

Université du Québec en Outaouais

La sévérité du trouble d'anxiété généralisée : exploration du rôle de l'intolérance à l'incertitude et des comportements sécurisants.

Essai doctoral
Présenté au
Département de psychoéducation et de psychologie

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

Par
© Sonia LEROUX

Août 2026

Composition du jury

La sévérité du trouble d'anxiété généralisée : exploration du rôle de l'intolérance à l'incertitude et des comportements sécurisants.

Par
Sonia Leroux

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

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

Isabelle Green-Demers, Ph.D., examinatrice interne, Département de psychoéducation et de psychologie, Université du Québec en Outaouais

Magdalena Zdebik, Ph.D., examinatrice interne, Département de psychoéducation et de psychologie, Université du Québec en Outaouais

Pascale Brillon, Ph.D., examinatrice externe, Département de psychologie, Université du Québec à Montréal

Dédicace

Je dédie cet accomplissement :

*À Christian, Édouard et Laurent.
Les trois hommes de ma vie,
mon point d'ancrage.
Je vous aime à l'infini ♥∞*

*À la nature,
Si adaptative et résiliente aux changements.
Ta beauté m'émerveille et
Ton contact me fait profondément du bien.*

*Et finalement à toi mon intuition, mystérieuse et illogique,
Qui était convaincue (et convaincante) que cette
Décision de changement de carrière me conduirait
Sur une voie lumineuse et porteuse de sens.
Tu ne t'es pas trompée.*

Remerciements

Comme l'a dit Earl Nightingale, « *Never give up on a dream just because of the time it will take to accomplish it. The time will pass anyway.* », je n'ai pas compté le temps durant cette aventure atypique de retour aux études à la mi-trentaine. Cette transition m'a réalignée sur l'essentiel : la qualité et l'authenticité des relations humaines.

Je tiens à souligner que la rédaction de cet essai a constitué un travail exigeant, moi qui suis davantage habile à vulgariser la science qu'à la rédiger. Honnêtement, je n'y serais pas parvenue sans la rigueur et l'accompagnement de mon directeur de recherche, Michel Dugas. J'éprouve beaucoup de gratitude pour ta patience et ta disponibilité constante. Merci aux membres de mon jury d'avoir accepté de consacrer de votre précieux temps à mon projet. Merci aussi aux participants de nous permettre d'apprendre et rendre notre pratique professionnelle plus efficace grâce au partage de votre vécu.

Au niveau clinique, merci à mes superviseurs. Vous m'épatez par vos multiples talents, autant dans vos bureaux que dans vos vies personnelles. Chers clients, je suis touchée par votre courage et la confiance que vous m'accordez. C'est un privilège de vous voir évoluer et j'ai un immense respect pour chacune de vos histoires.

Au-delà de cet essai et de ma pratique clinique, il y a près d'une décennie de travail qui n'aurait pas été possible sans l'appui de plusieurs personnes.

Tout d'abord, mon ami Sylvain, tu as rendu mon parcours tellement plus stimulant et agréable par ta soif d'apprendre. Merci pour ta confiance, nos discussions et ton écoute. J'espère que nous vivrons d'autres aventures ensemble.

À tous mes amis, merci d'être toujours là avec tant de patience et de loyauté, malgré mon manque de temps des dernières années. Votre amitié sincère, m'est infiniment précieuse.

Merci du fond du cœur à ma famille et belle-famille. À ma sœur, n'aie aucune inquiétude, tu resteras toujours la *nerd* de la famille. Je t'aime fort.

Un merci spécial à ma petite famille à moi. Cet accomplissement est autant le vôtre que le mien, car votre amour et votre soutien me portent au quotidien. Mes enfants, je suis chanceuse d'être votre maman. Merci pour votre adaptation à toutes les circonstances et pour votre acceptation de mes imperfections. J'espère vous avoir inspirés à suivre vos rêves, peu importe le travail pour les atteindre. J'ai hâte de vous voir tracer vos propres parcours de vie.

Christian, mon mari et complice, merci pour tous tes sacrifices. Tu es les racines de notre arbre familial. Merci de ta stabilité, ta présence rassurante, ton regard bienveillant et admiratif dans nos réussites, ainsi que ton écoute et tes encouragements dans nos défis. Tu es connecté à l'essentiel et ceci est profondément nutritif. Je suis une femme choyée d'être à tes côtés.

Finalement, à mes êtres chers partis beaucoup trop tôt, grâce à votre passage dans ma vie j'ai la certitude d'être aimée et forte. Vos départs prématurés m'incitent à savourer pleinement la vie et à continuer de m'entourer de personnes inspirantes. Je m'efforce à chaque jour d'honorer le bel héritage que vous m'avez transmis. J'imagine votre fierté en ce jour de remise!

Sur ce, je vous présente ma modeste contribution, l'ajout de mon grain de sable dans cette vaste plage de connaissances. Bonne lecture.

Résumé

Les modèles cognitifs et comportementaux du trouble d'anxiété généralisée (TAG) s'intéressent principalement aux dimensions cognitives, notamment l'intolérance à l'incertitude (II), et accordent peu d'attention aux dimensions comportementales. L'absence de symptômes comportementaux dans les critères diagnostiques du TAG pourrait expliquer le peu d'attention portée aux comportements sécurisants (CS), pourtant fréquemment rapportés par les personnes présentant ce trouble. À ce jour, peu d'études ont examiné l'impact spécifique de ces stratégies comportementales subtiles, déployées pour réduire l'inconfort face à une situation redoutée, sur la sévérité du TAG. **Objectif** : La présente étude vise à explorer, au sein d'une population clinique, le lien entre la sévérité du TAG et deux facteurs impliqués dans son étiologie : l'intolérance à l'incertitude (vulnérabilité cognitive) et les comportements sécurisants (vulnérabilité comportementale). L'objectif est de déterminer si les comportements sécurisants représentent un facteur de vulnérabilité distinct à la sévérité du TAG, au-delà de l'intolérance à l'incertitude. **Hypothèses** : Trois hypothèses ont été testées : (1) l'intolérance à l'incertitude sera positivement et significativement corrélée avec la sévérité du TAG; (2) les comportements sécurisants rapportés seront positivement et significativement corrélés avec la sévérité du TAG; et (3) l'intolérance à l'incertitude et les comportements sécurisants feront respectivement une contribution unique et significative à la prédiction de la sévérité du TAG. **Méthodologie** : L'échantillon est composé de 96 adultes francophones présentant un diagnostic primaire de TAG. La sévérité du TAG a été évaluée à l'aide de deux instruments: le Questionnaire sur les Inquiétudes et l'Anxiété (QIA; Dugas et al., 2001) mesurant la gravité des symptômes diagnostiques, et le Questionnaire sur les Inquiétudes de Penn State (QIPS; Gosselin et al., 2001) évaluant l'intensité des inquiétudes excessives. Les facteurs de vulnérabilité du TAG ont été mesurés à l'aide de l'Échelle d'Intolérance à l'Incertain (ÉII; Freeston et al., 1994) et du Questionnaire sur les Comportements Sécurisants du TAG (QCS-TAG; Marcotte-Beaumier et al., 2020). **Résultats** : L'ensemble des hypothèses formulées ont été confirmées. Les analyses de corrélation ont révélé des associations positives et significatives de l'intolérance à l'incertitude ($r = .49-.53, p < .001$) et des comportements sécurisants ($r = .48-.49, p < .001$) avec la sévérité du TAG (symptômes diagnostiques et inquiétudes excessives). Les résultats des analyses de régression hiérarchique ont indiqué que les comportements sécurisants expliquent 23-24% ($p < .001$) de la variance de la sévérité du TAG, l'intolérance à l'incertitude ajoutant 5-6% supplémentaires ($p < .01$). Dans les modèles finaux, les deux prédicteurs conservent une contribution distincte et significative ($\beta = .27-.33$) sur la sévérité des symptômes et des inquiétudes excessives associés au TAG. Ces résultats soutiennent que les vulnérabilités cognitives et comportementales exercent une contribution distincte à la sévérité du TAG. **Conclusion** : Les comportements constituent un facteur fortement associés à la sévérité de ce trouble anxieux. Ceux-ci contribuent de façon significative et unique, indépendamment de l'intolérance à l'incertitude, à la sévérité du TAG ne pouvant plus être relégués au second plan. Des implications au niveau théorique, clinique et diagnostique sont détaillées.

