDB-II, qui présente une très bonne cohérence interne ($\alpha = .74$) et fidélité test-retest (12 jours, $r = .82$). La cohérence interne de cet instrument pour notre échantillon est bonne ($\alpha = .84$).

Analyses prévues

La première hypothèse (la dramatisation face à la douleur sera significativement et positivement corrélée avec la sévérité des symptômes du TAG) sera éprouvée par une corrélation de Pearson entre le score total à l'ÉDD et le score total au QIA. La deuxième hypothèse (la relation entre la dramatisation face à la douleur et la sévérité des symptômes du TAG sera indépendante de leurs relations respectives avec l'intolérance à l'incertitude et la rigidité psychologique) sera testée par une régression hiérarchique linéaire ayant comme

variable prédite le score au QIA. À la première étape, les variables prédictrices de la régression seront l'ÉII et le QAA-2. L'ÉDD sera ajoutée à la deuxième étape. La troisième hypothèse (le niveau de dramatisation face à la douleur sera plus élevé chez les participants rapportant des inquiétudes au sujet de leur santé que chez ceux ne rapportant pas de telles inquiétudes) sera vérifiée par une analyse de variance simple (ANOVA). Cette analyse permettra de vérifier s'il existe une différence significative dans le score de l'ÉDD entre le groupe rapportant des inquiétudes pour leur santé (Groupe Santé; GS) et le groupe ne rapportant pas d'inquiétudes pour leur santé (Groupe Autre; GA). Enfin, la quatrième hypothèse (indépendamment du niveau de sévérité du TAG, le niveau de dramatisation face à la douleur sera plus élevé chez les participants rapportant des inquiétudes au sujet de leur santé que chez ceux ne rapportant pas de telles inquiétudes) sera testée par une analyse de variance avec covariable (ANCOVA). Cette analyse permettra ainsi de déterminer s'il y a une différence entre les groupes (Groupe Santé VS Groupe Autre) au niveau de la dramatisation face à la douleur (ÉDD) tout en contrôlant pour la sévérité du TAG (QIA) dans les deux groupes.

Analyse de puissance

Une analyse de puissance basée sur la méthode proposée par Cohen (1994) a été effectuée pour déterminer le nombre de participants nécessaire afin d'obtenir suffisamment de puissance statistique pour tester les hypothèses. Plus précisément, l'analyse de puissance a été calculée pour valider le nombre de participants (N) nécessaire pour la régression hiérarchique (deuxième hypothèse de l'étude), qui est la plus exigeante en termes du N requis. En prévoyant une taille d'effet moyenne, un N de 67 serait requis tandis qu'en prévoyant une grande taille d'effet, un N de 31 serait suffisant. En tenant compte de ces résultats et du fait que cette étude utilise les données secondaires d'une plus grande étude dont le recrutement est terminé, le N de 60 proposé nous semble acceptable.

Chapitre III

Résultats

Vérification des postulats statistiques

Avant tout, des analyses préliminaires ont été conduites afin de s'assurer de la conformité des données aux postulats statistiques. Parmi les variables d'intérêt, les variables continues étaient la sévérité des symptômes du TAG (QIA), la dramatisation face à la douleur (ÉDD), l'intolérance à l'incertitude (ÉII) et la rigidité psychologique (QAA-2). Les postulats ont été vérifiés séparément pour ces variables.

Dans un premier temps, pour les analyses de corrélation de Pearson et de régression linéaire hiérarchique, nous avons vérifié les postulats de normalité, de linéarité et d'homoscédasticité pour toutes les variables continues (QIA, ÉDD, ÉII et QAA-2). Afin de détecter la présence de scores extrêmes univariés, nous avons généré les scores Z pour chacune des 4 variables. Nous avons ensuite vérifié s'il y avait présence de scores Z supérieurs à ± 3.29 ($p < .001$) et aucun participant ne présentait un score supérieur à cette valeur. Nous n'avons donc éliminé aucune donnée de l'étude. Par la suite, les statistiques descriptives et l'observation d'un diagramme en boîte ont permis de vérifier que les données respectaient les barèmes attendus. En effet, la distribution des données respectait le postulat de normalité univarié étant donné que les valeurs d'asymétrie et de kurtose se situaient entre - 1.00 et 1.00. L'observation d'un diagramme de dispersion bivariée a par la suite permis de vérifier le respect du postulat de linéarité et d'homoscédasticité.

Dans un deuxième temps, pour ce qui est de l'ANOVA, nous avons examiné les postulats de normalité et d'homogénéité des variances. Plus précisément, le postulat d'homogénéité de l'ÉDD a été vérifié pour chacun des groupes (GS et GA). Ensuite, les résultats du test de Levene ont permis d'appuyer le postulat d'homogénéité des variances.

Dans un troisième temps, nous avons vérifié les postulats pour l'exécution d'une ANCOVA. Les postulats ont été générés pour chacun des groupes (GS et GA). Ainsi, nous

avons vérifié le postulat de normalité pour la variable dépendante (ÉDD) et la covariable (QIA). Ensuite, les résultats du test de Levene ont appuyé le respect du postulat d'homogénéité des variances de la covariable (QIA). Puis, le postulat concernant l'homogénéité des pentes de régression s'est avéré respecté. Enfin, l'inspection visuelle a permis d'appuyer le respect du postulat d'homoscédasticité. Les analyses préliminaires ont donc révélé que les postulats de base pour chacune des analyses étaient respectés.

Analyses principales

La présente section fait un rappel des hypothèses de l'étude et rapporte les résultats des analyses principales qui y sont associées. Nous avons eu recours au logiciel informatique d'analyse statistique IBM SPSS Statistics 26 afin d'analyser les données recueillies auprès des participants. La première hypothèse stipule que la dramatisation face à la douleur sera significativement et positivement corrélée avec la sévérité des symptômes du TAG.

L'hypothèse a été testée par une analyse de corrélation de Pearson entre l'*Échelle de Dramatisation Face à la Douleur* (ÉDD) et le *Questionnaire sur les Inquiétudes et l'Anxiété* (QIA). Les résultats appuient la première hypothèse, à savoir qu'il y a une relation positive et significative ($r = .41, p < .001$) entre l'ÉDD et le QIA. Selon les balises de Cohen (1994), la corrélation est modérée. Ainsi, plus le niveau de dramatisation face à la douleur était élevé, plus la sévérité des symptômes du TAG était élevée. Le Tableau 2 présente une matrice des corrélations de toutes les variables de l'étude.

Tableau 2

Corrélations entre les Variables de l'Étude

	ÉDD	QIA	ÉII	QAA-2	IAB	IDB-II
ÉDD	-					
QIA	.41**	-				
ÉII	.20	.50**	-			

QAA-2	-.45**	-.45**	-.52**	-		
IAB	.28*	.56*	.55*	-.62	-	
IDB-II	.28*	.35**	.43**	-.53**	.60**	-

Note. Échelle de Dramatisation face à la Douleur (ÉDD) ; Questionnaire sur l'Inquiétude et l'Anxiété (QIA) ; Échelle d'Intolérance à l'Incertitude (ÉII) ; Questionnaire d'Acceptation et d'Action, 2^e édition (QAA-2) ; Inventaire d'Anxiété de Beck (IAB) ; Inventaire de Dépression de Beck, 2^e édition (IDB-II).

* $p < .05$. ** $p < .01$

La deuxième hypothèse soutient que la relation entre la dramatisation face à la douleur et la sévérité des symptômes du TAG sera indépendante de leurs relations respectives avec l'intolérance à l'incertitude et la rigidité psychologique. Afin d'examiner le lien unique entre la dramatisation face à la douleur (ÉDD) et les symptômes du TAG (QIA), une analyse de régression linéaire hiérarchique a été effectuée. La variable prédite pour la régression était le QIA. À l'étape 1, les variables prédictives étaient l'*Échelle d'Intolérance à l'Incertitude* (ÉII) et le *Questionnaire d'Acceptation et d'Action* (QAA-2). À la première étape, l'ÉII et le QAA-2 expliquaient 30% de la variance dans la sévérité des symptômes du TAG ($F = 12.37, p < .001$). Chacun des prédicteurs (ÉII et QAA-2) faisait une contribution unique et significative à la prédiction du QIA. À l'étape 2, l'*Échelle de Dramatisation Face à la Douleur* (ÉDD) a été ajoutée. À la deuxième étape, l'ajout de l'ÉDD augmentait de façon significative la variance expliquée de 6% ($F = 5.12, p = .027$). Telles qu'illustrées dans le Tableau 3, l'ÉDD et l'ÉII faisaient une contribution unique significative à la prédiction du QIA dans le modèle final. Toutefois, le QAA-2 ne faisait plus de contribution unique significative au score du QIA. Les résultats appuient donc la deuxième hypothèse. Ce résultat indique que plus les gens sont susceptibles de dramatiser la douleur, plus ils sont susceptibles d'avoir des symptômes sévères du TAG, et ce, indépendamment de leurs niveaux d'intolérance à l'incertitude et de

rigidité psychologique. Notons que, dans ce contexte, l'expression « contribution indépendante » réfère à l'explication d'une part de la variance de la variable prédite qui n'est pas partagée avec les autres variables prédictives.

Tableau 3

Régression Hiérarchique Linéaire des Variables qui Prédissent les Scores au QIA

Prédicteurs	ΔR^2	β	t	p
Étape 1	.30**			
ÉII		.36	2.81	.01
QAA-2		-.27	-2.06	.04
Étape 2	.06*			
ÉII		.38	3.01	.01
QAA-2		-.14	-.99	.32
ÉDD		.27	2.26	.03

$N = 60$

Note. Questionnaire sur l'Inquiétude et l'Anxiété (QIA) ; Échelle d'Intolérance à l'Incertitude (ÉII) ; Questionnaire d'Acceptation et d'Action, 2^e édition (QAA-2) ; Échelle de Dramatisation face à la Douleur (ÉDD).

* $p < .05$. ** $p < .01$

La troisième hypothèse stipule que le niveau de dramatisation face à la douleur sera plus élevé chez les participants rapportant des inquiétudes au sujet de leur santé que chez ceux ne rapportant pas de telles inquiétudes. L'hypothèse a été mise à l'épreuve par une analyse de variance simple (ANOVA) comparant les scores à l'ÉDD dans les deux groupes (GS VS GA).

L'analyse de variance révèle qu'il y avait une différence significative entre les deux groupes [$F(1, 58) = 6.21, p = .016, \omega = .07$]. Selon les balises de Cohen (1994), l'indice de taille d'effet est grand. Le niveau de dramatisation face à la douleur des participants du Groupe Santé ($M = 29.07, E.T. = 11.36$) était significativement plus élevé que celui des participants du Groupe Autre ($M = 22.03, E.T. = 10.51$). La troisième hypothèse est ainsi corroborée. Les résultats indiquent que les gens qui rapportaient des inquiétudes au sujet de leur santé avaient un plus haut niveau de dramatisation face à la douleur. Les statistiques descriptives pour les questionnaires dans les deux groupes sont présentées dans le Tableau 4.

Tableau 4

Données Cliniques du Groupe Santé et du Groupe Autre

Variables	Groupe Santé ($n = 29$)		Groupe Autre ($n = 31$)		Total ($n = 60$)	
	<i>M</i>	<i>E.T</i>	<i>M</i>	<i>E.T</i>	<i>M</i>	<i>E.T</i>
ÉDD	29.07	11.37	22.03	10.51	25.43	11.41
ÉII	81.90	16.63	82.84	18.80	82.38	17.64
QAA-2	33.66	8.33	37.71	9.75	35.75	9.24
IAB	25.69	11.07	23.84	10.42	24.77	10.75
IBD-II	21.69	7.85	20.74	9.79	21.22	8.82

Note. Groupe Santé (GS) ; Groupe Autre (GA) ; Échelle de Dramatisation face à la Douleur (ÉDD) ; Échelle d'Intolérance à l'Incertitude (ÉII) ; Questionnaire d'Acceptation et d'Action, 2^e édition (QAA-2) ; Inventaire d'Anxiété de Beck (IAB); Inventaire de Dépression de Beck, 2^e édition (IDB-II).

La quatrième hypothèse soutient que, indépendamment du niveau de sévérité du TAG, le niveau de dramatisation face à la douleur sera plus élevé chez les participants rapportant des inquiétudes au sujet de leur santé que chez ceux ne rapportant pas de telles inquiétudes. L'hypothèse a été testée par une analyse de variance avec covariable (ANCOVA). L'objectif est d'évaluer si la différence entre les groupes (GS VS GA) sur le niveau de dramatisation face à la douleur serait maintenue en ajoutant comme covariable la sévérité du TAG (QIA). Les résultats révèlent qu'il y avait une différence significative entre le GS et le GA sur l'ÉDD après avoir contrôlé pour l'effet du QIA [$F(1, 57) = 4.62, p = .036, \eta^2$ partiel = .075]. Selon les balises de Cohen (1988), la taille d'effet est moyenne. Le score au QIA a révélé un effet significatif principal sur le score de l'ÉDD [$F(1, 57) = 9.86, p = .003$]. L'hypothèse a été confirmée. Les résultats soutiennent ainsi que la dramatisation face à la douleur est plus élevée chez les individus qui rapportent, entre autres, des inquiétudes au sujet de leur santé, et ce, indépendamment de la sévérité du TAG.

Chapitre IV

Discussion

Le présent essai doctoral avait comme objectif d'approfondir les connaissances concernant le lien entre la dramatisation face à la douleur et le trouble d'anxiété généralisée. Dans cet objectif, quatre hypothèses ont été testées : (1) le niveau de dramatisation face à la douleur serait positivement et significativement corrélé avec la sévérité des symptômes du TAG; (2) il y aurait une relation unique et significative entre la dramatisation face à la douleur et la sévérité des symptômes du TAG, c'est-à-dire au-delà de leurs relations respectives avec l'intolérance à l'incertitude et la rigidité psychologique; (3) le niveau de dramatisation face à la douleur serait plus élevé chez les participants rapportant des inquiétudes au sujet de leur santé; et (4) indépendamment du niveau de sévérité du TAG, le niveau de dramatisation face à la douleur serait plus élevé chez les participants rapportant des inquiétudes au sujet de leur santé. Les résultats ont corroboré les hypothèses de l'étude. Les résultats seront discutés en fonction des hypothèses dans l'optique de mieux comprendre l'implication de la dramatisation face à la douleur comme facteur de vulnérabilité pour le TAG. Les retombées théoriques et cliniques seront également présentées. Enfin, les forces et les limites de la présente recherche seront soulevées ainsi que les orientations de recherches futures.