Mots clés : trouble d'anxiété généralisée, sévérité diagnostique, sévérité des inquiétudes, intolérance à l'incertitude, comportements sécurisants.

TABLE DES MATIÈRES

Résumé.....	iv
Liste des tableaux.....	vii
Liste des figures.....	viii
Liste des abréviations.....	ix
CHAPITRE I.....	1
Anxiété et troubles anxieux.....	1
Trouble d'anxiété généralisée (TAG)	1
Critères diagnostiques du TAG.....	1
Inquiétudes du TAG.....	2
Caractéristiques du TAG.....	3
Étiologie du TAG.....	5
Facteurs de vulnérabilité du TAG sélectionnés.	12
Intolérance à l'incertitude	13
Caractéristiques de l'intolérance à l'incertitude.....	13
Intolérance à l'incertitude et le TAG	14
Instruments de mesure de l'intolérance à l'incertitude	16
Comportements sécurisants.....	18
Caractéristiques des comportements sécurisants	18
Comportements sécurisants et le TAG.....	18
Instruments de mesure des comportements sécurisants	21
Sévérité du Trouble d'anxiété généralisée	24
Caractéristiques de la sévérité	24
Instruments de mesure de la sévérité	25
Sévérité et facteurs de vulnérabilité	27
Objectifs et hypothèses	30
CHAPITRE II - Méthodologie.....	30
Participants.....	31
Critères d'inclusion et d'exclusion	31
Échantillon	32
Procédure.....	34
Recrutement	34
Entrevue de dépistage téléphonique.....	34
Entrevue diagnostique.....	34
Collecte de données	35
Instruments de mesure.....	35
Mesures d'évaluation diagnostique.....	35
Entrevue téléphonique de dépistage.....	35
Entrevue Structurée pour les Troubles Anxieux, version DSM-IV	35

Mesures de la sévérité du TAG	36
Questionnaire sur les Inquiétudes de Penn State	36
Questionnaire sur les Inquiétudes et l'Anxiété	37
Mesures des facteurs de vulnérabilité du TAG	37
Échelle d'Intolérance à l'Incertitude	37
Questionnaire sur les Comportements Sécurisants du TAG	38
CHAPITRE III - Résultats.....	38
Analyses préliminaires	38
Analyses statistiques	40
CHAPITRE IV - Discussion.....	45
Implications théoriques, cliniques et diagnostiques	46
Implications théoriques	46
Implications cliniques	50
Implications diagnostiques.....	59
Forces et limites de l'étude	62
Pistes futures	63
CHAPITRE V - Conclusion	64
Références.....	66
Annexe 1 : Organigrammes des études	94
Annexe 2 : Dépistage téléphonique	96
Annexe 3 : Formulaires de consentement.....	105
Annexe 4 : ESTA – Section TAG uniquement.....	116
Annexe 5 : Échelle du clinicien	121
Annexe 6 : Questionnaire sur les Inquiétudes de Penn State (QIPS)	123
Annexe 7 : Questionnaire sur les Inquiétudes et l'Anxiété (QIA).....	126
Annexe 8 : Échelle d'Intolérance à l'Incertitude (ÉII)	129
Annexe 9 : Questionnaire sur les Comportements Sécurisants (QCS-TAG)	133

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Données socio-démographiques de l'échantillon	32
Tableau 2. Statistiques descriptives des questionnaires d'intérêt	40
Tableau 3. Corrélations entre les variables de l'étude	41
Tableau 4. Régression hiérarchique linéaire des variables prédisant la sévérité des symptômes.....	43
Tableau 5. Régression hiérarchique linéaire des variables prédisant la sévérité des inquiétudes.....	44

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Modèle de l'intolérance à l'incertitude révisé du TAG (MII-révisé).....	8
Figure 2. Organigramme de sélection des participants de la première étude	95
Figure 3. Organigramme de sélection des participants de la deuxième étude	95

LISTE DES ABRÉVIATIONS

APA	American Psychiatric Association
c.-à-d.	c'est-à-dire
CS	Comportements sécurisants
DSM	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i> Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux.
EC	Expériences comportementales
ÉII	Échelle d'Intolérance à l'Incertitude
GMF	Groupe de médecine familiale
II	Intolérance à l'incertitude
p. ex.	par exemple
MII	Modèle d'intolérance à l'incertitude
QCS-TAG	Questionnaire sur les Comportements Sécurisants du Trouble d'Anxiété Généralisée
QIA	Questionnaire sur les Inquiétudes et l'Anxiété
QIPS	Questionnaire sur les Inquiétudes de Penn State
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
TAG	Trouble d'anxiété généralisée
TCC	Thérapie cognitive-comportementale
TCC-II	Thérapie cognitive-comportementale centrée sur l'intolérance à l'incertitude
UQO	Université du Québec en Outaouais

CHAPITRE I

La sévérité du trouble d'anxiété généralisée : exploration du rôle de l'intolérance à l'incertitude et des comportements sécurisants

Anxiété et troubles anxieux

L'anxiété constitue un trait évolutif favorisant la survie par son rôle dans l'anticipation des risques futurs (Lee et al., 2006), par l'activation du processus de résolution de problèmes (Szabo et Lovibond, 2004) et par la mise en place de stratégies préventives en vue d'affronter ou d'éviter les situations émergentes (Salali et al., 2021). Bien que l'anxiété puisse représenter une expérience désagréable, elle est en revanche inévitable, rentable et même nécessaire pour survivre. Cependant, l'anxiété peut prendre une telle ampleur qu'elle basculera vers un trouble de santé mentale se traduisant par une détérioration de la qualité de vie, une détresse émotionnelle et une entrave au fonctionnement quotidien. Dans de telles conditions, la personne développera un trouble anxieux et perdra alors l'avantage de la fonction adaptative de l'anxiété.

Les troubles anxieux ont connu une augmentation fulgurante de 55% depuis 1990 (Javaid et al., 2023), exerçant une pression indéniable sur les systèmes de santé (Horenstein et Heimberg, 2020; Santomauro et al., 2021). Avec plus de 300 millions de cas à travers le monde (Bandelow et Michaelis, 2015; Javaid et al., 2023), ceci représente des coûts annuels considérables pour plusieurs pays (Arias et al., 2022; Lim et al., 2008). L'accroissement constant des troubles anxieux, amplifié par la pandémie de COVID-19, est considéré comme une urgence de santé publique et requiert une optimisation des ressources en santé mentale (Santomauro et al., 2021).

Trouble d'anxiété généralisée (TAG)

Critères diagnostiques du TAG

L'un des troubles anxieux les plus fréquents et invalidants est le trouble d'anxiété généralisée (TAG). Pour satisfaire aux critères diagnostiques du TAG, selon le plus récent Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5-TR; American Psychiatric Association [APA], 2022, pp. 251-255), la personne doit présenter une anxiété et des inquiétudes excessives, persistantes (survenant la majorité du temps) et difficilement contrôlables concernant plusieurs situations ou activités, sur une période minimale de 6 mois. De plus, durant cette période, la personne doit présenter au moins trois symptômes parmi les six suivants: (1) agitation ou sensation d'être survolté ou à bout de nerfs, (2) fatigabilité, (3) difficulté de concentration ou trous de mémoire, (4) irritabilité, (5) tension musculaire et (6) perturbation du sommeil. Ces symptômes cognitifs et somatiques doivent entraîner une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement dans diverses sphères de la vie (p. ex. sociale, professionnelle, académique). La condition ne doit pas être attribuable à l'usage d'une substance (p. ex. alcool, drogue, médication) ou à un problème médical (p. ex. hyperthyroïdie) ni être mieux expliquée par un autre trouble de santé mentale.

Inquiétudes du TAG

Les personnes souffrant d'un TAG se distinguent des personnes anxieuses de la population générale à plusieurs égards. Celles ayant un diagnostic rapportent des inquiétudes plus fréquentes (en termes de temps et de durée), plus intrusives (envahissantes, incontrôlables) et plus intenses (disproportionnées, sévères) concernant un éventail plus large de sujets mineurs (quantité, variété) que les personnes anxieuses sous-cliniques (Hirsch et al., 2013; Ruscio, 2002). En effet, les personnes présentant un TAG s'inquiètent typiquement d'une panoplie de thèmes faisant référence à des circonstances de la vie quotidienne, dont les plus communes sont le travail, la famille, la santé, les finances et les relations interpersonnelles (Dugas et al., 1998a).

Cette hétérogénéité concernant le contenu des inquiétudes se reflète tout au long de la trajectoire développementale, évoluant à travers les différentes étapes de la vie. Par exemple, les inquiétudes excessives peuvent évoluer du désir d'acceptation sociale à l'adolescence, aux préoccupations liées à ses enfants à l'âge adulte, vers des inquiétudes sur sa santé et sécurité personnelles à un âge avancé (APA, 2022; Correa et Brown, 2018; Gonçalves et Byrne, 2013).

Caractéristiques du TAG

Le TAG présente une distribution bimodale quant à l'âge d'apparition. Un premier sommet survient à l'adolescence–jeune adulte (Brown et al., 1994; Le Roux et al., 2005), une période marquée par une augmentation des responsabilités et une multitude de défis transitionnels (p. ex. pression sociale, choix de carrière, début de carrière, départ de la maison familiale). Un deuxième sommet se situe à l'âge adulte (Brown et al., 1994; Le Roux et al., 2005), qui s'accompagne également de son lot d'événements stressants (p. ex. grossesse, parentalité, opportunité d'avancement professionnel, limitations physiques, parents vieillissants). Bien que l'âge moyen d'apparition du TAG ait été estimé à 35 ans (Lijster et al., 2016), Rhebergen et ses collaborateurs (2017) suggèrent l'adoption d'un âge-seuil pour distinguer une apparition précoce (≤ 24 ans) d'une apparition tardive (>24 ans). La littérature démontre que l'âge influence directement plusieurs aspects, notamment les comorbidités, les trajectoires de soins et les coûts associés (Hoge et al., 2012; Kisely et al., 2006; Lijster et al., 2016; Ramsawh et al., 2011; Revicki et al., 2012). En revanche, aucune association significative n'a été observée entre l'âge et l'intensité des symptômes (Rhebergen et al., 2017).

Des études épidémiologiques sur le TAG estiment une prévalence mondiale autour de 2% sur 12 mois et près de 4% sur une vie entière (Ruscio et al., 2017). Le taux serait significativement plus élevé dans les pays considérés riches (5%), tel que le Canada, et tend à

diminuer avec le revenu national (Ruscio et al., 2017). Toutefois, lorsqu'on examine à l'intérieur des pays fortunés, ce sont les personnes vivant dans des ménages à faibles revenus qui ont une prévalence plus élevée du TAG (Institut de la statistique du Québec, 2023; Watterson et al., 2016). Au cours de la dernière décennie, les contextes canadien et québécois ont connu une augmentation préoccupante de l'incidence du TAG, qui a doublé, voire triplé, dans certaines populations. Ce sont principalement les femmes et les jeunes adultes (< 25 ans) qui sont surreprésentés, tandis qu'on observe une décroissance progressive des cas avec l'avancée en âge (Institut de la statistique du Québec, 2023; Stephenson, 2023).

Les données épidémiologiques sur le TAG révèlent des taux de comorbidité très élevés avec d'autres troubles de santé mentale (> 80% à vie), particulièrement avec la dépression majeure ou tout autre trouble anxieux (chacun 52%; Ruscio et al., 2017; Watterson et al., 2016). Parallèlement, la symptomatologie du TAG est fréquemment associée à des comorbidités somatiques (p. ex. douleurs chroniques, syndrome du côlon irritable) ou neurovégétatives (p. ex. tremblements; APA, 2022). Ces comorbidités soulignent l'hétérogénéité et la complexité du portrait clinique du TAG, souvent marqué par une sous-détection de la part des professionnels de la santé (Wittchen et al., 2002). Pourtant, le TAG est l'un des troubles les plus souvent rencontrés dans le système de santé, représentant des coûts considérables pour la société (Hoffman et al., 2008; Revicki et al., 2012). En fait, les personnes souffrant d'un TAG fréquenteraient deux fois plus les services de soins primaires que celles déprimées (Allgulander, 2006; Anseau et al., 2005; Wittchen et al., 2002). Néanmoins, l'anxiété serait rarement abordée explicitement lors de ces consultations, les patients focalisant sur leurs symptômes somatiques incommodants (p. ex. fatigue, problèmes gastro-intestinaux; Bélanger et al., 2005; Hoge et al., 2012), croyant à tort que leur anxiété est une partie intégrante de leur identité plutôt qu'une

manifestation pathologique traitable (Le Roux et al., 2005; Rapee, 1991). Ce phénomène est renforcé par l'orientation biomédicale dominante du système de santé qui privilégie les descriptions d'ordre somatique pour expliquer la détresse émotionnelle des patients (Cathébras, 2017). De plus, la crainte des médecins de passer à côté d'une cause organique peut les inciter à multiplier les examens complémentaires (Cathébras, 2017; Parmentier et al., 2013). Bien que cette démarche vise à sécuriser un diagnostic, elle risque paradoxalement d'augmenter l'attention du patient envers ses symptômes physiques, exacerbant indirectement leur anxiété.

Étiologie du TAG

Malgré une forte prévalence dans la société, l'étiologie du TAG demeure en grande partie inconnue. La littérature, quoique limitée, converge vers une combinaison de plusieurs facteurs qui seraient responsables du développement et du maintien du trouble. Les principaux modèles psychologiques du TAG seront présentés ainsi que les facteurs biologiques, environnementaux et développementaux.