Hypothèse 1

Notre première hypothèse proposait que la dramatisation face à la douleur serait significativement et positivement corrélée avec la sévérité des symptômes du TAG. Le résultat, qui va dans le sens de ce qui était attendu, indique que plus le niveau de dramatisation face à la douleur était élevé, plus les symptômes du TAG étaient sévères. La relation entre la dramatisation face à la douleur et le TAG pourrait s'expliquer, en partie, par la caractéristique principale du TAG, c'est-à-dire l'inquiétude. En effet, la relation entre la dramatisation face à la douleur et

l'inquiétude est largement soutenue par la littérature scientifique (Cohen et al., 2010; Vervoort et al., 2006; Wendland et al., 2010).

Rappelons que l'inquiétude a été définie par sa nature abstraite et sa tendance à porter sur des problèmes éventuels (Borkovec & Hu, 1990). De façon intéressante, les pensées associées à la dramatisation face à la douleur peuvent également être abstraites et orientées vers le futur (Cribb et al., 2006; Stöber, 1998). Ainsi, il existerait des similitudes importantes entre la dramatisation face à la douleur et l'inquiétude. Il demeure que ces construits sont majoritairement considérés comme étant distincts l'un de l'autre (Tran et al., 2015). En effet, les résultats des analyses de médiations multivariées de Lackner et Quigley (2005) soutiennent que même si la dramatisation face à la douleur et l'inquiétude seraient modérément corrélées, elles possèderaient leurs propres sources de variance. Les données suggèrent qu'il s'agirait de construits bien distincts puisque des personnes peuvent avoir une forte disposition à s'inquiéter sans pour autant avoir tendance à dramatiser l'expérience de douleur (et *vice-versa*). Selon les résultats de l'étude de Lefebvre et ses collaborateurs (2017), alors que l'inquiétude serait utile pour le développement de stratégies d'adaptation efficaces, elle ne conduirait pas nécessairement à une dramatisation de l'expérience de douleur. Ces données sont cohérentes avec l'idée que la dramatisation face à la douleur serait un processus largement indépendant de l'inquiétude. Il reste que le lien entre la dramatisation et l'inquiétude pourrait expliquer en partie le lien entre la dramatisation face à la douleur et le TAG. Ceci étant dit, il demeure important de se pencher sur d'autres construits (p. ex. hypervigilance) qui pourraient contribuer à expliquer la relation entre la dramatisation face à la douleur et le TAG.

Hypothèse 2

Notre deuxième hypothèse prévoyait ainsi la relation entre la dramatisation face à la douleur et la sévérité des symptômes du TAG serait indépendante de leurs relations respectives

avec l'intolérance à l'incertitude et la rigidité psychologique. Cette hypothèse s'est avérée corroborée et les résultats suggèrent plusieurs pistes intéressantes tant sur le plan clinique que sur celui de la recherche. La première relation significative notable est celle entre la dramatisation face à la douleur et l'intolérance à l'incertitude. D'un côté, ces deux construits peuvent sembler similaires sur plusieurs aspects. L'intolérance à l'incertitude et la dramatisation face à la douleur sont toutes deux reconnues comme facteurs de vulnérabilité pour les pensées négatives et répétitives (Barlow, 2014; Greco & Roger, 2001, 2003). De plus, l'intolérance à l'incertitude et la dramatisation impliquent toutes deux une tendance à surestimer les conséquences négatives éventuelles (Dugas et al., 2005; Quartana et al., 2009). Par ailleurs, plusieurs auteurs soutiennent qu'un niveau minimal d'intolérance à l'incertitude serait nécessaire au développement de l'anxiété au sujet de la santé (Carleton et al., 2007; Fischerauer et al., 2018; Langlois et al., 2007). Les études actuelles appuient ainsi la relation entre la dramatisation face à la douleur et l'intolérance à l'incertitude. Cependant, à notre connaissance, peu de chercheurs se sont penchés sur les éléments permettant de distinguer ces deux construits. À cet effet, notons que l'intolérance à l'incertitude est un construit beaucoup plus « vaste » que ne l'est la dramatisation face à la douleur. La personne intolérante à l'incertitude éprouvera des difficultés à composer avec une multitude de situations nouvelles, changeantes ou floues (Robichaud et al., 2019). Celles-ci peuvent être, par exemple, de nature familiale, sociale, scolaire, professionnelle, financière ou relatives à la santé. Pour la personne qui dramatise la douleur (sans être intolérante à l'incertitude), les difficultés se limiteront surtout à la sphère de la santé personnelle. En somme, la dramatisation face à la douleur serait un construit distinct de l'intolérance à l'incertitude, mais avec quelques points en commun.

La deuxième relation notable est celle observée entre l'intolérance à l'incertitude et la sévérité du TAG. Plus précisément, l'intolérance à l'incertitude expliquait une grande partie de la variance de la sévérité des symptômes du TAG dans notre étude. Ce résultat n'est certes pas surprenant puisque l'intolérance à l'incertitude est bien connue comme étant un facteur de vulnérabilité quant au développement et au maintien du TAG (Buhr & Dugas, 2009; Dugas, Gagnon, et al., 1998; Dugas et al., 2005; Gentes & Ruscio, 2011). En raison de l'importance de la contribution de l'intolérance à l'incertitude à la prédiction de la sévérité du TAG, la contribution additionnelle de la dramatisation face à la douleur était incertaine. Les résultats ont tout de même appuyé notre hypothèse, confirmant que la dramatisation face à la douleur apporte une contribution significative et en partie unique à la sévérité du TAG. Ces résultats offrent aussi un appui empirique indirect à l'idée voulant que la dramatisation face à la douleur et l'intolérance à l'incertitude soient des construits partiellement distincts. Pour toutes ces raisons, les résultats de la présente étude ajoutent à la littérature scientifique actuelle en démontrant que la dramatisation face à la douleur contribue à la compréhension du TAG, et ce, au-delà de la contribution bien documentée de l'intolérance à l'incertitude.

La troisième relation observée dans la présente étude est celle entre la rigidité psychologique et la sévérité du TAG. La rigidité psychologique a été ajoutée aux analyses étant donné que ce construit est de plus en plus reconnu comme un facteur de vulnérabilité pour de nombreux troubles de santé mentale (Dionne et al., 2013). Plus précisément, la façon dont les gens réagissent à leurs pensées, leurs émotions et leurs sensations contribuerait au développement et à la sévérité d'une grande variété de symptômes (Bond et al., 2011). Cette constatation a été faite dans de nombreux domaines, dont celui des troubles anxieux (Billoux et al., 2012; Tavakoli et al., 2019). Pour ces raisons, il était possible que la rigidité psychologique ait un rôle important

dans le TAG. Les données de la première étape de la régression hiérarchique révèlent que la rigidité psychologique apportait une moins grande contribution que l'intolérance à l'incertitude à la prédiction de la sévérité du TAG. Après l'ajout de la dramatisation face à la douleur à l'étape 2, le niveau de rigidité psychologique n'apportait plus de contribution significative au modèle. Les résultats vont donc dans le même sens que la littérature scientifique en ce sens que la rigidité psychologique représente un facteur de vulnérabilité général dont la contribution à des troubles particuliers est secondaire à celles de facteurs de vulnérabilité plus spécifiques.

Lorsqu'on considère l'ensemble des résultats de la régression hiérarchique linéaire, la conclusion la plus importante est sans doute la suivante : l'intolérance à l'incertitude et la rigidité psychologique n'expliquent pas l'effet de la dramatisation face à la douleur sur la prédiction de la sévérité du TAG. En effet, la relation entre la dramatisation face à la douleur et la sévérité des symptômes du TAG est significative, même en présence des autres variables (c.-à-d. l'intolérance à l'incertitude et la rigidité psychologique). Ce résultat représente une contribution importante de cette étude puisqu'il souligne que la dramatisation face à la douleur aurait un rôle significatif et distinct dans le TAG.

Hypothèse 3

Selon notre troisième hypothèse, il était prévu que le niveau de dramatisation face à la douleur serait plus élevé chez les participants rapportant des inquiétudes au sujet de leur santé que chez ceux ne rapportant pas de telles inquiétudes. Il semblerait en effet qu'il existe un profil d'individus anxieux qui rapportent une tendance à s'inquiéter principalement envers la santé (Brosschot et al., 2006; Greco & Roger, 2003; Martini, 2005; Wilhelmsen, 2017; Ziadni et al., 2017). Les inquiétudes au sujet de la santé pourraient permettre d'expliquer, au moins en partie, la relation entre la dramatisation face à la douleur et le TAG. Notre hypothèse a été corroborée; le niveau de dramatisation face à la douleur était plus élevé chez les participants qui rapportaient

des inquiétudes au sujet de leur santé en comparaison avec ceux qui ne rapportaient pas ce thème d'inquiétude. Cela étant dit, ce résultat pourrait s'expliquer par la possibilité que les participants rapportant des inquiétudes au sujet de leur santé présentaient un TAG d'une plus grande sévérité. Pour explorer cette possibilité, nous avons formulé l'Hypothèse 4.

Hypothèse 4

Notre quatrième hypothèse était que, indépendamment du niveau de sévérité du TAG, le niveau de dramatisation face à la douleur serait plus élevé chez les participants rapportant des inquiétudes au sujet de leur santé que chez ceux ne rapportant pas de telles inquiétudes. Les résultats obtenus appuient notre hypothèse en démontrant que la différence entre les deux groupes de participants sur la dramatisation face à la douleur ne s'explique pas par la sévérité des symptômes du TAG. Les résultats de ces analyses soutiennent l'importance de la relation entre la dramatisation face à la douleur et les inquiétudes envers la santé chez les personnes atteintes du TAG. Ainsi, dans cette population, les individus qui dramatisent l'expérience de la douleur auraient également tendance à rapporter des inquiétudes envers la santé. La corroboration des hypothèses de la présente étude vient ajouter à notre compréhension du rôle de la dramatisation face à la douleur dans la sévérité et dans les thèmes d'inquiétudes du TAG. Plus précisément, chez les personnes atteintes du TAG, la tendance à dramatiser la douleur serait associée à une plus grande sévérité des symptômes et, indépendamment de cette sévérité, à la présence d'inquiétudes au sujet de la santé.

Retombées théoriques

Les résultats de la présente étude permettent de préciser davantage la conceptualisation actuelle de la dramatisation face à la douleur, notamment en lien avec le trouble d'anxiété généralisée. À la suite de la recension des écrits sur le sujet, la conceptualisation d'Eccleston et Crombez (2007) de la dramatisation face à la douleur a été retenue. Selon cette conceptualisation,

la dramatisation face à la douleur implique des croyances négatives concernant la douleur qui ont pour effet notamment d'amplifier la perception de dangerosité de la douleur et de sous-estimer la capacité à gérer celle-ci. Ces croyances auraient comme conséquence de nuire au traitement émotionnel nécessaire afin de s'adapter à l'expérience de la douleur, ce qui contribuerait au développement d'inquiétudes pathologiques concernant la douleur (Lackner & Quigley, 2005). Ainsi, la dramatisation face à la douleur représenterait un facteur de vulnérabilité pour les inquiétudes envers la santé. En dépit du fait que les résultats de la présente étude ne permettent pas de conclure à un effet de causalité, ceux-ci ne sont pas incompatibles avec l'idée que la dramatisation face à la douleur pourrait contribuer, ultimement, au développement du TAG. Les nouveaux éléments mis en lumière dans la présente étude viennent appuyer l'importance de considérer le rôle de la dramatisation face à la douleur dans l'anxiété pathologique, notamment dans le TAG.

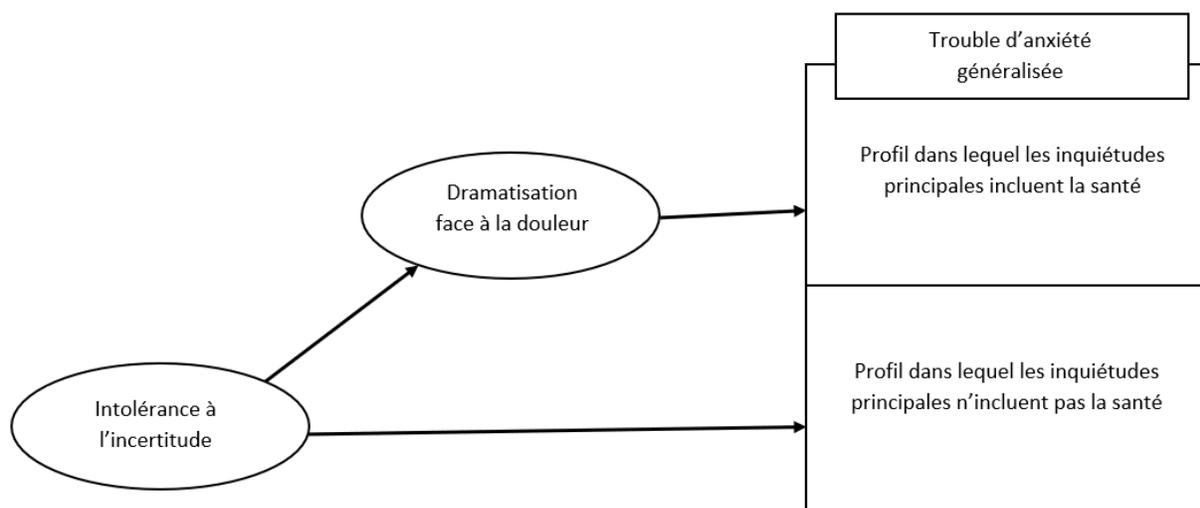
Ces nouveaux éléments permettent de proposer deux pistes de réflexion conceptuelles qui sont illustrées à l'aide de la Figure 6. Premièrement, nous proposons qu'il y aurait différents profils de personnes atteintes du TAG, selon leurs thèmes d'inquiétudes. Selon le DSM-5 (APA, 2013), le TAG se caractérise par la tendance à s'inquiéter de façon excessive, incontrôlable et chronique, peu importe les thèmes d'inquiétudes. De la même façon, l'intolérance à l'incertitude implique la tendance à interpréter l'incertitude de façon catastrophique, indépendamment des situations à l'origine de l'incertitude. Le TAG et l'intolérance à l'incertitude sont donc des construits qui ne font pas référence à des contextes ou à des sujets particuliers (contrairement à la phobie spécifique ou au trouble d'anxiété sociale, par exemple). Chez les personnes atteintes du TAG, il y a une grande variabilité dans les thèmes d'inquiétudes d'une personne à une autre (Dugas, Freeston, et al., 1998; Roemer et al., 1997; Sanderson & Barlow, 1990), ce qui laisse

supposer qu'il pourrait y avoir plusieurs profils de TAG. Il est possible, en effet, que les thèmes d'inquiétudes puissent servir à identifier différents profils chez les personnes atteintes du TAG. En sachant que près de la moitié des participants de cette étude rapportaient des inquiétudes envers la santé et que celles-ci étaient associées à la tendance à dramatiser l'expérience de douleur, il devient possible d'émettre l'hypothèse d'un profil « santé » dans le TAG. Selon cette hypothèse, il y aurait un profil de gens atteints du TAG qui rapporteraient des inquiétudes envers la santé et qui auraient tendance à dramatiser l'expérience de douleur. Il s'agit de la première étude, à notre connaissance, qui suggère l'existence d'un profil de TAG associé à la dramatisation face à la douleur. Évidemment, d'autres études seront nécessaires afin d'appuyer cette proposition. Il serait notamment intéressant d'étudier si les fluctuations dans la dramatisation face à la douleur prédisent les fluctuations subséquentes dans les symptômes du TAG dans le contexte d'une étude longitudinale lors d'une période développementale charnière, telle que l'adolescence.