Modèles psychologiques du TAG. Dans les dernières décennies, plusieurs équipes de chercheurs ont travaillé sur la conceptualisation de modèles psychologiques (principalement d'orientation cognitivo-comportementale) afin d'identifier les variables impliquées dans l'étiologie du TAG (pour des revues complètes, voir Behar et al., 2009; Freeston, 2023; Koerner et al., 2020).

Tout d'abord, Borkovec et son équipe (1994) ont innové en proposant le modèle de l'évitement cognitif. Selon ce modèle, les inquiétudes de la personne atteinte du TAG se manifestent surtout sous la forme d'un contenu verbal (sorte de discours interne continu), ce qui favorise l'inhibition des images mentales aversives et de l'activation de symptômes physiologiques désagréables (Behar et al., 2005; Borkovec et al., 2004). Cette barrière, incarnée

par des inquiétudes excessives, apaise temporairement la charge émotionnelle (Borkovec et al., 1995). Cet évitement cognitif agit comme un renforcement négatif dans le maintien de l'anxiété et de l'inquiétude sur le long terme (Borkovec et al., 2004).

Selon le modèle métacognitif de Wells (1999), les inquiétudes des personnes ayant un TAG peuvent être classées selon deux types. Les inquiétudes de type 1 concernent les menaces réelles, internes ou externes. L'interprétation de ces inquiétudes serait biaisée positivement ou négativement via la fonction cognitive d'anticipation (p. ex. « l'inquiétude est utile et positive » ou « l'inquiétude est dangereuse »; Wells, 2004). Les inquiétudes de type 2 correspondent au fait que la personne s'inquiète d'être inquiète, ce que Wells (2005) nomme les méta-inquiétudes, menant à une escalade de l'anxiété. Les efforts pour contrôler ces méta-inquiétudes sont souvent infructueux, menant au renforcement de la perception de menace et à l'aggravation des symptômes anxieux, le tout contribuant au maintien du trouble (Wells, 1999).

Le modèle de la dysrégulation émotionnelle proposé par Mennin et ses collaborateurs (2004) suggère qu'une difficulté à réguler ses émotions serait à l'origine des inquiétudes excessives et du TAG. Ce modèle comprend quatre postulats (Mennin et al., 2005) selon lesquels une personne atteinte d'un TAG 1) éprouve des émotions plus intenses avec un seuil bas; 2) a une faible compréhension de ses émotions se manifestant par un déficit à nommer et décrire ses affects ressentis; 3) a des réactions négatives face à ses émotions (p. ex. anxiété, inconfort) menant à une hypervigilance envers les informations perçues comme étant menaçantes; et 4) utilise des stratégies de régulation émotionnelle inadaptées pour tenter de minimiser ou contrôler son affect, n'ayant pas confiance en ses capacités. L'action de s'inquiéter offre donc une façon d'inhiber l'affect (tel que décrit dans le modèle de l'évitement cognitif), ce qui limite le traitement de la peur et contribue au maintien des inquiétudes et du TAG (Mennin et al., 2005).

Le modèle d'acceptation basée sur la pleine conscience de Roemer et Orsillo (2005) met l'accent sur l'incapacité de la personne ayant un TAG d'accepter leurs expériences internes (pensées, émotions et symptômes physiques) et sur leur tendance à percevoir ces expériences comme permanentes. Selon ce modèle, lorsque la personne discerne une menace, l'expérience interne (p. ex. peur, tachycardie) tend à se fusionner à son identité (p. ex. « je suis un peureux »). Cette fusion, vécue comme une menace, conduit à l'utilisation de stratégies d'évitement cognitif (s'inquiéter de choses mineures afin de ne pas réfléchir aux problèmes plus graves; p. ex. penser à nettoyer la litière plutôt que payer ses factures) et un évitement comportemental de ses activités (éviter les activités anxiogènes; p. ex. refaire une *to do list* pour ne pas répondre à ses courriels urgents), l'empêchant de vivre le moment présent tout en réduisant son engagement dans ses activités quotidiennes (Roemer et Orsillo, 2005). Ainsi, l'évitement de l'expérience interne et la difficulté à adopter une attitude d'acceptation contribuent au maintien de l'anxiété.

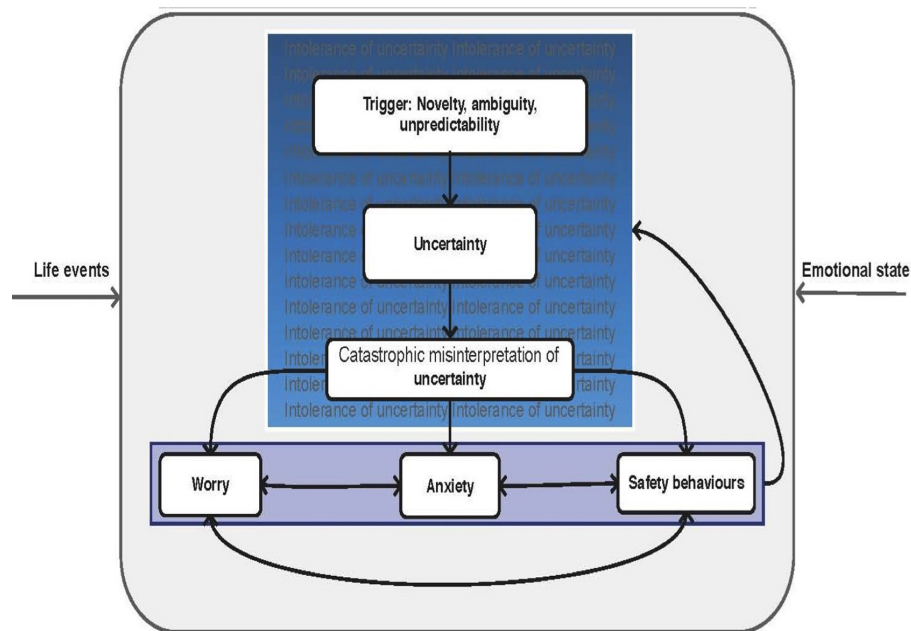
Dans le modèle d'évitement des contrastes émotionnels de Newman et Llera (2011), les personnes atteintes d'un TAG utiliseraient l'inquiétude afin d'éviter un changement émotionnel négatif brusque (p. ex. passer de serein, détendu ou neutre à un état négatif soudain). Selon ce modèle, ce ne sont pas les émotions négatives que la personne craint, mais plutôt les fluctuations dans les émotions vécues. La personne préfère donc maintenir un niveau d'anxiété constant et prévisible plutôt que de risquer de vivre des variations émotionnelles intenses et imprévisibles, même positives. L'inquiétude serait une façon de conserver une émotion négative, agissant comme un bouclier contre les variations soudaines. Cette stratégie représenterait ainsi un facteur de maintien du TAG (Newman et Llera, 2011).

Finalement, le modèle de l'intolérance à l'incertitude (MII) initialement développé par une équipe de recherche à l'Université Laval (Dugas et al., 1998b) comprend quatre

composantes : l'intolérance à l'incertitude, la surévaluation de l'utilité de s'inquiéter, la résolution de problèmes inefficace et l'évitement cognitif. Comme son nom peut laisser entrevoir, l'intolérance à l'incertitude (II) s'avère la pierre angulaire du modèle (pour une synthèse, voir Robichaud et al., 2019). Vingt ans plus tard, Hebert et Dugas (2019) offrent une version révisée (Figure 1), qualifiée de novatrice par sa parcimonie en ciblant exclusivement l'II et ses conséquences.