Nous suggérons aussi que la dramatisation face à la douleur serait un facteur de vulnérabilité spécifique aux inquiétudes associées à la santé (voir Figure 6). D'un côté, l'intolérance à l'incertitude serait un facteur de vulnérabilité pour la tendance généralisée à s'inquiéter. D'un autre côté, la dramatisation face à la douleur serait associée aux inquiétudes avec un contenu spécifique, c'est-à-dire celles envers la santé. Il importe de souligner qu'il n'existe pas, pour le moment, d'étude expérimentale ou longitudinale qui permettrait d'appuyer la contribution de la dramatisation face à la douleur au développement des symptômes du TAG. En somme, les individus de ce profil du TAG auraient, entre autres, développé des inquiétudes excessives et incontrôlables envers la santé en raison d'une l'intolérance à l'incertitude, à laquelle s'ajoute une tendance à dramatiser la douleur.

Figure 6

Proposition d'un profil du TAG caractérisé par une tendance à dramatiser la douleur comme facteur de vulnérabilité à développer des inquiétudes envers la santé



Note. Les facteurs présentés se limitent à ceux de la présente étude, d'autres facteurs potentiels ne sont pas inclus.

Retombées cliniques

Les résultats de cette étude permettent de suggérer quelques pistes de réflexion sur le plan clinique. Tout d'abord, en sachant que près de la moitié des participants de l'étude rapportaient des inquiétudes face à la santé, il est possible qu'il y ait une forte présence de symptômes somatiques chez plusieurs personnes atteintes du TAG. Ainsi, il serait pertinent de ne pas négliger l'évaluation des symptômes somatiques puisque l'expérience de douleur peut avoir un impact nuisible sur le traitement (Teh et al., 2009). Par la suite, il serait certainement utile d'ajuster les stratégies d'intervention clinique selon les thèmes d'inquiétudes rapportés. À ce jour, il n'existe aucun protocole de traitement publié pour le TAG qui cible spécifiquement les inquiétudes relatives à la santé. En se basant sur la littérature scientifique existante, nous

suggérons que certaines stratégies d'intervention pourraient s'avérer particulièrement utiles pour ce thème d'inquiétude. Par exemple, plusieurs stratégies propres à l'approche cognitivo-comportementale (TCC) ont fait preuve d'efficacité pour le TAG (pour une synthèse, voir Cuijpers et al., 2014) et pour les inquiétudes envers la douleur (Asmundson & Katz, 2009; Morley et al., 1999). Malgré certaines limites (voir, p. ex. Robichaud et al., 2019), la réévaluation cognitive est généralement reconnue comme une intervention utile dans le traitement du TAG. Dans un premier temps, cette stratégie d'intervention pourrait permettre de nuancer les inquiétudes face à la douleur et développer des interprétations alternatives moins catastrophiques. Dans un deuxième temps, la réévaluation cognitive pourrait être utile afin de remettre en question les croyances négatives concernant la douleur et développer des croyances plus flexibles. Ensuite, l'efficacité de l'exposition est appuyée par de nombreuses recherches. En effet, les individus qui souffrent du TAG et dont les inquiétudes concernent principalement la santé semblent grandement bénéficier de l'exposition en imagination (Langlois et al., 1998) et de l'exposition intéroceptive (Watt et al., 2006). À ceci s'ajoutent les expériences comportementales (Drapeau & Dugas, 2018), qui peuvent servir à éprouver les croyances et hypothèses sur la douleur à l'aide de comportements systématiques.

Plusieurs études soutiennent aussi l'efficacité de certaines interventions propres à la thérapie d'acceptation et d'engagement concernant la gestion des pensées négatives envers l'expérience de la douleur (Allen et al., 2006; Baer, 2003; McCracken & Morley, 2014; Schütze et al., 2018; Scott & McCracken, 2015; Trompetter et al., 2015). Par exemple, l'acceptation des sensations douloureuses et des inconforts pourrait faciliter la réduction des inquiétudes envers la santé. Ainsi, plusieurs chercheurs recommandent l'intégration de certaines notions de la thérapie d'acceptation et d'engagement au traitement cognitivo-comportemental (Asmundson & Katz,

2009; Behar et al., 2009; Wright & Sluka, 2001). Le protocole de traitement qui vise la réduction de l'évitement expérientiel semble particulièrement bien adapté au TAG (Newman & Llera, 2011). Un essai clinique a notamment démontré qu'un traitement cognitivo-comportemental qui intègre des notions de la thérapie d'acceptation et d'engagement aurait eu un impact significatif sur le bien-être d'individus souffrant du TAG, bien que la validation plus rigoureuse de ce traitement soit nécessaire (Roemer & Orsillo, 2007). En particulier, il n'a pas été démontré que l'ajout des éléments d'acceptation et d'engagement augmente significativement l'efficacité de la TCC sans ces éléments. En résumé, le développement et la validation de protocoles de traitement pour le TAG qui visent les personnes rapportant des inquiétudes excessives face à la santé (et ayant tendance à dramatiser la douleur) pourraient s'avérer très utiles afin d'augmenter la pertinence des interventions et, ultimement, l'efficacité thérapeutique.

Forces de l'étude

Les forces de l'étude sont les suivantes. Tout d'abord, le devis corrélationnel utilisé, malgré ses limites (voir plus bas), permet d'en apprendre plus sur le degré d'association ou la taille d'effet de la relation entre les variables. Ensuite, l'étude s'intéresse aux thèmes d'inquiétudes dans le TAG, un sujet fort négligé dans la littérature scientifique existante. Au lieu de se limiter à décrire les thèmes d'inquiétude, l'étude tente de préciser pourquoi certaines personnes s'inquiètent d'un thème en particulier. Plus précisément, l'étude se penche sur l'association entre le thème de la santé et la dramatisation face à la douleur. Elle contribue ainsi à une meilleure compréhension des facteurs psychologiques, qui étaient peu ou pas étudiés au sein du TAG. Une autre force de cette étude est que les participants ont été diagnostiqués à l'aide d'une entrevue diagnostique structurée et validée. En effet, l'ESTA-IV possède de bonnes qualités psychométriques et permet notamment d'identifier les différents thèmes d'inquiétudes et

de déterminer la sévérité du TAG. Enfin, les questionnaires auto-rapportés ont été développés en français ou leurs versions françaises ont été validées.

Limites de l'étude

Les limites de l'étude sont les suivantes. Avant tout, le devis corrélationnel ne permet pas d'explorer la causalité puisque les données sont recueillies à un seul moment. Il n'est donc pas possible d'explorer la nature de la relation entre la dramatisation face à la douleur et les fluctuations dans les symptômes du TAG. Ainsi, même s'il est possible d'observer que la dramatisation face à la douleur est associée à la sévérité des symptômes du TAG (et, de façon indirecte, aux inquiétudes face à la santé), nous ne pouvons pas conclure à une relation de cause à effet. Par la suite, il est possible que l'application des multiples critères d'exclusion ait nui à la généralisation des résultats à la population clinique (personnes atteintes du TAG) dans la communauté. De plus, puisque les groupes de l'étude (Groupe Santé et Groupe Autre) ont été créés suite à l'expérimentation (*post hoc*), nous ne pouvons exclure la possibilité que ceux-ci soient différents à d'autres égards et que ces différences aient influencé les résultats. Par exemple, nous n'avons pas tenu compte de l'état de santé des participants. Évidemment, il est possible que les participants avec des problèmes de santé, comme par exemple la douleur chronique, aient été surreprésentés dans le Groupe Santé. S'il y a réellement plus de douleur chronique, cela pourrait biaiser l'évaluation de la dramatisation face à la douleur et donc introduire une source d'erreur dans l'étude.

Recommandations pour les recherches futures

À la lumière des limites de notre étude et de la littérature scientifique concernant nos variables d'intérêt, il y a beaucoup de possibilités pour des recherches futures. D'autres recherches pourraient viser à rehausser notre compréhension des mécanismes impliqués dans la relation entre les troubles anxieux et l'expérience de douleur (Asmundson & Katz, 2009). De

plus, il pourrait être pertinent d'évaluer un modèle plus complet, incluant par exemple l'évitement expérientiel, le traitement de l'information (en particulier l'attention) et les croyances fondamentales inadaptées. Il serait aussi opportun de mener une étude longitudinale sur la relation temporelle entre la dramatisation face à la douleur et le développement des symptômes du TAG, afin de vérifier la présence d'un lien de causalité. Enfin, sur le plan clinique, il pourrait être utile d'évaluer l'efficacité des interventions suggérées pour la prise en charge de personnes qui ont tendance à dramatiser la douleur et qui rapportent des inquiétudes excessives et incontrôlables sur le thème de la santé. Toutes ces suggestions représentent des points de départ potentiels afin d'améliorer notre compréhension du rôle de la dramatisation face à la douleur dans le trouble d'anxiété généralisée.

Conclusion

En somme, les données de la présente étude indiquent que la dramatisation face à la douleur occupe un rôle unique dans la conceptualisation du TAG, c'est-à-dire qu'une partie de sa contribution va au-delà de l'intolérance à l'incertitude et de la rigidité psychologique. En effet, les résultats démontrent que la dramatisation face à la douleur est plus précisément associée aux inquiétudes envers la santé. Ceci suggère qu'il pourrait y avoir différents profils au sein des personnes ayant un TAG. Les individus ayant un profil « santé » auraient développé des inquiétudes envers la santé en raison d'une l'intolérance à l'incertitude, à laquelle s'ajoute une tendance à dramatiser la douleur. Il est ainsi proposé d'explorer de nouvelles avenues de traitement plus ciblées selon les profils des individus ayant le TAG. Ces résultats soulignent également la pertinence d'étudier davantage les différents thèmes d'inquiétudes du TAG.

Références

- Allen, N. B., Chambers, R., & Knight, W. (2006). Mindfulness-based psychotherapies: a review of conceptual foundations, empirical evidence and practical considerations. *Aust N Z J Psychiatry, 40*(4), 285-294.
- Alsaleh, M., & Lebreuilly, R. (2017). Validation de la traduction française d'un questionnaire court de dépression de Beck (BDI-FS-Fr). *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique, 175*(7), 608-616. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2016.06.015>
- Asmundson, Norton, P. J., & Vlaeyen, J. W. S. (2004). *Fear-avoidance models of chronic pain: An overview*. Oxford University Press.
- Asmundson, G. J. G., & Katz, J. (2009). Understanding the co-occurrence of anxiety disorders and chronic pain: state-of-the-art. *Depression and Anxiety, 26*(10), 888-901. <https://doi.org/10.1002/da.20600>
- American Psychological Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychological Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd rev. ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychological Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychological Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th rev. ed.). Washington, DC: Author.

- American Psychological Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Baer, R. (2003). Mindfulness Training as a Clinical Intervention: A Conceptual and Empirical Review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *10*(2), 125-143.
<https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg015>
- Barlow, D. H. (2014). *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual*. Guilford publications.
- Barlow, D. H., Blanchard, E. B., Vermilyea, J. A., Vermilyea, B. B., & DiNardo, P. A. (1986). Generalized anxiety and generalized anxiety disorder: description and reconceptualization. *The American journal of psychiatry*. *143*(1), 40–44.
<https://doi.org/10.1176/ajp.143.1.40>
- Beck. (1979). *Cognitive therapy of depression*. The Guilford Press.
- Beck., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. (1988). An Inventory for Measuring Clinical Anxiety: Psychometric Properties. *Journal of consulting and clinical psychology*, *56*(6), 893-897.
<https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.6.893>
- Beck., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Beck Depression Inventory Manual* (2nd ed.). San Antonio. TX: Psychological Corporation.
- Behar, E., & Borkovec, T. (2005). *The nature and treatment of generalized anxiety disorder. The nature and treatment of pathological anxiety* [essays in honor of Edna B. Foa]. New York, NY: Guilford.

- Behar, E., DiMarco, I. D., Hekler, E. B., Mohlman, J., & Staples, A. M. (2009). Current theoretical models of generalized anxiety disorder (GAD): Conceptual review and treatment implications. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(8), 1011-1023.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2009.07.006>
- Behar, E., Zuellig, A. R., & Borkovec, T. (2005). Thought and imaginal activity during worry and trauma recall. *Behavior Therapy*, 36(2), 157-168. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(05\)80064-4](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(05)80064-4)
- Billoux, S., Chapelle, F., Giocanti-Belmonte, C., & Callahan, S. (2012). Étude des relations entre les schémas précoces inadaptés, les stratégies de coping et la flexibilité psychologique chez des sujets présentant des troubles anxieux. *Journal de Therapie Comportementale et Cognitive*, 22(2), 46-52. <https://doi.org/10.1016/j.jtcc.2012.02.001>
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., Waltz, T., & Zettle, R. D. (2011). Preliminary Psychometric Properties of the Acceptance and Action Questionnaire–II: A Revised Measure of Psychological Inflexibility and Experiential Avoidance. *Behavior Therapy*, 42(4), 676-688.
<https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.007>
- Borkovec, T. (1994). The nature, functions, and origins of worry. In G. L. Davey & F. Tallis (Eds). *Worrying: Perspectives on theory, assessment and treatment*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Borkovec, T., & Inz, J. (1990). The nature of worry in generalized anxiety disorder: A predominance of thought activity. *Behaviour Research and Therapy*, 28(2), 153-158.
[10.1016/0005-7967\(90\)90027-g](https://doi.org/10.1016/0005-7967(90)90027-g)

Borkovec, T. D., Alcaine, O. M., & Behar, E. (2004). *Avoidance theory of worry and generalized anxiety disorder*. [Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice] (R. G. Heimberg, C. L. Turk, & D. S. Mennin). The Guilford Press.

Borkovec, T. D., & Hu, S. (1990). The effect of worry on cardiovascular response to phobic imagery. *Behaviour Research and Therapy*, 28(1), 69-73. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(90\)90056-O](https://doi.org/10.1016/0005-7967(90)90056-O)

Borkovec, T. D., Robinson, E., Pruzinsky, T., & DePree, J. A. (1983). Preliminary exploration of worry: Some characteristics and processes. *Behaviour Research and Therapy*, 21(1), 9-16. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(83\)90121-3](https://doi.org/10.1016/0005-7967(83)90121-3)

Boswell, J.F., Thompson-Hollands, J., Farchione, T. J., Barlow. D. H. (2013) L'intolérance à l'incertitude : un facteur commun dans le traitement des troubles émotionnels. *Journal de psychologie clinique*, 69(6), 630-645. <https://doi.org/10.1002/jclp.21965>

Bradwejn, J., Berner, M., & Shaw, B. (1992). *Malade d'inquiétude: Guide du médecin pour le traitement et le counseling*. Montréal, Québec: Grosvenor Inc.

Bridou, M., & Aguerre, C. (2012). L'anxiété envers la santé : définition et intérêt clinique d'un concept novateur et heuristique. *Annales médico-psychologiques*, 170(6), 375-381. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2010.11.017>

Brosschot, J. F., Gerin, W., & Thayer, J. F. (2006). The perseverative cognition hypothesis: A review of worry, prolonged stress-related physiological activation, and health. *Journal of Psychosomatic Research*, 60(2), 113-124. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2005.06.074>

- Brown, T. A., Barlow, D. H., & Liebowitz, M. R. (1994). The empirical basis of generalized anxiety disorder. *The American journal of psychiatry*, *151*(9), 1272-1280.
[10.1176/ajp.151.9.1272](https://doi.org/10.1176/ajp.151.9.1272)
- Brown, T. A., Di Nardo, P. A., Lehman, C. L., & Campbell, L. A. (2001). Reliability of DSM-IV Anxiety and Mood Disorders: Implications for the Classification of Emotional Disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, *110*(1), 49-58. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.110.1.49>
- Buenaver, L., Edwards, R., Haythornthwaite, J., & Smith, M. (2005). Pain-related catastrophizing and perceived social responses: Inter-relationships in the context of chronic pain. *Journal of Pain*, *6*(3), S59-S59. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2005.01.233>
- Buhr, K., & Dugas, M. J. (2006). Investigating the construct validity of intolerance of uncertainty and its unique relationship with worry. *Journal of Anxiety Disorders*, *20*(2), 222-236.
<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2004.12.004>
- Buhr, K., & Dugas, M. J. (2009). The role of fear of anxiety and intolerance of uncertainty in worry: An experimental manipulation. *Behaviour Research and Therapy*, *47*(3), 215-223.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.12.004>
- Cano, A. (2004). Pain catastrophizing and social support in married individuals with chronic pain: the moderating role of pain duration. *PAIN*, *110*(3), 656-664.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.pain.2004.05.004>
- Carleton, R., Sharpe, D., & Asmundson, G. J. G. (2007). Anxiety sensitivity and intolerance of uncertainty: Requisites of the fundamental fears? *Behaviour Research and Therapy*, *45*(10), 2307-2316. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.brat.2007.04.006>

Carter, R. M., Wittchen, H. U., Pfister, H., & Kessler, R. C. (2001). One-year prevalence of subthreshold and threshold DSM-IV generalized anxiety disorder in a nationally representative sample. *Depression and Anxiety, 13*(2), 78-88.

<https://doi.org/10.1002/da.1020>

Chaves, J., & Brown, J. (1987). Spontaneous cognitive strategies for the control of clinical pain and stress. *Journal of Behavioral Medicine, 10*(3), 263-276.

<https://doi.org/10.1007/BF00846540>

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. (2^e éd). Lawrence Erlbaum Associates.

Cohen, J. (1994). The Earth Is Round. *American Psychologist, 49*(12), 997-1003.

<https://doi.org/10.1037/0003-066X.49.12.997>

Cohen, L. L., Vowles, K. E., & Eccleston, C. (2010). The impact of adolescent chronic pain on functioning: disentangling the complex role of anxiety. *The journal of pain, 11*(11), 1039-1046. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2009.09.009>

Craske, M. G., Rapee, R. M., Jackel, L., & Barlow, D. H. (1989). Qualitative dimensions of worry in DSM-III-R generalized anxiety disorder subjects and nonanxious controls. *Behaviour Research and Therapy, 27*(4), 397-402. [10.1016/0005-7967\(89\)90010-7](https://doi.org/10.1016/0005-7967(89)90010-7)

Cribb, G., Moulds, M. L., & Carter, S. (2006). Rumination and experiential avoidance in depression. *Behaviour Change, 23*(3), 165-176. <https://doi.org/10.1375/bech.23.3.165>

- Cuijpers, P., Sijbrandij, M., Koole, S., Huibers, M., Berking, M., & Andersson, G. (2014). Psychological treatment of generalized anxiety disorder: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 34*(2), 130-140. [10.1016/j.cpr.2014.01.002](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.01.002)
- Di Nardo, P. A., Brown, T. A., & Barlow, D. H. (1994). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV (ADIS-IV)*. New York: Oxford University Press.
- Dionne, F., Ngô, T.-L., Blais, M.-C., Stip, E., & Caron, J. (2013). Le modèle de la flexibilité psychologique : une approche nouvelle de la santé mentale. *Santé mentale au Québec, 38*(2), 111-130. <https://doi.org/10.7202/1023992ar>
- Drapeau, M., & Dugas, M. J. (2018). Le traitement de l'anxiété généralisée : plus on en sait, moins on en fait. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne, 59*(2), 126-131. <https://doi.org/10.1037/cap0000144>
- Dugas, M., Freeston, M., Provencher, M., Lachance, S., Ladouceur, R., & Gosselin, P. (2001). Le Questionnaire sur l'Inquiétude et l'Anxiété. Validation dans des échantillons non cliniques et cliniques. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive, 11*(1), 31-36.
- Dugas, M., Freeston, M. H., & Ladouceur, R. (1997). Intolerance of Uncertainty and Problem Orientation in Worry. *Cognitive Therapy and Research, 21*(6), 593-606. <https://doi.org/10.1023/A:1021890322153>
- Dugas, M., Freeston, M. H., Ladouceur, R., Rhéaume, J., Provencher, M. D., & Boisvert, J.-M. (1998). Worry Themes in Primary GAD, Secondary GAD, and Other Anxiety Disorders. *Journal of Anxiety Disorders, 12*(3), 253-261. [https://doi.org/10.1016/S0887-6185\(98\)00013-9](https://doi.org/10.1016/S0887-6185(98)00013-9)

- Dugas, M., Gagnon, F., Ladouceur, R., & Freeston, M. H. (1998). Generalized anxiety disorder: a preliminary test of a conceptual model. *Behaviour Research and Therapy*, 36(2), 215-226.
[https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(97\)00070-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(97)00070-3)
- Dugas, M., Gosselin, P., & Ladouceur, R. (2001). Intolerance of Uncertainty and Worry: Investigating Specificity in a Nonclinical Sample. *Cognitive Therapy and Research*, 25(5), 551-558. <https://doi.org/10.1023/A:1005553414688>
- Dugas, M., Hedayati, M., Karavidas, A., Buhr, K., Francis, K., & Phillips, N. A. (2005). Intolerance of uncertainty and information processing: Evidence of biased recall and interpretations. *Cognitive Therapy and Research*, 29(1), 57-70.
<https://doi.org/10.1007/s10608-005-1648-9>
- Dugas, M., & Koerner, N. (2005). Cognitive-Behavioral Treatment for Generalized Anxiety Disorder : Current Status and Future Directions. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 19(1), 61-81. <https://doi.org/10.1891/jcop.19.1.61.66326>
- Dugas, M., & Ladouceur, R. (2000). Treatment of GAD: Targeting Intolerance of Uncertainty in Two Types of Worry. *Behavior Modification*, 24(5), 635-657.
<https://doi.org/10.1177/0145445500245002>
- Dugas, M., Laugesen, N., & Bukowski, W. (2012). Intolerance of Uncertainty, Fear of Anxiety, and Adolescent Worry. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40(6), 863-870.
<https://doi.org/10.1007/s10802-012-9611-1>
- Dugas, M., Savard, P., Gaudet, A., Turcotte, J., Laugesen, N., Robichaud, M., Francis, K., & Koerner, N. (2007). Can the Components of a Cognitive Model Predict the Severity of

Generalized Anxiety Disorder? *Behavior Therapy*, 38(2), 169-178.

<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.beth.2006.07.002>

Eccleston, C., & Crombez, G. (2007). Worry and chronic pain: A misdirected problem solving model. *PAIN*, 132(3), 233-236. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.pain.2007.09.014>

Ekman, P. E., & Davidson, R. J. (1994). *The nature of emotion: Fundamental questions*. Oxford University Press.

Fink, P., Ørnboel, E., & Christensen, K. S. (2010). The outcome of health anxiety in primary care. A two-year follow-up study on health care costs and self-rated health. *PloS one*, 5(3), e9873. [10.1371/journal.pone.0009873](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0009873)

Fischerauer, S. F., Talaei-Khoei, M., Vissers, F. L., Chen, N., & Vranceanu, A.-M. (2018). Pain anxiety differentially mediates the association of pain intensity with function depending on level of intolerance of uncertainty. *Journal of Psychiatric Research*, 97, 30-37. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2017.11.006>

Flink, I. L., Boersma, K., & Linton, S. J. (2013). Pain Catastrophizing as Repetitive Negative Thinking: A Development of the Conceptualization. *Cognitive Behaviour Therapy*, 42(3), 215-223. <https://doi.org/10.1080/16506073.2013.769621>

Foa, E. B., Huppert, J. D., & Cahill, S. P. (2006). Emotional Processing Theory: An Update. In B. O. Rothbaum (Ed.), *Pathological anxiety: Emotional processing in etiology and treatment* (p. 3-24). The Guilford Press.

- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99(1), 20-35. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.99.1.20>
- Francis, K., & Dugas, M. J. (2004). Assessing positive beliefs about worry: Validation of a structured interview. *Personality and Individual Differences*, 37(2), 405-415. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2003.09.012>
- Freeston, M. H., Rhéaume, J., Letarte, H., Dugas, M. J., & Ladouceur, R. (1994). Why do people worry? *Personality and Individual Differences*, 17(6), 791-802. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(94\)90048-5](https://doi.org/10.1016/0191-8869(94)90048-5)
- French, D. J., Noël, M., Vigneau, F., French, J. A., P, C., & Evans, R. T. (2005). L'Échelle de dramatisation face à la douleur PCS-CF Adaptation canadienne en langue française de l'échelle « Pain Catastrophizing Scale ». *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des Sciences du comportement*, 37(3), 181-192. <https://doi.org/10.1037/h0087255>
- Garber, J., & Hollon, S. D. (1991). What can specificity designs say about causality in psychopathology research? *Psychological Bulletin*, 110(1), 129-136. [10.1037/0033-2909.110.1.129](https://doi.org/10.1037/0033-2909.110.1.129)
- Garfinkle, E. J., & Behar, E. (2012). Advances in psychotherapy for generalized anxiety disorder. *Current psychiatry reports*, 14(3), 203-210. <https://doi.org/10.1007/s11920-012-0263-1>
- Gentes, E. L., & Ruscio, A. M. (2011). A meta-analysis of the relation of intolerance of uncertainty to symptoms of generalized anxiety disorder, major depressive disorder, and

obsessive–compulsive disorder. *Clinical Psychology Review*, 31(6), 923-933.

<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.05.001>

Giardino, N. D., Jensen, M. P., Turner, J. A., Ehde, D. M., & Cardenas, D. D. (2003). Social environment moderates the association between catastrophizing and pain among persons with a spinal cord injury. *PAIN*, 106(1), 19-25.

[https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0304-3959\(03\)00226-4](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0304-3959(03)00226-4)

Gosselin, P., Dugas, M., & Ladouceur, R. (2002). Inquiétude et résolution de problèmes sociaux: le rôle de l'attitude négative face au problème. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*. 12(2), 49–58. [JTCC-06-2002-12-2-1155-1704-101019-ART2](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0304-3959(03)00226-4)

Greco, V., & Roger, D. (2001). Coping with uncertainty: The construction and validation of a new measure. *Personality and Individual Differences*, 31(4), 519-534. [10.1016/S0191-8869\(00\)00156-2](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00156-2)

Greco, V., & Roger, D. (2003). Uncertainty, stress, and health. *Personality and Individual Differences*, 34(6), 1057-1068. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(02\)00091-0](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0191-8869(02)00091-0)

Grenier, S., & Ladouceur, R. (2004). Manipulation de l'intolérance à l'incertitude et inquiétudes. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des Sciences du comportement*, 36(1), 56-65. [https://doi.org/10.1037/h0087216](https://doi.org/https://doi.org/10.1037/h0087216)

Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1-25. [https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006)

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. (2^e éd.). Guilford Press.

Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experiential Avoidance and Behavioral Disorders: A Functional Dimensional Approach to Diagnosis and Treatment. *Journal of consulting and clinical psychology*, 64(6), 1152-1168.

<https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.6.1152>

Kellner, R. (1985). Functional somatic symptoms and hypochondriasis: a survey of empirical studies. *Archives of general psychiatry*, 42(8), 821-833.

[10.1001/archpsyc.1985.01790310089012](https://doi.org/10.1001/archpsyc.1985.01790310089012)

Kessler, R. C., Keller, M. B., & Wittchen, H.-U. (2001). The epidemiology of generalized anxiety disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 24(1), 19-39. [10.1016/s0193-](https://doi.org/10.1016/s0193-953x(05)70204-5)

[953x\(05\)70204-5.](https://doi.org/10.1016/s0193-953x(05)70204-5)

Lackner, J. M., & Gurtman, M. B. (2004). Pain catastrophizing and interpersonal problems: a circumplex analysis of the communal coping model. *PAIN*, 110(3), 597-604.

[https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.pain.2004.04.011](https://doi.org/10.1016/j.pain.2004.04.011)

Lackner, J. M., & Quigley, B. M. (2005). Pain catastrophizing mediates the relationship between worry and pain suffering in patients with irritable bowel syndrome. *Behaviour Research and Therapy*, 43(7), 943-957. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.06.018>

Ladouceur, R., Dugas, M. J., Freeston, M. H., Léger, E., Gagnon, F., & Thibodeau, N. (2000). Efficacy of a cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: evaluation in a controlled clinical trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68(6), 957-

964. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.6.957>

Ladouceur, R., Dugas, M. J., Freeston, M. H., Rhéaume, J., Blais, F., Boisvert, J.-M., Gagnon, F., & Thibodeau, N. (1999). Specificity of generalized anxiety disorder symptoms and processes. *Behavior Therapy*, *30*(2), 191-207.