Figure 1

Modèle de l'intolérance à l'incertitude (MII) révisé du TAG (Hebert et Dugas, 2019)



Ce nouveau modèle confirme le rôle capital de l'II tant dans le développement et le maintien des inquiétudes pathologiques que dans celui du TAG. Il est proposé que l'II, en tant que caractéristique dispositionnelle et vulnérabilité centrale, agit comme toile de fond en influençant la façon qu'un individu perçoit, ressent, interprète et réagit à l'incertitude. Premièrement, l'II génère un biais attentionnel favorisant la détection des situations nouvelles, imprévisibles ou ambiguës. C'est-à-dire que la personne aura tendance à porter et maintenir son

attention de manière sélective sur ces déclencheurs situationnels en ignorant d'autres aspects pouvant être présents. Deuxièmement, ces types de situations induisent chez les personnes atteintes d'une II élevée un état interne d'incertitude (inconfort de ne pas savoir ou d'être incertain face à ce qui se passera). Troisièmement, cette expérience subjective active les croyances négatives sur l'incertitude, où la personne interprète la situation de manière erronée et exagérée sous forme de scénarios catastrophes, souvent par une surestimation de la dangerosité. Bref, lorsque l'II est élevée, la personne est plus susceptible (1) de détecter prioritairement des situations floues (déclencheurs), (2) de ressentir une forte détresse face à son état d'incertitude, même si le risque est objectivement faible, et (3) d'activer des croyances négatives catastrophiques sur l'incertitude concernant ce qui pourrait arriver. Par conséquent, ces croyances amplifient le sentiment d'incertitude, devenant intolérable, ce qui conduit à des conséquences cognitives, émotionnelles et comportementales. Plus l'II est élevée, plus la personne est vulnérable aux inquiétudes excessives, aux symptômes d'anxiété et à l'adoption de comportements sécurisants pour tenter de réduire son malaise (Hebert et Dugas, 2019).

Pour illustrer ce modèle révisé, prenons l'exemple d'une femme anxieuse allant dans un nouveau restaurant avec des amies. Face à un menu inconnu, elle ressent un grand inconfort lié à l'incertitude de faire le bon choix (II élevée). Elle pense : « je ne supporte pas de ne pas savoir à quoi ressemblera mon assiette (p. ex. sauce, cuisson) » et « si je choisis le mauvais plat, ceci gâchera ma soirée ». Étant submergée par l'anxiété, elle peine à suivre la discussion, tente d'anticiper les conséquences possibles de chaque option, questionne le serveur et demande conseils à ses amies. Ajoutons que son état émotionnel (p. ex. fatiguée, stressée d'une situation au travail) et ses circonstances de vie (p. ex. stress financier pour se payer un repas, enfants qui ont une nouvelle gardienne ce soir) exercent une influence sur toutes les composantes du modèle

en augmentant, dans ce cas-ci, la probabilité de déclencher le cycle de l'II. Au lieu de profiter du plaisir de découvrir de nouvelles saveurs, la femme est envahie par la crainte de se tromper. Cet exemple illustre comment une décision, banale pour une majorité de gens, peut devenir source de détresse pour une personne ayant des croyances négatives face à l'incertitude. En somme, le MII-révisé offre un cadre théorique solide pour comprendre les mécanismes complexes qui sous-tendent le développement et le maintien du TAG (Hebert et Dugas, 2019).

Il convient de souligner que l'ensemble des modèles conceptuels contemporains du TAG sont unanimes pour reconnaître que les personnes atteintes de ce trouble mobilisent d'importantes ressources pour éviter leurs expériences affectives internes inconfortables, qu'il s'agisse d'images mentales, d'inquiétudes, de symptômes physiques, d'incertitude ou d'émotions et leurs fluctuations (Behar et al., 2009). Tous les modèles décrivent l'utilisation de stratégies inadaptées, tant comportementales que cognitives, ayant comme intention une régulation mais favorisant la chronicité du trouble. L'utilisation de stratégies inefficaces affecterait leur sentiment d'efficacité personnelle, pouvant les amener à craindre d'être jugées et même se percevoir comme étant incompetente (Craske et Hazlett-Stevens, 2002).

Autres facteurs étiologiques du TAG. Au-delà des modèles psychologiques, l'étiologie du TAG implique aussi de nombreux autres facteurs qui s'influencent mutuellement. Tous ensemble ils forment un réseau complexe de vulnérabilités contribuant à l'apparition et au maintien du trouble.

Au niveau biologique, les recherches sur les influences génétiques et neurobiologiques sont en croissance avec l'étude de gènes et de structures/fonctions cérébrales liées au TAG (pour une revue, voir Gottschlk et Domschke, 2017). Toutefois, il semble que les chercheurs se butent

à plusieurs chevauchements avec d'autres troubles anxieux ou de l'humeur (Harrewijn et al., 2021; Hettema et al., 2004), rendant l'identification de facteurs spécifiques compliquée.

Un tempérament caractérisé par une inhibition comportementale est observable via la tendance d'un enfant à réagir par la peur ou par le retrait face à des situations, des personnes ou des lieux inconnus (Garcia Coll et al., 1984; Kagan et Snidman, 1999). Cette faible tolérance à la nouveauté s'appuie sur des circuits neurobiologiques (notamment l'hyperréactivité de l'amygdale; p. ex. Schwartz et al., 2003), mais son expression dépend aussi des interactions avec son environnement (Turner et al., 1996). Par exemple, le rôle des parents s'avère déterminant dans le développement et la trajectoire de l'inhibition comportementale de leur enfant, pouvant soit exercer une influence positive ou négative (Turner et al., 1996). Ainsi, cette facette du tempérament constitue un facteur de vulnérabilité combiné du TAG, intégrant des composantes biologiques (génétique, circuits cérébraux) et développementales (expériences de vie et relations interpersonnelles; Rapee et al., 2009).

Il est estimé que l'hérédité est modestement associée au développement du TAG, représentant environ 30% de sa variance (Hettema et al., 2001). De plus, les facteurs génétiques seraient quasiment impossibles à dissocier de la prédisposition au névrosisme (Brown et Naragon-Gainey, 2013; Hettema et al., 2006). La faible proportion héréditaire indique qu'une grande proportion du TAG serait imputable aux facteurs environnementaux plutôt que génétiques (Eley et al., 2015).

Au niveau environnemental, une dynamique parent-enfant caractérisée par un attachement insécurisant représente un facteur déterminant de vulnérabilité développementale sur le long terme (Mickelson et al., 1997; Zdebik et al., 2017). Aussi, une enfance marquée par des pratiques parentales surprotectrices (Aaron et Kiel, 2024) ou, à l'inverse, par une

parentification précoce (Cassidy et al., 2009) apparaissent comme des marqueurs développementaux pour une anxiété pathologique. De plus, le fait d'avoir vécu des adversités durant l'enfance, soit de façon isolée ou de nature chronique, est un facteur prédisposant au développement d'un trouble anxieux. Le TAG est associé particulièrement à un passé de maltraitance (Cougle et al., 2010; Moffitt et al., 2007), à des événements inattendus négatifs (Nordahl et al., 2010) et à des pertes (Kendler et al., 2003).