[https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(99\)80003-3](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0005-7894(99)80003-3)

Ladouceur, R., Gosselin, P., & Dugas, M. (2000). Experimental manipulation of intolerance of uncertainty: a study of a theoretical model of worry. *Behaviour Research and Therapy*, *38*(9), 933-941. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(99\)00133-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00133-3)

Ladouceur, R., Lger, I., Dugas, M., & Freeston, M. H. (2004). Cognitive-behavioral treatment of Generalized Anxiety Disorder (GAD) for older adults. *International Psychogeriatrics*, *16*(2), 195-207. <https://doi.org/10.1017/S1041610204000274>

LaFreniere, L. S., & Newman, M. G. (2020). Exposing worry's deceit: Percentage of untrue worries in generalized anxiety disorder treatment. *Behavior Therapy*, *51*(3), 413-423. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2019.07.003>

Langlois, F., Dugas, M., & Ladouceur, R. (1998). *Investigating the impact of health-related worry in the treatment of GAD : A pilot study* [Paper presentation]. 32e Congrès annuel de l'AABT. Washington, DC.

Langlois, F., Gosselin, P., Brunelle, C., Drouin, M.-C., & Ladouceur, R. (2007). Les variables cognitives impliquées dans l'inquiétude face à la maladie. *Revue canadienne des sciences du comportement*, *39*(3), 174-183. <https://doi.org/10.1037/cjbs2007014>

Lee, J. K., & Orsillo, S. M. (2014). Investigating cognitive flexibility as a potential mechanism of mindfulness in generalized anxiety disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *45*(1), 208-216. [10.1016/j.jbtep.2013.10.008](https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2013.10.008)

- Lefebvre, J. C., Jensen, M. P., Waters, S. J., Molton, I. R., Keefe, F. J., & Caldwell, D. S. (2017). The development and assessment of the Worry About Pain Questionnaire. *European journal of pain*, 21(7), 1154-1164. <https://doi.org/10.1002/ejp.1015>
- Levin, M. E., MacLane, C., Daflos, S., Seeley, J. R., Hayes, S. C., Biglan, A., & Pistorello, J. (2014). Examining psychological inflexibility as a transdiagnostic process across psychological disorders. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3(3), 155-163. [10.1016/j.jcbs.2014.06.003](https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2014.06.003)
- MacLeod, A. K., Williams, J. M., & Bekerian, D. A. (1991). Worry is reasonable: the role of explanations in pessimism about future personal events. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(4), 478-486. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.100.4.478>
- Marchand, A., & Boivin, I. (1997). *L'entrevue structurée pour les troubles anxieux selon le DSM-IV*. Document inédit.
- Martini, S. (2005). Treating Health Anxiety: A Cognitive-Behavioral Approach. *Psychiatric Services*, 56(9), 1163-1164. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.56.9.1163-a>
- Masuda, A., Mandavia, A., & Tully, E. C. (2014). The role of psychological inflexibility and mindfulness in somatization, depression, and anxiety among Asian Americans in the United States. *Asian American Journal of Psychology*, 5(3), 230-236. <https://doi.org/10.1037/a0034437>
- Masuda, A., & Tully, E. C. (2012). The role of mindfulness and psychological flexibility in somatization, depression, anxiety, and general psychological distress in a nonclinical college sample. *Journal of Evidence-Based Complementary & Alternative Medicine*, 17(1), 66-71. [10.1177/2156587211423400](https://doi.org/10.1177/2156587211423400)

- Mayer, J. D., Salovey, P., Caruso, D. R., & Sitarenios, G. (2001). Emotional intelligence as a standard intelligence. *Emotion, 1*(3), 232-42. <https://doi.org/10.1037/1528-3542.1.3.232>
- Mayer, J. D., Salovey, P., Caruso, D. R., & Sitarenios, G. (2003). Measuring emotional intelligence with the MSCEIT V2.0. *Emotion, 3*(1), 97-105. [10.1037/1528-3542.3.1.97](https://doi.org/10.1037/1528-3542.3.1.97)
- McCracken, L. M. (2005). Social context and acceptance of chronic pain: the role of solicitous and punishing responses. *PAIN, 113*(1), 155-159.
[https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.pain.2004.10.004](https://doi.org/10.1016/j.pain.2004.10.004)
- McCracken, L. M., & Morley, S. (2014). The Psychological Flexibility Model: A Basis for Integration and Progress in Psychological Approaches to Chronic Pain Management. *The Journal of Pain, 15*(3), 221-234.
[https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jpain.2013.10.014](https://doi.org/10.1016/j.jpain.2013.10.014)
- Mennin, D., Turk, C., Heimberg, R., & Carmin, C. (2013). Regulation of emotion in generalized anxiety disorder. *Cognitive Therapy Across the Lifespan*.
<https://doi.org/10.1017/CBO9781139087094.005>
- Mennin, D. S. (2004). Emotion regulation therapy for generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice, 11*(1), 17-29. [10.1002/cpp.389](https://doi.org/10.1002/cpp.389)
- Mennin, D. S., Heimberg, R. G., Turk, C. L., & Fresco, D. M. (2005). Preliminary evidence for an emotion dysregulation model of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy, 43*(10), 1281-310. [10.1016/j.brat.2004.08.008](https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.08.008)

- Mennin, D. S., Holaway, R. M., Fresco, D. M., Moore, M. T., & Heimberg, R. G. (2007). Delineating components of emotion and its dysregulation in anxiety and mood psychopathology. *Behavior Therapy*, 38(3), 284-302. [10.1016/j.beth.2006.09.001](https://doi.org/10.1016/j.beth.2006.09.001)
- Monestès, J. L., Villatte, M., Mouras, H., Loas, G., & Bond, F. W. (2009). Traduction et validation française du questionnaire d'acceptation et d'action (AAQ-II). *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, 59(4), 301-308. <https://doi.org/10.1016/j.erap.2009.09.001>
- Morley, S., Eccleston, C., & Williams, A. (1999). Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive behaviour therapy and behaviour therapy for chronic pain in adults, excluding headache. *Pain*, 80(1-2), 1-13. [10.1016/s0304-3959\(98\)00255-3](https://doi.org/10.1016/s0304-3959(98)00255-3)
- Mowrer, O. (1947). On the dual nature of learning - a re-interpretation of conditioning and problem-solving. *Harvard educational review*, (17), 102-148.
- Newman, M. G., & Llera, S. J. (2011). A novel theory of experiential avoidance in generalized anxiety disorder: A review and synthesis of research supporting a contrast avoidance model of worry. *Clinical Psychology Review*, 31(3), 371-382. [10.1016/j.cpr.2011.01.008](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.01.008)
- Pearson, C., Janz, T., & Ali, J. (2013). *Mental and substance use disorders in Canada*. Statistics Canada. https://publications.gc.ca/collections/collection_2013/statcan/82-624-x/82-624-x2013001-2-eng.pdf
- Pelletier, L., O'Donnell, S., McRae, L., & Grenier, J. (2017). Le fardeau du trouble d'anxiété généralisée au Canada. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada*, 37(2), 60-69. [10.24095/hpcdp.37.2.04f](https://doi.org/10.24095/hpcdp.37.2.04f)

- Petrini, L., & Arendt-Nielsen, L. (2020). Understanding pain catastrophizing: putting pieces together. *Frontiers in Psychology, 11*, 603420. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.603420>
- Quartana, P. J., Campbell, C. M., & Edwards, R. R. (2009). Pain catastrophizing: a critical review. *Expert review of neurotherapeutics, 9*(5), 745-758.
<https://doi.org/10.1586/ern.09.34>
- Rapee, R. (1991). Psychological factors involved in generalized anxiety. *Chronic anxiety, generalized anxiety disorder, and mixed anxiety-depression*, (p. 76-94). New York, NY, US: Guilford Press.
- Robichaud, M., & Dugas, M. J. (2005). Negative problem orientation (Part II): Construct validity and specificity to worry. *Behaviour Research and Therapy, 43*(3), 403-412.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.02.008>
- Robichaud, M., Dugas, M. J., & Conway, M. (2003). Gender differences in worry and associated cognitive-behavioral variables. *Journal of Anxiety Disorders, 17*(5), 501-516.
[10.1016/s0887-6185\(02\)00237-2](https://doi.org/10.1016/s0887-6185(02)00237-2)
- Robichaud, M., Koerner, N., & Dugas, M. J. (2019). *Cognitive behavioral treatment for generalized anxiety disorder: From science to practice*. Routledge.
- Roemer, L., Molina, S., & Borkovec, T. D. (1997). An investigation of worry content among generally anxious individuals. *The Journal of nervous and mental disease, 185*(5), 314-319. [10.1097/00005053-199705000-00005](https://doi.org/10.1097/00005053-199705000-00005)
- Roemer, L., & Orsillo, S. M. (2002). Expanding our conceptualization of and treatment for generalized anxiety disorder: Integrating mindfulness/acceptance-based approaches with

- existing cognitive-behavioral models. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 54-68. <https://doi.org/10.1093/clipsy.9.1.54>
- Roemer, L., & Orsillo, S. M. (2007). An open trial of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder. *Behavior Therapy*, 38(1), 72-85. [10.1016/j.beth.2006.04.004](https://doi.org/10.1016/j.beth.2006.04.004)
- Rosen, N. O., & Knäuper, B. (2009). A little uncertainty goes a long way: State and trait differences in uncertainty interact to increase information seeking but also increase worry. *Health communication*, 24(3), 228-238. <https://doi.org/10.1080/10410230902804125>
- Ruiz, F. J. (2010). A review of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) empirical evidence: Correlational, experimental psychopathology, component and outcome studies. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10(1), 125-162.
- Ruiz, F. J. (2014). The relationship between low levels of mindfulness skills and pathological worry: the mediating role of psychological inflexibility. *Anales de Psicología*, 30(3), 887-897. <https://doi.org/10.6018/analesps.30.3.150651>
- Salters-Pedneault, K., Roemer, L., Tull, M. T., Rucker, L., & Mennin, D. S. (2006). Evidence of broad deficits in emotion regulation associated with chronic worry and generalized anxiety disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 30(4), 469-480. <https://doi.org/10.1007/s10608-006-9055-4>
- Sanderson, W. C., & Barlow, D. H. (1990). A description of patients diagnosed with DSM-III—R generalized anxiety disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 178(9), 588-591. <https://doi.org/10.1097/00005053-199009000-00006>

Schütze, R., Rees, C., Smith, A., Slater, H., Campbell, J. M., & O'Sullivan, P. (2018). How Can We Best Reduce Pain Catastrophizing in Adults With Chronic Noncancer Pain? A Systematic Review and Meta-Analysis. *The Journal of Pain, 19*(3), 233-256.

<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jpain.2017.09.010>

Scott, W., & McCracken, L. M. (2015). Psychological flexibility, acceptance and commitment therapy, and chronic pain. *Current Opinion in Psychology, 2*(2), 91-96.

<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2014.12.013>

Severeijns, R., Vlaeyen, J., & Hout, M. (2004). Do we need a communal coping model of pain catastrophizing? An alternative explanation. *PAIN, 111*(3), 226-229.

<https://doi.org/10.1016/j.pain.2004.07.024>

Sexton, K. A., & Dugas, M. J. (2008). The cognitive avoidance questionnaire: validation of the English translation. *Journal of Anxiety Disorders, 22*(3), 355-370.

[10.1016/j.janxdis.2007.04.005](https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2007.04.005)

Sexton, K. A., & Dugas, M. J. (2009). Defining Distinct Negative Beliefs About Uncertainty: Validating the Factor Structure of the Intolerance of Uncertainty Scale. *Psychological Assessment, 21*(2), 176-186. <https://doi.org/10.1037/a0015827>

Shadick, R., Roemer, L., Hopkins, M., & Borkovec, T. (1991). *The nature of worrisome thoughts* [Paper presentation]. 25th Annual Convention of the Association for the Advancement of Behavior Therapy. New York,

Smeets, R. J. E. M., Vlaeyen, J. W. S., Kester, A. D. M., & Knottnerus, J. A. (2006). Reduction of Pain Catastrophizing Mediates the Outcome of Both Physical and Cognitive-

Behavioral Treatment in Chronic Low Back Pain. *Journal of Pain*, 7(4), 261-271.

<https://doi.org/10.1016/j.jpain.2005.10.011>

Spanos, N. P., Radtke-Bodorik, H. L., Ferguson, J. D., & Jones, B. (1979). The effects of hypnotic susceptibility, suggestions for analgesia, and the utilization of cognitive strategies on the reduction of pain. *Journal of Abnormal Psychology*, 88(3), 282-292.

<https://doi.org/10.1037/0021-843X.88.3.282>

Stöber, J. (1998). Worry, problem elaboration and suppression of imagery: the role of concreteness. *Behaviour Research and Therapy*, 36(7), 751-756.

[https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(98\)00027-8](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0005-7967(98)00027-8)

Sullivan, M. J. L., Adams, H., & Sullivan, M. E. (2004). Communicative dimensions of pain catastrophizing: social cueing effects on pain behaviour and coping. *PAIN*, 107(3), 220-226. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.pain.2003.11.003>

Sullivan, M. J. L., Bishop, S. R., & Pivik, J. (1995). The Pain Catastrophizing Scale: Development and validation. *Psychological Assessment*, 7(4), 524-532.

<https://doi.org/10.1037/1040-3590.7.4.524>

Sullivan, M. J. L., Rodgers, W. M., & Kirsch, I. (2001). Catastrophizing, depression and expectancies for pain and emotional distress. *PAIN*, 91(1), 147-154.

[https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0304-3959\(00\)00430-9](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0304-3959(00)00430-9)

Tallis, F., Davey, G. C., & Capuzzo, N. (1994). The phenomenology of non-pathological worry: A preliminary investigation. In G. C. L. Davey & F. Tallis (Eds.), *Worrying: Perspectives on theory, assessment, and treatment* (p. 61–89). New York: Wiley.