Les recherches en neurosciences, propulsées par l'évolution technologique, permettent l'approfondissement des connaissances reliées aux fondements du TAG. Néanmoins, leurs découvertes dévoilent des concepts inchangeables au niveau clinique poussant les chercheurs-cliniciens à poursuivre les recherches sur des facteurs de vulnérabilité traitables. L'identification des concepts cliniques les plus influents dans la problématique d'un trouble est capitale afin d'améliorer la compréhension de la psychopathologie et éventuellement être ciblés en psychothérapie. En somme, l'étiologie du TAG s'exprime sous forme d'une dynamique multifactorielle complexe, où l'interaction et l'accumulation de facteurs interdépendants expliquent l'émergence, l'évolution et la chronicisation du trouble.

Facteurs de vulnérabilité du TAG sélectionnés

Cette section vise à justifier le choix du cadre théorique et des construits retenus pour la présente étude portant sur la sévérité du TAG. Parmi les modèles psychologiques du TAG décrits précédemment, le modèle de l'intolérance à l'incertitude (MII) a été privilégié en raison de son solide soutien empirique, particulièrement dans les populations cliniques (Carleton, 2016; Dugas et al., 2018). Parmi les multiples facteurs étiologiques associés au TAG, cette étude propose d'isoler deux facteurs de vulnérabilité centraux issus de sphères théoriques complémentaires formant la thérapie cognitivo-comportementale. Le premier, l'intolérance à l'incertitude,

représente une vulnérabilité cognitive largement validée dans la littérature sur le TAG. Le deuxième, les comportements sécurisants, constitue une vulnérabilité comportementale encore sous-estimée dans les modèles conceptuels dominants du TAG. Dans cette perspective, la version révisée et parcimonieuse du MII proposée par Hebert et Dugas (2019) s'avère particulièrement adaptée à notre démarche d'exploration. Le modèle offre un cadre théorique intégratif reliant des processus cognitifs à des manifestations cliniques du trouble.

L'intégration des comportements sécurisants dans cette étude vise à pallier certaines lacunes de la littérature. En effet, les recherches sur le TAG se sont principalement centrées sur des facteurs cognitifs (Borkovec et al., 2004; Wells, 1999) ou émotionnels (Mennin, 2004; Roemer et Orsillo, 2005), reléguant la dimension comportementale au second plan. L'ajout des comportements sécurisants pourrait ainsi enrichir les modèles théoriques actuels en offrant une compréhension plus globale et intégrée du trouble.

Intolérance à l'incertitude

Caractéristiques de l'intolérance à l'incertitude

Au début des années 1990, alors que les connaissances sur le TAG demeuraient limitées et que les traitements affichaient un faible taux de rémission (Freeston et al., 1994), une équipe de chercheurs de l'Université Laval s'est engagée dans un vaste programme de recherche visant à améliorer la prise en charge clinique. Avant de développer un protocole d'intervention, ils ont entrepris d'identifier un facteur cognitif clé susceptible d'être à l'origine du développement et du maintien du TAG et de ses inquiétudes pathologiques. Cette démarche, propulsée par leurs observations cliniques et une revue approfondie de la littérature, les a conduits à formuler des hypothèses et à proposer pour la première fois le construit d'intolérance à l'incertitude (II; Freeston et al., 1994).

Depuis cette première définition, le construit d'II a fait l'objet de plusieurs ajustements au fil du temps, reflétant à la fois l'évolution des connaissances et la diversité des approches adoptées par les différentes équipes de chercheurs (Birrell et al., 2011; pour une revue, voir Carleton, 2012). Plus récemment, Carleton (2016) a désigné l'II comme « une incapacité dispositionnelle à supporter la réponse aversive, engendrée par l'impression d'un manque d'informations importantes ou essentielles, qui est exacerbée par la perception d'incertitude qui lui est associée ». Cette définition conceptualise l'II comme une réaction physiologique visant à éviter l'incertitude. Si cette approche enrichit la compréhension du construit, elle en complique toutefois l'application clinique, faute d'outils permettant d'évaluer directement ou d'intervenir efficacement sur ces réactions aversives.

De leur côté, Dugas et ses collègues définissent l'II comme étant une caractéristique dispositionnelle à réagir négativement à l'incertitude (au fait de ne pas savoir) et ses implications (conséquences potentielles), résultant d'un ensemble de croyances négatives face à l'incertitude (Robichaud et al., 2019). En considérant l'II comme un construit cognitif, cette approche en fait une cible thérapeutique plus accessible, étant donné que les croyances fondamentales peuvent être modifiées dans le cadre d'une thérapie cognitive-comportementale (TCC). Cette conceptualisation de l'II selon Dugas et ses collaborateurs offre donc un avantage clinique majeur en rendant le traitement accessible et concret pour les cliniciens et leurs clients.

Intolérance à l'incertitude et le TAG

L'intolérance à l'incertitude (II) joue un rôle fondamental dans la compréhension du TAG et de sa caractéristique principale, l'inquiétude pathologique (voir Dugas et al., 2025). L'II est considérée comme une vulnérabilité cognitive d'ordre supérieur, relativement stable mais néanmoins modifiable, qui prédispose au développement d'inquiétudes excessives et du TAG

(Buhr et Dugas, 2006; Koerner et Dugas, 2008). L'II entretient une relation forte, unique et spécifique (expliquant autour de 40% de la variance) avec l'inquiétude, étant même son plus puissant prédicteur (Buhr et Dugas, 2006; Dugas et al., 2001, 2004; Koerner et al., 2017; Mahoney et McEvoy, 2012; Sexton et al., 2003; van der Heiden et al., 2010). Dugas et ses collègues ont démontré à travers différentes études (p. ex. Dugas et al., 2012) que les variations de l'II précèdent et prédisent les fluctuations de l'inquiétude. Ceci signifie que lorsque l'II augmente ou diminue, cela entraîne respectivement une hausse ou une baisse des inquiétudes (Dugas et Ladouceur, 2000). Ce constat soutient que l'II serait à l'origine du développement des inquiétudes excessives.

Dans la première publication présentant le modèle de l'II (Dugas et al., 1998b), les auteurs affirment que l'II représente un facteur clé pour discriminer les personnes atteintes du TAG de celles sans TAG. Des études cliniques subséquentes ont confirmé que l'II est significativement plus élevée chez les personnes souffrant de TAG que chez les non-anxieuses, celles présentant des symptômes dépressifs ou d'autres troubles anxieux (Buhr et Dugas, 2002; Dugas et al., 1998; Ladouceur et al., 1999). D'ailleurs, l'II a été identifiée comme un facteur causal entraînant l'apparition et la persistance de l'inquiétude pathologique et du TAG (Dugas et al., 2012, 2022). Ainsi, l'II est reconnue comme un facteur central de vulnérabilité cognitive du TAG (Koerner et Dugas, 2008).