- Tavakoli, N., Broyles, A., Reid, E. K., Sandoval, J. R., & Correa-Fernández, V. (2019). Psychological inflexibility as it relates to stress, worry, generalized anxiety, and somatization in an ethnically diverse sample of college students. *Journal of Contextual Behavioral Science*, (11), 1-5. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2018.11.001>
- Teh, C. F., Morone, N. E., Karp, J. F., Belnap, B. H., Zhu, F., Weiner, D. K., & Rollman, B. L. (2009). Pain interference impacts response to treatment for anxiety disorders. *Depression and Anxiety*, 26(3), 222-228. <https://doi.org/10.1002/da.20514>
- Thorn, B., Ward, L., Sullivan, M., & Boothby, J. (2003). Communal coping model of catastrophizing: Conceptual model building. *PAIN*, 106(1-2), 1-2. [https://doi.org/10.1016/S0304-3959\(03\)00228-8](https://doi.org/10.1016/S0304-3959(03)00228-8)
- Tran, S. T., Jastrowski Mano, K. E., Hainsworth, K. R., Medrano, G. R., Anderson Khan, K., Weisman, S. J., & Davies, W. H. (2015). Distinct Influences of Anxiety and Pain Catastrophizing on Functional Outcomes in Children and Adolescents With Chronic Pain. *Journal of pediatric psychology*, 40(8), 744-755. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsv029>
- Trompetter, H. R., Bohlmeijer, E. T., Fox, J.-P., & Schreurs, K. M. G. (2015). Psychological flexibility and catastrophizing as associated change mechanisms during online Acceptance & Commitment Therapy for chronic pain. *Behaviour Research and Therapy*, (74), 50-59. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.09.001>
- Turk, C. L., Heimberg, R. G., Luterek, J. A., Mennin, D. S., & Fresco, D. M. (2005). Emotion dysregulation in generalized anxiety disorder: A comparison with social anxiety disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 29(1), 89-106. <https://doi.org/10.1007/s10608-005-1651-1>

- Turner, J., & Aaron, L. (2001). Pain-Related Catastrophizing: What Is It? *The Clinical Journal of Pain*, 17(1), 65-71. <https://doi.org/10.1097/00002508-200103000-00009>
- Vallerand, R. J. (1989). Vers une méthodologie de validation trans-culturelle de questionnaires psychologiques: implications pour la recherche en langue française. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 30(4), 662-680. <https://doi.org/10.1037/h0079856>
- Vervoort, T., Goubert, L., Eccleston, C., Bijttebier, P., & Crombez, G. (2006). Catastrophic thinking about pain is independently associated with pain severity, disability, and somatic complaints in school children and children with chronic pain. *J Pediatr Psychol*, 31(7), 674-683. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsj059>
- Watt, M. C., Stewart, S. H., Lefaivre, M.-J., & Uman, L. S. (2006). A Brief Cognitive-Behavioral Approach to Reducing Anxiety Sensitivity Decreases Pain-Related Anxiety. *Cognitive Behaviour Therapy*, 35(4), 248-256. <https://doi.org/10.1080/16506070600898553>
- Wegner, D. M. (1994). Ironic processes of mental control. *Psychological review*, 101(1), 34-52. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.101.1.34>
- Wells, A. (1994). A multi-dimensional measure of worry: Development and preliminary validation of the Anxious Thoughts Inventory. *Anxiety, Stress and Coping*, 6(4), 289-299. <https://doi.org/10.1080/10615809408248803>
- Wells, A. (1995). Meta-cognition and worry: A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 23(3), 301-320. <https://doi.org/10.1017/S1352465800015897>

- Wells, A. (1997). *Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and conceptual guide*. John Wiley & Sons Inc.
- Wells, A. (1999). A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavior Modification*, 23(4), 526-555. [10.1177/0145445599234002](https://doi.org/10.1177/0145445599234002)
- Wells, A. (2004). A Cognitive Model of GAD: Metacognitions and Pathological Worry. In R. G. Heimberg, C. L. Turk, & D. S. Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* (p. 164–186). The Guilford Press.
- Wells, A. (2005). The metacognitive model of GAD: Assessment of meta-worry and relationship with DSM-IV generalized anxiety disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 29(1), 107-121. [10.1007/s10608-005-1652-0](https://doi.org/10.1007/s10608-005-1652-0)
- Wells, A. (2011). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. Guilford press.
- Wells, A., & Papageorgiou, C. (1995). Worry and the incubation of intrusive images following stress. *Behaviour Research and Therapy*, 33(5), 579-583. [10.1016/0005-7967\(94\)00087-z](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00087-z)
- Wendland, M., Jackson, Y., & Stokes, L. D. (2010). Functional disability in paediatric patients with recurrent abdominal pain. *Child: Care, Health and Development*, 36(4), 516-523. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2010.01087.x>
- Wenzlaff, R. M., & Wegner, D. M. (2000). Thought suppression. *Annual review of psychology*, 51(1), 59-91. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.51.1.59>
- Wilhelmsen, I. (2017). *Hypochondriasis or Health Anxiety*. University of Bergen.
- Wolpe, J. (1975). *Pratique de la psychothérapie comportementale*. Paris, Maloine

Wright, A., & Sluka, K. A. (2001). Nonpharmacological treatments for musculoskeletal pain. *The Clinical Journal of Pain*, 17(1), 33-46. [10.1097/00002508-200103000-00006](https://doi.org/10.1097/00002508-200103000-00006)

Ziadni, M., Sturgeon, J., Roy, A., Mackey, S., & Darnall, B. (2017). Is worrying about your worry detrimental to your health? Negative metacognitive thoughts about worry amplify the negative effects of pain catastrophizing on psychological and physical functioning. *The Journal of Pain*, 18(4), S45.

<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jpain.2017.02.171>

ANNEXE A – FORMULAIRE DE CONSENTEMENT



FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT POUR L'ÉVALUATION DE L'ADMISSIBILITÉ¹

Titre de l'étude : Les expériences comportementales pour l'intolérance à l'incertitude : un traitement concis pour le trouble d'anxiété généralisée

Chercheur principal : Michel Dugas, Ph.D.
 Professeur titulaire en psychologie
 Université du Québec en Outaouais
 Tél : 819-595-3900, poste 2509
 Courriel : michel.dugas@uqo.ca

Organisme subventionnaire : Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC)
 160, rue Elgin, 9e étage, indice de l'adresse 4809A
 Ottawa, Ontario, K1A 0W9

INFORMATION

Préambule :

Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent. Ce formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles au chercheur responsable du projet ou aux autres membres du personnel affecté au projet de recherche et à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair. Une participation simultanée à plusieurs études pourrait vous être préjudiciable. Si vous participez déjà à d'autres études, veuillez en informer le chercheur.

¹ Le genre masculin, employé pour alléger le texte, désigne autant les femmes que les hommes.

1. BUT DE L'ÉTUDE

Le but de cette étude est d'évaluer l'efficacité d'un traitement cognitivo-comportemental concis (6 séances de thérapie) pour des adultes souffrant du trouble d'anxiété généralisée (TAG). La thérapie cognitivo-comportementale est une forme de psychothérapie qui vise à vous aider à comprendre et à changer les comportements et pensées qui contribuent à vos difficultés.

La première partie de l'étude consiste à évaluer de façon préliminaire la nature et la sévérité de vos symptômes anxieux afin de déterminer si vous rencontrez les critères de sélection pour passer à la seconde étape d'évaluation et par la suite recevoir le traitement pour le trouble d'anxiété généralisée.

2. PROCÉDURE

Vous serez évalué par un clinicien de notre équipe avec l'*Entrevue structurée pour les troubles anxieux (ESTA)* (durée d'environ 90 minutes). Malgré le fait que cette rencontre d'évaluation soit offerte dans un local de la CSPUQO, le projet n'a aucun lien avec les activités régulières de la CSPUQO. Ainsi, vous n'aurez aucun dossier à la CSPUQO en participant à cette étude. Au début de cette rencontre, vous signerez le présent formulaire de consentement. Après cette évaluation, les membres de l'équipe de recherche se réuniront pour discuter et s'assurer que vous rencontrez bien les critères requis pour l'étude. Nous vous ferons ensuite part de la décision de l'équipe.

Si vous rencontrez les critères de sélection de l'étude, vous aurez à signer un autre formulaire de consentement concernant la suite de l'étude. Si vous ne rencontrez pas les critères de sélection de l'étude, une liste de ressources sera mise à votre disposition.

3. RISQUES ET BÉNÉFICES

A. Risques, effets secondaires et désagréments

Il n'est pas impossible que certaines questions provoquent un léger malaise à court terme (possiblement en vous faisant réfléchir à vos difficultés). Par contre, cette entrevue a déjà été utilisée à plusieurs reprises auprès des personnes anxieuses et les malaises sont rares. Si cela vous arrive, nous vous prions d'en discuter avec nous.

B. Bénéfices et avantages

En participant à cette partie de l'étude, vous bénéficierez d'une évaluation détaillée de votre état. Évidemment, si vous rencontrez les critères de sélection pour l'étude de traitement, vous recevrez une psychothérapie pour le traitement du TAG. Parallèlement, vous pourrez contribuer à l'avancement des connaissances en participant à cette étude.

4. CONDITIONS DE PARTICIPATION

a) Compensation

Vous ne recevrez aucune compensation financière pour votre participation à cette étude.

b) Confidentialité

Tous les renseignements recueillis à votre sujet demeureront strictement confidentiels, dans les limites prévues par la loi, et vous ne serez identifié que par un code. Les données papier de l'étude seront conservées sous clé dans le Laboratoire des troubles d'anxiété à l'UQO. Ces données seront conservées pendant une période de 5 ans suite à la fin de la collecte de données de l'étude.

c) Indemnisation en cas de préjudice

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits et vous ne libérez pas les chercheurs, l'organisme subventionnaire (Instituts de recherche en santé du Canada) ou les établissements impliqués de leurs responsabilités légales et professionnelles.

d) Participation volontaire et retrait de l'étude

Votre participation à cette étude est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de l'étude à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision au chercheur ou à l'un des membres de l'équipe de recherche.

e) Identification des personnes-ressources

Si vous avez des questions concernant le projet de recherche ou si vous éprouvez un problème que vous croyez relier à votre participation au projet, vous pouvez communiquer avec le chercheur responsable du projet aux numéros suivants :

Michel Dugas, Ph.D.
Professeur titulaire en psychologie
Université du Québec en Outaouais
Tél : 819-595-3900, poste 2509
Courriel : michel.dugas@uqo.ca

f) Surveillance des aspects éthiques du projet de recherche

Le comité d'éthique de la recherche de l'UQO a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. De plus, ce comité approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement ainsi qu'au protocole de recherche. Si vous désirez obtenir des informations supplémentaires pour toute question d'ordre éthique concernant votre participation à ce projet de recherche, vous pouvez joindre le président du Comité d'éthique de la recherche de l'UQO aux coordonnées suivantes :

André Durivage
Président du Comité d'éthique de la recherche
Université du Québec en Outaouais
283, boulevard Alexandre-Taché
Case postale 1250, succursale Hull
Gatineau, Québec, Canada, J8X 3X7
Tél : 819 595-3900, poste 1781
Courriel : andre.durivage@uqo.ca



CONSENTEMENT

Titre de l'étude : Les expériences comportementales pour l'intolérance à l'incertitude : un traitement concis pour le trouble d'anxiété généralisée

Je comprends que je donne mon consentement pour que l'équipe de recherche évalue si je rencontre les critères de sélection de l'étude.

Je comprends que je peux retirer mon consentement et interrompre ma participation à tout moment, sans conséquences négatives.

Je comprends que ma participation à cette étude est CONFIDENTIELLE (c.-à-d. les membres de l'équipe connaissent mon identité mais ne la révéleront pas).

JE CONSENS DONC, DE FAÇON LIBRE ET VOLONTAIRE À PARTICIPER À L'ÉVALUATION :

OUI _____ NON _____

Nom du participant	Signature	Date

Nom de la personne qui obtient le consentement	Signature	Date

Signature du chercheur responsable	Date

ANNEXE B – DÉCLARATION ÉTHIQUE



Statuts pour le projet 2252-D

Information générale

Identifiant Nagano (acronyme)	2252-D
Numéros	2018-173, 2252-D
Type de projet	Demande d'approbation éthique pour un projet de recherche impliquant des êtres humains (pré-Nagano)
Processus accéléré	Non
Si sous-étude, étude principale	Aucune étude principale
Champ d'application	Département de psychoéducation et de psychologie
Bureau	Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec en Outaouais
Lieu d'évaluation éthique	Évaluation locale
Statut	Autorisé pour la recherche
Utilisateur principal	Giguère Marchal, Katia
Date d'approbation du CÉR évaluateur	2018-02-11
Date de renouvellement	2023-02-11

Statuts du projet CÉR

Statut	Date de création	Utilisateur
Approbation	2019-01-15 13:54	Nagano, Semiweb
À l'étude	2019-01-15 13:54	Nagano, Semiweb
Dossier complet	2019-01-15 13:54	Nagano, Semiweb
Déposé	2019-01-15 13:54	Nagano, Semiweb
En préparation	2019-01-15 13:54	Nagano, Semiweb

Statuts des formulaires

9 - Formulaire de demande de renouvellement de l'approbation éthique

Formulaire	Créé le	Déposé le	Approuvé / traité	Déposé par
F9-7777	2022-01-11 13:34	2022-01-12 09:45	2022-01-12 10:45	Dugas, Michel
F9-5083	2021-01-11 13:53	2021-01-15 10:34	2021-01-15 11:32	Dugas, Michel
F9-2731	2020-01-10 14:56	2020-01-14 17:11	2020-01-15 13:55	Dugas, Michel
F9-201	2019-01-15 15:09	2019-01-22 11:29	2019-01-22 13:19	Dugas, Michel

1b - Formulaire de demande de certificat d'éthique pour un projet de recherche qui s'insère dans un projet d'un professeur

Formulaire	Créé le	Déposé le	Approuvé / traité	Déposé par
F1b-173	2019-01-15 13:54	2019-01-15 13:54	2019-01-15 13:54	Nagano, Semiweb

ANNEXE C – ENTREVUE STRUCTURÉE POUR LES TROUBLES ANXIEUX, VERSION
DSM-IV (INTRODUCTION ET VERSION TAG SEULEMENT)

Si vous deviez n'en nommer qu'une, quelle raison principale donneriez-vous à votre présence ici aujourd'hui? (Noter mot pour mot la réponse du patient.)

Au cours de la dernière année, avez-vous éprouvé certaines difficultés ou connu des changements relatifs aux aspects suivants de votre vie :

-Famille / relations ?

-Problèmes juridiques / policiers?

-Travail / études?

-Situation financière?

-Santé (personnelle)?

-Sous-questionner : Et au cours de votre vie ?

-Santé (de vos proches)?

-Prise actuelle de médicaments contre l'anxiété, la dépression ou autre problème émotionnel?:

Médicament 1 _____ Dosage _____ Fréquence _____

Médicament 2 _____ Dosage _____ Fréquence _____

Médicament 3 _____ Dosage _____ Fréquence _____

-Avez-vous déjà été hospitalisé(e) pour vos difficultés de santé mentale (anxiété, dépression) ? Si oui, préciser l'endroit et la durée de l'hospitalisation.

-Avez-vous déjà suivi une psychothérapie pour vos difficultés de santé mentale (anxiété, dépression) ? Si oui, préciser l'approche et la durée.

TROUBLE D'ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE

- 1) **Au cours des derniers mois, avez-vous été constamment inquiets ou anxieux relativement à un certain nombre d'événements ou de situations de la vie quotidienne?**

OUI _____ NON _____

(Note : Sous-questionner en définissant ce qu'on entend par « inquiétude »)

De quels types de choses vous inquiétez vous?