Cependant, certaines recherches étendent le rôle de l'II au-delà du TAG, suggérant qu'elle constitue un facteur de vulnérabilité transdiagnostique impliqué de façon plus globale dans le développement et le maintien de différents troubles de santé mentale (p. ex. Gentes et Ruscio, 2011). Parmi ceux rapportant une association avec l'II, il y a l'anxiété sociale, le trouble panique avec agoraphobie, l'anxiété liée à la santé, le trouble obsessionnel-compulsif, la

dépression majeure et plus encore (pour la liste, voir la méta-analyse de McEvoy et al., 2019). Néanmoins, des études ont révélé que l'II était associée davantage au TAG qu'à d'autres troubles anxieux (Dugas et al., 1998b; Khawaja et McMahon, 2011; Ladouceur et al., 1999). Cette spécificité proviendrait de la nature des préoccupations liées à l'incertitude. Dans la plupart des troubles anxieux, l'II se focalise sur des peurs précises liées au diagnostic (p. ex. contamination dans le trouble obsessionnel-compulsif ou jugement d'autrui dans le trouble d'anxiété sociale). En contrepartie, le TAG se distingue par des peurs multiples et diffuses, sans objet précis, qui s'étendent à toutes circonstances ayant une issue incertaine (Mahoney et McEvoy, 2012).

Instruments de mesure de l'intolérance à l'incertitude

Divers instruments dotés de solides propriétés psychométriques permettent de mesurer l'II. Suite à la conceptualisation du construit, l'équipe de l'Université Laval a développé l'Échelle d'Intolérance à l'Incertitude (ÉII), un questionnaire de 27 items (Freeston et al., 1994) conçu pour convertir le concept abstrait d'II en indicateurs mesurables. L'ÉII s'est rapidement imposée comme un outil sensible et relativement spécifique aux inquiétudes pathologiques et au TAG (Freeston et al., 1994). Initialement interprétés comme des réactions cognitives, émotionnelles et comportementales face à l'incertitude (Freeston et al., 1994), les items sont désormais considérés comme le reflet de croyances négatives liées à la difficulté de tolérer l'incertitude (Robichaud et al., 2019). L'ÉII continue d'être largement utilisée en recherche comme en clinique depuis plus de trente ans et représente à ce jour la mesure-référence pour évaluer l'II (Dugas et al., 2025).

Gentes et Ruscio (2011) ont critiqué l'ÉII, jugeant que certains items étaient étroitement liés au TAG plutôt qu'à l'II elle-même. Il faut se souvenir qu'initialement Freeston et son équipe (1994) ont conceptualisé l'ÉII en ayant le TAG en tête. La remarque est plausible, cependant,

cette spécificité s'avère un atout pour la recherche et le travail clinique auprès de cette clientèle. De plus, la relation entre l'II et les symptômes du TAG demeure stable, quelle que soit la version utilisée (12 ou 27 items; Carleton et al., 2007; McEvoy et al., 2019), et leurs propriétés psychométriques sont comparables (Khawaja et Yu, 2010), contredisant ainsi les critiques soulevées.

Plusieurs versions dérivées de l'ÉII ont été développées. L'Inventaire d'intolérance à l'incertitude (III; 45 items) de Gosselin et ses collègues (2008) est un questionnaire détaillé en deux parties, couvrant l'II et ses manifestations, qui est principalement utilisé en recherche. L'Échelle d'Intolérance à l'Incertain - Spécifique aux Situations (ÉII-SS; 12 items), développée par Mahoney et McEvoy (2012), se distingue par sa capacité à mesurer l'II dans des contextes précis en demandant au participant de se référer à une situation préoccupante précise. Des versions abrégées, telles que l'ÉII à 12 items (ÉII-12; Carleton et al., 2007) et une version encore plus concise de l'ÉII à 5 items (ÉII-5; Bottesi et al., 2020), offrent des alternatives rapides, ce qui les rendent pratiques dans des contextes nécessitant une administration à grande échelle. Par exemple l'ÉII-5 s'est révélée une bonne option lors de la pandémie COVID-19 (Freeston et al., 2020). L'ÉII-12, de longueur intermédiaire, est généralement utilisée dans les enquêtes à grande échelle. Cependant, ce raccourci se fait au détriment de nuances cliniques. À l'inverse, la version originale (ÉII-27) propose une évaluation plus étendue et détaillée, permettant d'identifier les zones de défis et des cibles thérapeutiques spécifiques.

Donc, le choix de la version de l'ÉII dépend des objectifs d'évaluation établis, du contexte d'utilisation (p. ex. recherche ou clinique), de la clientèle, du niveau de détails recherchés, des préférences et du temps alloué.

Comportements sécurisants

Caractéristiques des comportements sécurisants

Les comportements sécurisants (CS) sont reconnus pour jouer un rôle fondamental dans les troubles anxieux (voir Abramowitz et Blakey, 2020). Ils font référence à l'ensemble des stratégies dysfonctionnelles, subtiles ou évidentes, déployées dans l'objectif d'éviter ou d'atténuer l'anxiété provoquée par un événement redouté ou des conséquences anticipées (Rachman et al., 2008; Salkovskis et al., 1996; Thwaites et Freeston, 2005). Plus précisément, les CS englobent toutes les actions qu'une personne adopte afin de prévenir une menace perçue ou d'apaiser la réaction émotionnelle qu'elle suscite (p. ex. anxiété; Telch et Lancaster, 2012).

Appel et Gerlach (2025) se sont penchés sur les conditions permettant de qualifier un CS. Selon eux, deux critères principaux permettent de distinguer un comportement adaptatif d'un comportement inadapté. Premièrement, le comportement doit être motivé par une contrainte induite par de l'incertitude (c.-à-d. que la personne y a recours parce que le manque de certitude l'incite à se protéger ou à éviter un risque perçu). En l'absence d'incertitude, le CS ne serait pas adopté. Deuxièmement, son exécution doit engendrer un coût considérable (p. ex. en se limitant de faire quelque chose souhaité, en mobilisant une dépense excessive de temps ou d'énergie) ou entraîner un impact négatif sur le plan personnel ou fonctionnel (p. ex. conflit interpersonnel, stagnation professionnelle).

Comportements sécurisants et le TAG

Les personnes atteintes du TAG recourent à des CS en réponse à l'inconfort généré par l'incertitude et les pensées catastrophiques qui l'accompagnent (Hebert et Dugas, 2019). L'expérience clinique suggère qu'il existe trois principales catégories de CS dans le TAG (Robichaud et al., 2019) comme tentatives de retour au calme : (1) les comportements

« d'approche », impliquant un surengagement, se distinguent par des réactions démesurées ou par l'acquisition d'un grand nombre d'informations visant l'atteinte de certitude (p. ex. surpréparation pour une rencontre, vérification répétée avant d'envoyer un email, recherche de réassurance auprès d'autrui); (2) les comportements « d'évitement », impliquant plutôt un sous-engagement, afin de contourner ou fuir une situation génératrice d'incertitude (p. ex. procrastination d'une remise d'un travail, refus d'une invitation, évitement d'une discussion délicate avec un ami); et (3) les comportements « impulsifs », cherchent à éliminer rapidement la source d'inconfort (p. ex. achat d'articles au hasard pour quitter rapidement une épicerie inhabituelle). Cette quête incessante de certitude entraîne une multiplication des stratégies visant à réduire le malaise et atteindre un retour à l'équilibre émotionnel le plus rapidement possible.