- 2) **Je vais maintenant vous poser une série de questions sur l'inquiétude que vous éprouvez relativement à certains aspects de la vie.**

Utiliser les espaces sous chaque sujet potentiel d'inquiétude pour relever le contenu spécifique de l'inquiétude du patient. Il faudra souvent poursuivre l'interrogatoire pour déterminer si les sujets d'inquiétude exprimés par le patient ne sont pas reliés à un trouble concomitant de l'Axe I.

Si on détermine que le sujet d'inquiétude s'inscrit totalement dans un autre trouble de l'Axe I, accorder la cote "0"- Utiliser la section réservée aux commentaires pour inscrire toute information cliniquement pertinente (p. ex. : présence d'un trouble concomitant auquel est relié le sujet d'inquiétude).

Pour chaque sujet d'inquiétude, faire une cotation distincte du caractère excessif et de la perception de l'incontrôlabilité à l'aide des échelles et questions ci-dessous.

FRÉQUENCE : À quelle fréquence vous inquiétez-vous à propos de _____ ? ; quel degré de tension et d'anxiété ce sujet d'inquiétude _____ produit-il?

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Jamais inquiet / Pas de tension		Rarement inquiet / Tension légère		Parfois inquiet / Tension modérés		Souvent inquiet / Tension sévère		Constamment inquiet / Tension très sévère

EXCÈS : Compte tenu de votre situation de vie, est-ce que cette inquiétude à propos de _____ est exagérée? Si les choses vont bien, est-ce que vous vous inquiétez quand même à propos de _____ ?

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Pas du tout excessif		Légèrement excessif		Modérément excessif		Très excessif		Extrêmement excessif

CONTROLE : Éprouvez-vous de la difficulté à contrôler votre inquiétude à propos de _____ en ce sens qu'il est difficile de cesser de vous inquiéter à ce sujet?

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Jamais/ Pas de difficulté		Rarement/ difficulté légère		Parfois/ difficulté modérés		Souvent/ difficulté prononcée		Constamment/ Difficulté extrême

	Fréquence	Excès	Contrôle	Commentaires
a) Sujets mineurs (p.ex. : ponctualité, réparations mineures)	_____	_____	_____	_____
b) Travail/Études	_____	_____	_____	_____
c) Famille	_____	_____	_____	_____
d) Situation financière	_____	_____	_____	_____

(Suite...)

	0	1	2	3	4	5	6	7	8
	Jamais/ Pas de difficulté		Rarement/ difficulté légère		Parfois/ difficulté modérés		Souvent/ difficulté prononcée		Constamment/ Difficulté extrême
			Fréquence		Excès		Contrôle		Commentaires
a) Relations sociales/ Interpersonnelles			_____		_____		_____		_____
b) Santé (personnelle)			_____		_____		_____		_____
c) Santé (des proches)			_____		_____		_____		_____
d) Situation dans la société/dans le monde			_____		_____		_____		_____
e) Autre			_____		_____		_____		_____

En l'absence d'inquiétude excessive/incontrôlable,
passer à la section **TROUBLE OBSESSIONNEL-COMPULSIF** (p.31)

II. ÉPISODE ACTUEL

Je vais maintenant vous poser une série de questions sur la période actuelle d'inquiétude à propos de ces sujets.

Énumérer les principaux sujets d'inquiétude :

1) **Au cours des 6 derniers mois, ces sujets ont-ils été une source d'inquiétude la majorité des jours?**

OUI _____ NON _____

2) **Au cours d'une journée ordinaire du mois passé, quel pourcentage de la journée diriez-vous que vous étiez inquiet (en moyenne, 16 heures / jour) ?_**

_____%

3) **Au cours des 6 derniers mois, jusqu'à quel point est-ce que la sensation de _____ a été sévère? Le symptôme de/d' _____ a-t-il été présent la majorité des jours au cours des 6 derniers mois?**

(Ne pas relever les symptômes qui sont associés à d'autres troubles comme la panique, la phobie sociale, etc.)

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Aucune		Légère		Modérée		Sévère		Très sévère

	Sévérité	La majorité des jours
a) Agitation, fièvre, sensation d'être survolté ou à bout ...	_____	<u> O </u> <u> N </u>
b) Facilement fatigué	_____	<u> O </u> <u> N </u>
c) Difficultés de concentration ou trous de mémoire	_____	<u> O </u> <u> N </u>
d) Irritabilité	_____	<u> O </u> <u> N </u>
e) Tension musculaire	_____	<u> O </u> <u> N </u>
f) Difficulté d'endormissement ou sommeil interrompu; sommeil agité ou peu reposant	_____	<u> O </u> <u> N </u>
g) <i>Maux de tête</i>	_____	<u> O </u> <u> N </u>
h) <i>Maux de ventre</i>	_____	<u> O </u> <u> N </u>
i) <i>Diarrhée</i>	_____	<u> O </u> <u> N </u>

(Les symptômes g), h) et i) ont été ajoutés à titre exploratoire. Discuté le 7 mai 08, ajouté le 21 mai 08)

- 4) **De quelle façon ces inquiétudes et cette tension/anxiété associée à ces sujets d'inquiétude ont-elles interférées votre vie (vie de tous les jours, travail, activités sociales)? A quel point ces inquiétudes vous ont-elles dérangé?**

Coter le degré de d'interférence: _____ et de détresse : _____

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Aucune		Légère		Modérée		Sévère		Très sévère

- 5a) **Pendant cette période, à quel moment ces inquiétudes et ces symptômes de tension/d'anxiété sont-ils devenus problématiques en ce sens qu'ils se sont produits de façon persistante, vous ont ennuyé et que vous avez eu de la difficulté à les contrôler, ou qu'ils ont interféré avec votre vie d'une façon ou d'une autre?**

(Note: si le patient reste imprécis quant à la date d'apparition, tenter d'obtenir des renseignements plus précis, par exemple, en essayant d'établir un lien entre l'apparition de la perturbation et des faits réels survenus dans la vie du patient.)

Date d'apparition : _____ Mois _____ Année

- 5b) **Avez-vous été soumis à ce moment à un type quelconque de stress?**

OUI _____ NON _____

Que s'est-il passé dans votre vie à ce moment-là?

- 6) **Juste avant ou pendant cette période actuelle au cours de laquelle vous avez eu ces inquiétudes et ces sentiments persistants de tension/d'anxiété, avez-vous pris des médicaments ou d'autres types de drogues sur une base régulière?**

OUI _____ NON _____

Préciser (Type, quantité, dates d'utilisation) :

- 7) **Juste avant ou pendant cette période actuelle au cours de laquelle vous avez eu ces inquiétudes et ces sentiments persistants de tension/d'anxiété, avez-vous eu des problèmes de santé (par ex. hyperthyroïdisme)?**

OUI _____ NON _____

Préciser (Type, dates d'apparition/de rémission) :

Impression clinique – Présence du trouble ?

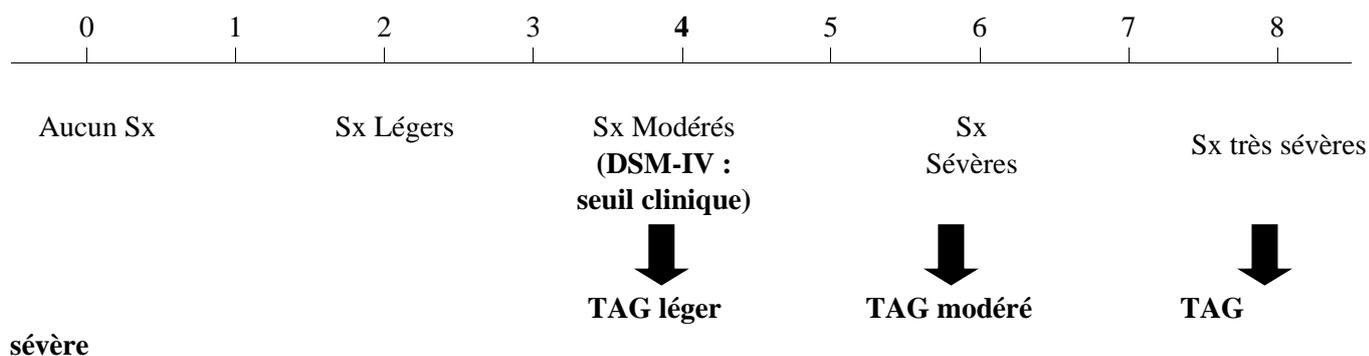
OUI

NON

Résumé narratif

Description par le clinicien de toutes autres informations pouvant influencer la décision d'inclure ou de ne pas inclure la personne dans l'étude.

Cotation de la sévérité des symptômes (Sx):



Axe I:

Diagnostic principal: _____ Sévérité: _____

Diagnosics secondaires: _____ Sévérité: _____

_____ Sévérité: _____

_____ Sévérité: _____

Niveau de certitude diagnostique (0 - 100): _____

NOTE : À l'exception des personnes en évaluation pré-traitement,
poser les 2 questions à la page suivante.

ANNEXE D – ÉCHELLE DE DRAMATISATION FACE À LA DOULEUR

ÉCHELLE DE DRAMATISATION FACE À LA DOULEUR

PAIN CATASTROPHIZING SCALE

Michael JL Sullivan (1995)

Chacun d'entre nous aura à subir des expériences douloureuses. Cela peut être la douleur associée aux maux de tête, à un mal de dent ou encore la douleur musculaire ou aux articulations. Il nous arrive souvent d'avoir à subir des expériences douloureuses telles que la maladie, une blessure, un traitement dentaire ou une intervention chirurgicale.

CONSIGNES : Dans le présent questionnaire, nous vous demandons de décrire le genre de pensées et d'émotions que vous avez quand vous avez de la douleur. Vous trouverez ci-dessous treize énoncés décrivant différentes pensées et émotions qui peuvent être associées à la douleur. **Veillez indiquer à quel point vous avez ces pensées et émotions, selon l'échelle ci-dessous, quand vous avez de la douleur.**

0	1	2	3	4
pas du tout	quelque peu	de façon modérée	beaucoup	tout le temps

Quand j'ai de la douleur...

1. J'ai peur qu'il n'y aura pas de fin à la douleur
2. Je pense que je ne peux pas continuer
3. C'est terrible et je pense que ça ne s'améliorera jamais
4. C'est affreux et je sens que c'est plus fort que moi
5. Je sens que je ne peux plus supporter la douleur
6. J'ai peur que la douleur s'empire

7. Je ne fais que penser à d'autres expériences douloureuses
8. Avec inquiétude, je souhaite que la douleur disparaisse
9. Je ne peux m'empêcher d'y penser
10. Je ne fais que penser à quel point ça fait mal
11. Je ne fais que penser à quel point je veux que la douleur disparaisse
12. Il n'y a rien que je puisse faire pour réduire l'intensité de la douleur
13. Je me demande si quelque chose de grave va se produire

ANNEXE E – QUESTIONNAIRE SUR LES INQUIÉTUDES ET L'ANXIÉTÉ

QIA

QIA

No. Dossier _____

Date _____

1. Quels sont les sujets à propos desquels vous vous inquiétez le plus souvent?

a) _____

d) _____

b) _____

e) _____

c) _____

f) _____

Pour les numéros suivants, encerclez le chiffre correspondant (0 à 8).

2. Est-ce que vos inquiétudes vous semblent excessives ou exagérées?

Aucunement
excessivesModérément
excessivesComplètement
excessives

.....0..... 1..... 2..... 3..... 4..... 5..... 6..... 7..... 8.....

3. Durant les derniers six mois, combien de jours avez-vous été troublé-e par des inquiétudes excessives?

Jamais

1 jour
sur 2À tous
les jours

.....0..... 1..... 2..... 3..... 4..... 5..... 6..... 7..... 8.....

4. Est-ce que vous avez de la difficulté à contrôler vos inquiétudes? Par exemple, lorsque vous commencez à vous inquiéter à propos de quelque chose, avez-vous de la difficulté à vous arrêter?

Aucune
difficultéDifficulté
modéréeDifficulté
extrême

.....0..... 1..... 2..... 3..... 4..... 5..... 6..... 7..... 8.....

5. Durant les derniers six mois, avez-vous souvent été troublé-e par une ou l'autre des sensations suivantes lorsque vous étiez inquiet-ète ou anxieux-se? Cotez chaque sensation en encerclant un chiffre (0 à 8).

a) Agité-e, surexcité-e ou avoir les nerfs à vif

Aucunement	Modérément	Très sévèrement
.....0..... 1..... 2..... 3..... 4..... 5..... 6..... 7..... 8.....		

b) Facilement fatigué-e

Aucunement	Modérément	Très sévèrement
.....0..... 1..... 2..... 3..... 4..... 5..... 6..... 7..... 8.....		

c) Difficulté à se concentrer ou blanc de mémoire

Aucunement	Modérément	Très sévèrement
.....0..... 1..... 2..... 3..... 4..... 5..... 6..... 7..... 8.....		

d) Irritabilité

Aucunement	Modérément	Très sévèrement
.....0..... 1..... 2..... 3..... 4..... 5..... 6..... 7..... 8.....		

e) Tensions musculaires

Aucunement	Modérément	Très sévèrement
.....0..... 1..... 2..... 3..... 4..... 5..... 6..... 7..... 8.....		

f) Problèmes de sommeil (difficulté à tomber ou rester endormi-e ou sommeil agité et insatisfaisant)

Aucunement	Modérément	Très sévèrement
.....0..... 1..... 2..... 3..... 4..... 5..... 6..... 7..... 8.....		

6. À quel point est-ce que l'anxiété ou l'inquiétude interfère avec votre vie, c'est-à-dire votre travail, activités sociales, famille, etc?

Aucunement	Modérément	Très sévèrement
.....0..... 1..... 2..... 3..... 4..... 5..... 6..... 7..... 8.....		

ANNEXE F – ÉCHELLE D'INTOLÉRANCE À L'INCERTITUDE

ÉII

ÉII

No. Dossier _____

Date _____

Voici une série d'énoncés qui représentent comment les gens peuvent réagir à l'incertitude dans la vie. Veuillez encercler le numéro (1 à 5) approprié pour exprimer jusqu'à quel point chacun des énoncés suivants correspond à vous.

- | | Pas du tout
correspondant | Un peu
correspondant | Assez
correspondant | Très
correspondant | Tout à fait
correspondant |
|--|------------------------------|-------------------------|------------------------|-----------------------|------------------------------|
| 1. L'incertitude m'empêche de prendre position. | 1..... | 2..... | 3..... | 4..... | 5..... |
| 2. Être incertain(e) veut dire qu'on est une personne désorganisée. | 1..... | 2..... | 3..... | 4..... | 5..... |
| 3. L'incertitude rend la vie intolérable. | 1..... | 2..... | 3..... | 4..... | 5..... |
| 4. C'est injuste de ne pas avoir de garanties dans la vie. | 1..... | 2..... | 3..... | 4..... | 5..... |
| 5. Je ne peux pas avoir l'esprit tranquille tant que je ne sais pas ce qui va arriver le lendemain. | 1..... | 2..... | 3..... | 4..... | 5..... |
| 6. L'incertitude me rend mal à l'aise, anxieux(se) ou stressé(e). | 1..... | 2..... | 3..... | 4..... | 5..... |
| 7. Les imprévus me dérangent énormément. | 1..... | 2..... | 3..... | 4..... | 5..... |
| 8. Ça me frustre de ne pas avoir toute l'information dont j'ai besoin. | 1..... | 2..... | 3..... | 4..... | 5..... |
| 9. L'incertitude m'empêche de profiter pleinement de la vie. | 1..... | 2..... | 3..... | 4..... | 5..... |
| 10. On devrait tout prévenir pour éviter les surprises. | 1..... | 2..... | 3..... | 4..... | 5..... |
| 11. Un léger imprévu peut tout gâcher, même la meilleure des planifications. | 1..... | 2..... | 3..... | 4..... | 5..... |

- | | Pas du tout
correspondant | Un peu
correspondant | Assez
correspondant | Très
correspondant | Tout à fait
correspondant |
|--|------------------------------|-------------------------|------------------------|-----------------------|------------------------------|
| 12. Lorsque c'est le temps d'agir,
l'incertitude me paralyse. | 1..... | 2..... | 3..... | 4..... | 5..... |
| 13. Être incertain(e) veut dire que
je ne suis pas à la hauteur. | 1..... | 2..... | 3..... | 4..... | 5..... |
| 14. Lorsque je suis incertain(e),
je ne peux pas aller de l'avant. | 1..... | 2..... | 3..... | 4..... | 5..... |
| 15. Lorsque je suis incertain(e), je
ne peux pas bien fonctionner. | 1..... | 2..... | 3..... | 4..... | 5..... |
| 16. Contrairement à moi, les autres
semblent toujours savoir où
ils vont dans la vie. | 1..... | 2..... | 3..... | 4..... | 5..... |
| 17. L'incertitude me rend vulnérable,
malheureux(se) ou triste. | 1..... | 2..... | 3..... | 4..... | 5..... |
| 18. Je veux toujours savoir ce
que l'avenir me réserve. | 1..... | 2..... | 3..... | 4..... | 5..... |
| 19. Je déteste être pris(e) au dépourvu. | 1..... | 2..... | 3..... | 4..... | 5..... |
| 20. Le moindre doute peut
m'empêcher d'agir. | 1..... | 2..... | 3..... | 4..... | 5..... |
| 21. Je devrais être capable de
tout organiser à l'avance. | 1..... | 2..... | 3..... | 4..... | 5..... |
| 22. Être incertain(e), ça veut dire
que je manque de confiance. | 1..... | 2..... | 3..... | 4..... | 5..... |
| 23. Je trouve injuste que d'autres
personnes semblent certaines
face à leur avenir. | 1..... | 2..... | 3..... | 4..... | 5..... |
| 24. L'incertitude m'empêche
de bien dormir. | 1..... | 2..... | 3..... | 4..... | 5..... |
| 25. Je dois me retirer de
toute situation incertaine. | 1..... | 2..... | 3..... | 4..... | 5..... |

-
- | | Pas du tout
correspondant | Un peu
correspondant | Assez
correspondant | Très
correspondant | Tout à fait
correspondant |
|--|------------------------------|-------------------------|------------------------|-----------------------|------------------------------|
| 26. Les ambiguïtés de la vie me stressent. | 1..... | 2..... | 3..... | 4..... | 5..... |
| 27. Je ne tolère pas d'être indé-
cis(e) au sujet de mon avenir. | 1..... | 2..... | 3..... | 4..... | 5..... |

ANNEXE G – QUESTIONNAIRE D'ACCEPTATION ET D'ENGAGEMENT

QAA-2

Merci de répondre aux questions suivantes en encerclant le chiffre qui correspond le mieux à votre réponse.

Jamais vrai	Très rarement vrai	Rarement vrai	Parfois vrai	Souvent vrai	Presque toujours vrai	Toujours vrai
1	2	3	4	5	6	7

1.	Si j'ai un souvenir désagréable, je le laisse venir.	1	2	3	4	5	6	7
2.	Mes expériences et mes souvenirs douloureux me gênent pour conduire ma vie comme il me tiendrait à cœur de le faire.	1	2	3	4	5	6	7
3.	J'ai peur de mes émotions.	1	2	3	4	5	6	7
4.	J'ai peur de ne pas être capable de contrôler mes inquiétudes et mes émotions.	1	2	3	4	5	6	7
5.	Mes souvenirs douloureux m'empêchent de m'épanouir dans la vie.	1	2	3	4	5	6	7
6.	J'ai le contrôle de ma vie.	1	2	3	4	5	6	7
7.	Les émotions sont une source de problèmes dans ma vie.	1	2	3	4	5	6	7
8.	J'ai l'impression que la plupart des gens gèrent leur vie mieux que moi.	1	2	3	4	5	6	7
9.	Mes soucis m'empêchent de réussir.	1	2	3	4	5	6	7
10.	Mes pensées et mes émotions ne m'empêchent pas de vivre ma vie comme je le veux.	1	2	3	4	5	6	7

Version originale: Bond & Hayes (2005)

Traduction et adaptation française: Monestès et coll. (2010)

ANNEXE H – INVENTAIRE D'ANXIÉTÉ DE BECK

IAB

IAB

No. Dossier _____

Date _____

Voici une liste de symptômes courants dûs à l'anxiété. Veuillez lire chaque symptôme attentivement et utilisez l'échelle ci-dessous pour exprimer à quel degré vous avez été affecté(e) par chacun de ces symptômes au cours de la dernière semaine, aujourd'hui inclus.

	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup
1. Sensations d'engourdissement ou de picotement.	0.....	1.....	2.....	3.....
2. Bouffées de chaleur.	0.....	1.....	2.....	3.....
3. Jambes molles, tremblements dans les jambes.	0.....	1.....	2.....	3.....
4. Incapacité de se détendre.	0.....	1.....	2.....	3.....
5. crainte que le pire ne survienne.	0.....	1.....	2.....	3.....
6. Étourdissement ou vertige, désorientation.	0.....	1.....	2.....	3.....
7. Battements cardiaques marqués.	0.....	1.....	2.....	3.....
8. mal assuré(e), manque d'assurance dans mes mouvements.	0.....	1.....	2.....	3.....
9. Terrifié(e).	0.....	1.....	2.....	3.....
10. Nervosité.	0.....	1.....	2.....	3.....
11. Sensation d'étouffement.	0.....	1.....	2.....	3.....
12. Tremblement de mains.	0.....	1.....	2.....	3.....
13. tremblements, chancelant(e).	0.....	1.....	2.....	3.....

	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup
14. crainte de perdre le contrôle.	0.....	1.....	2.....	3.....
15. Respiration difficile.	0.....	1.....	2.....	3.....
16. Peur de mourir.	0.....	1.....	2.....	3.....
17. Sensation de peur, "avoir la frousse".	0.....	1.....	2.....	3.....
18. Indigestion ou malaise abdominal.	0.....	1.....	2.....	3.....
19. Sensation de défaillance ou d'évanouissement.	0.....	1.....	2.....	3.....
20. Rougissement du visage.	0.....	1.....	2.....	3.....
21. Transpiration (non associée à la chaleur).	0.....	1.....	2.....	3.....

ANNEXE I – L'INVENTAIRE DE DÉPRESSION DE BECK

IDB-II

IDB-II

No. participant _____

Date _____

Ce questionnaire comporte 21 groupes d'énoncés. Veuillez lire avec soin chacun de ces groupes puis, dans chaque groupe, choisissez **l'énoncé** qui décrit le mieux comment vous vous êtes senti(e) **au cours des deux dernières semaines, incluant aujourd'hui**. Encerclez alors le chiffre placé devant l'énoncé que vous avez choisi. Si, dans un groupe d'énoncés, vous en trouvez plusieurs qui semblent décrire également bien ce que vous ressentez, choisissez celui qui a le chiffre le plus élevé et encerclez ce chiffre. Assurez-vous bien de ne choisir qu'**un seul** énoncé dans chaque groupe, y compris le groupe no. 16 (modifications dans les habitudes de sommeil) et le groupe no. 18 (modifications de l'appétit).

1) Tristesse

- 0 Je ne me sens pas triste.
- 1 Je me sens très souvent triste.
- 2 Je suis tout le temps triste.
- 3 Je suis si triste ou si malheureux(se), que ce n'est pas supportable.

2) Pessimisme

- 0 Je ne suis pas découragé(e) face à mon avenir.
- 1 Je me sens plus découragé(e) qu'avant face à mon avenir.
- 2 Je ne m'attends pas à ce que les choses s'arrangent pour moi.
- 3 J'ai le sentiment que mon avenir est sans espoir et qu'il ne peut qu'empirer.

3) Échecs dans le passé

- 0 Je n'ai pas le sentiment d'avoir échoué dans la vie, d'être un(e) raté(e).
- 1 J'ai échoué plus souvent que je n'aurais dû.
- 2 Quand je pense à mon passé, je constate un grand nombre d'échecs.
- 3 J'ai le sentiment d'avoir complètement raté ma vie.

4) Perte de plaisir

- 0 J'éprouve toujours autant de plaisir qu'avant aux choses qui me plaisent.
- 1 Je n'éprouve pas autant de plaisir aux choses qu'avant.
- 2 J'éprouve très peu de plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.
- 3 Je n'éprouve aucun plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.

5) Sentiments de culpabilité

- 0 Je ne me sens pas particulièrement coupable.
- 1 Je me sens coupable pour bien des choses que j'ai faites ou que j'aurais dû faire.
- 2 Je me sens coupable la plupart du temps.
- 3 Je me sens tout le temps coupable.

6) Sentiment d'être puni(e)

- 0 Je n'ai pas le sentiment d'être puni(e).
- 1 Je sens que je pourrais être puni(e).
- 2 Je m'attends à être puni(e).
- 3 J'ai le sentiment d'être puni(e).

7) Sentiments négatifs envers soi-même

- 0 Mes sentiments envers moi-même n'ont pas changé.
- 1 J'ai perdu confiance en moi.
- 2 Je suis déçu(e) par moi-même.
- 3 Je ne m'aime pas du tout.

8) Attitude critique envers soi

- 0 Je ne me blâme pas ou ne me critique pas plus que d'habitude.
- 1 Je suis plus critique envers moi-même que je ne l'étais.
- 2 Je me reproche tous mes défauts.
- 3 Je me reproche tous les malheurs qui arrivent.

9) Pensées ou désirs de suicide

- 0 Je ne pense pas du tout à me suicider.
- 1 Il m'arrive de penser à me suicider, mais je ne le ferais pas.
- 2 J'aimerais me suicider.
- 3 Je me suiciderais si l'occasion se présentait.

10) Pleurs

- 0 Je ne pleure pas plus qu'avant.
- 1 Je pleure plus qu'avant.
- 2 Je pleure pour la moindre petite chose.
- 3 Je voudrais pleurer mais je n'en suis pas capable.

11) Agitation

- 0 Je ne suis pas plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.
- 1 Je me sens plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.
- 2 Je suis si agité(e) ou tendu(e) que j'ai du mal à rester tranquille.
- 3 Je suis si agité(e) ou tendu(e) que je dois continuellement bouger ou faire quelque chose.

12) Perte d'intérêt

- 0 Je n'ai pas perdu d'intérêt pour les gens ou pour les activités.
- 1 Je m'intéresse moins qu'avant aux gens et aux choses.
- 2 Je ne m'intéresse presque plus aux gens et aux choses.
- 3 J'ai du mal à m'intéresser à quoi que se soit.

13) Indécision

- 0 Je prends des décisions toujours aussi bien qu'avant.
- 1 Il m'est plus difficile que d'habitude de prendre des décisions.
- 2 J'ai beaucoup plus de mal qu'avant à prendre des décisions.
- 3 J'ai du mal à prendre n'importe quelle décision.

14) Dévalorisation

- 0 Je pense être quelqu'un de valable.
- 1 Je ne crois pas avoir autant de valeur ni être aussi utile qu'avant.
- 2 Je me sens moins valable que les autres.
- 3 Je sens que je ne vauds absolument rien.

15) Perte d'énergie

- 0 J'ai toujours autant d'énergie qu'avant.
- 1 J'ai moins d'énergie qu'avant.
- 2 Je n'ai pas assez d'énergie pour pouvoir faire grand-chose.
- 3 J'ai trop peu d'énergie pour faire quoi que ce soit.

16) Modifications dans les habitudes de sommeil

- 0 Mes habitudes de sommeil n'ont pas changé.
- 1a Je dors un peu plus que d'habitude.
- 1b Je dors un peu moins que d'habitude.
- 2a Je dors beaucoup plus que d'habitude.
- 2b Je dors beaucoup moins que d'habitude.
- 3a Je dors presque toute la journée.
- 3b Je me réveille une ou deux heures plus tôt et je suis incapable de me rendormir.

17) Irritabilité

- 0 Je ne suis pas plus irritable que d'habitude.
- 1 Je suis plus irritable que d'habitude.
- 2 Je suis beaucoup plus irritable que d'habitude.
- 3 Je suis constamment irritable.

18) Modifications de l'appétit

- 0 Mon appétit n'a pas changé.
- 1a J'ai un peu moins d'appétit que d'habitude.
- 1b J'ai un peu plus d'appétit que d'habitude.
- 2a J'ai beaucoup moins d'appétit que d'habitude.
- 2b J'ai beaucoup plus d'appétit que d'habitude.
- 3a Je n'ai pas d'appétit du tout.
- 3b J'ai constamment envie de manger.

19) Difficulté à se concentrer

- 0 Je parviens à me concentrer toujours aussi bien qu'avant.
- 1 Je ne parviens pas à me concentrer aussi bien que d'habitude.
- 2 J'ai du mal à me concentrer longtemps sur quoi que ce soit.
- 3 Je me trouve incapable de me concentrer sur quoi que ce soit.

20) Fatigue

- 0 Je ne suis pas plus fatigué(e) que d'habitude.
- 1 Je me fatigue plus facilement que d'habitude.
- 2 Je suis trop fatigué(e) pour faire un grand nombre de choses que je faisais avant.
- 3 Je suis trop fatigué(e) pour faire la plupart des choses que je faisais avant.

21) Perte d'intérêt pour le sexe

- 0 Je n'ai pas noté de changement récent dans mon intérêt pour le sexe.
- 1 Le sexe m'intéresse moins qu'avant.
- 2 Le sexe m'intéresse beaucoup moins maintenant.
- 3 J'ai perdu tout intérêt pour le sexe.