Un nombre grandissant d'études s'intéresse aux CS dans le TAG, révélant leur prévalence, leur ampleur et leur grande diversité au sein du trouble. À cet égard, 92% des personnes présentant un TAG rapportent avoir recours à des CS (Brown et Tung, 2018). Malgré cette fréquence élevée, il est surprenant de constater que le TAG se distingue comme étant le seul trouble anxieux dépourvu de critères comportementaux dans le DSM-5-TR (APA, 2022), ce qui pourrait expliquer le peu de littérature sur le sujet (Mahoney et al., 2016). En 2010, Andrews et son groupe de travail chargé de la révision du TAG en prévision du DSM-5 qui allait être publiée en 2013, ont tenté une percée en suggérant l'intégration d'un critère comportemental. L'équipe proposa que les CS, induits par l'anxiété et l'inquiétude, se manifestent notamment par un ou plusieurs des éléments suivants : (1) l'évitement de situations susceptibles d'avoir des conséquences négatives pour eux-mêmes et/ou leurs proches, (2) la surpréparation pour des événements futurs dont ils s'inquiètent, (3) la procrastination afin d'éviter les issues négatives potentielles d'événements futurs, et (4) la recherche excessive de réassurance afin de réduire leur

anxiété immédiate. Bien que ces propositions n'aient pas été retenues, faute de preuves empiriques suffisantes au moment de la publication, cette initiative a stimulé un intérêt croissant pour les manifestations comportementales du TAG qui ont été longtemps éclipsées par l'importance accordée aux aspects cognitifs (p. ex. méta-cognitions, II).

Parmi les premières études empiriques sur le sujet, Beesdo-Baum et son équipe (2012) ont révélé que les personnes présentant un TAG adoptent davantage de CS, notamment la recherche de réassurance et l'évitement situationnel, que celles sans TAG, apportant une preuve préliminaire de la spécificité de certains comportements dans le TAG. Toutefois, ce n'était qu'un premier pas, appelant à des recherches supplémentaires. Mahoney et ses collègues (2016) ont approfondi cette question en comparant les comportements sécurisants et les comportements d'évitement. Leurs résultats démontrent que les CS présentaient une spécificité diagnostique plus étroite avec le TAG qu'avec d'autres troubles anxieux. En revanche, l'évitement, bien que corrélé au TAG, l'était aussi avec divers autres troubles (p. ex. la dépression, le trouble d'anxiété sociale et le trouble panique), indiquant des liens transdiagnostiques. Ces résultats ont été reproduits à d'autres reprises par les mêmes équipes (Mahoney et al., 2018a, 2018b, 2018c). Cette distinction s'explique probablement par le fait que l'évitement constitue un mécanisme général d'adaptation à la peur, tandis que les CS représentent des stratégies plus subtiles qui permettent à la personne de ne pas éviter complètement la situation menaçante tout en atténuant son malaise.

Par ailleurs, Mahoney et ses collègues (2018b) ont répertorié que près de 90 % des personnes présentant un TAG probable recourent fréquemment à au moins un CS ou un comportement d'évitement pour gérer leurs inquiétudes avec une moyenne de quatre à cinq comportements inadaptés employés « la plupart du temps » ou « tout le temps » (Mahoney et al.,

2018b). Cette forte prévalence souligne la nécessité de bien identifier les CS utilisés en les mesurant à l'aide d'outils rigoureux (Steuber et al., 2024).

Instruments de mesure des comportements sécurisants

Au début des années 2010, dans le contexte marqué par un intérêt accru pour l'étude des comportements spécifiquement associés au TAG, plusieurs équipes de recherche ont entrepris le développement de leurs propres instruments d'évaluation. Toutefois, ces outils n'ont pas tous fait l'objet de validations systématiques. Néanmoins, certains questionnaires, tels que le WBI et le QCS-TAG, ont été employés dans diverses études et ont bénéficié d'un appui empirique, notamment en raison de leurs solides qualités psychométriques et de la réplication des résultats.

Dans le cadre de leurs travaux concernant les comportements spécifiques au TAG, Mahoney et son équipe (2016) ont développé le *Worry Behaviors Inventory* (WBI) afin de combler l'absence d'outil validé. Ce questionnaire autorapporté de 10 items évalue la fréquence d'utilisation de comportements qui sont déployés dans l'objectif de prévenir, contrôler ou éviter l'inquiétude au quotidien. Les analyses factorielles ont révélé une structure à deux facteurs, distinguant d'une part les comportements sécurisants (CS; incluant le contrôle excessif, la surplanification, l'hypervigilance, la recherche de réassurance et les vérifications compulsives), et d'autre part les comportements d'évitement (incluant l'évitement de situations ou de personnes anxiogènes et la procrastination décisionnelle). Deux études de validation publiées en 2018, par Mahoney et ses équipes (Mahoney 2018a, 2018b), ont confirmé la robustesse de la structure factorielle initiale à deux facteurs et la discrimination entre les populations *probablement* cliniques et celles sous-cliniques.

Le Questionnaire sur les comportements sécurisants du trouble d'anxiété généralisée (QCS-TAG; Marcotte-Beaumier et al., 2020) a été créé par une équipe qui cumule des décennies

de recherche auprès de la clientèle TAG. Suivant les recommandations de l'équipe d'Andrews (2010) et y ajoutant leur expérience clinique, ils ont développé une version initiale de 18 items qu'ils ont pu tester dans l'étude pilote d'un essai clinique (Hebert et Dugas, 2019). Une étude de validation a ensuite été mise en place pour évaluer les données psychométriques dans le cadre d'un essai clinique élargi. Suite à l'analyse, la version abrégée actuelle à 10 items a été reconnue. Elle a été développée et validée en langue française pour une clientèle québécoise et a déjà été utilisée auprès de populations cliniques (Hebert et Dugas, 2019; Dugas et al., 2022).

Cycle de maintien

Dans le cadre du TAG, l'incertitude constitue la menace centrale à éviter. Prenons un exemple pour illustrer le lien fonctionnel entre nos deux facteurs de vulnérabilité (II et CS) : une mère atteinte d'un TAG prépare méticuleusement le déjeuner et le sac à dos de son fils tous les matins, dans l'anticipation d'un possible retard en classe, d'un potentiel oubli ou de mauvais choix alimentaires. Elle présente des croyances liées à une II élevée, du type « si je ne prévois pas tout, un problème surviendra; il vaut donc mieux tout contrôler que risquer l'imprévisible » qui génèrent des scénarios à issues catastrophiques (tels que, « s'il rate son autobus ou oublie un cahier, il sera perçu comme nonchalant, sera exclu par ses camarades et échouera ses cours » ou « s'il choisit des collations non-nutritives, il développera des carences qui nuiront à sa santé »), qui alimentent son anxiété et ses inquiétudes. Pour y faire face, la mère met alors en place des CS (p. ex. surengagement dans la routine matinale, multipliant vérifications et préparatifs) qui lui procurent un soulagement immédiat et un sentiment du devoir accompli une fois les tâches complétées. Bien que les CS procurent un apaisement temporaire, leur utilisation rigide ou excessive favorise le maintien, voire l'aggravation des troubles anxieux, perpétuant ainsi

l'anxiété sur le long terme (Deacon et Maack, 2008; Helbig-Lang et al., 2014; Olatunji et al., 2011).

Plusieurs mécanismes sous-tendent ce cycle de maintien de l'anxiété (pour une revue, voir Blakey et Abramowitz, 2016). Parmi eux, l'attribution erronée de la sécurité (p. ex. Lovibond et al., 2009; Powers et al., 2008; Salkovskis, 1991), conduit la mère à interpréter l'absence de problèmes comme le résultat de ses propres interventions (p. ex. l'enfant est en santé, car il a mangé son déjeuner), négligeant que la probabilité réelle que ses craintes se matérialisent est objectivement faible (p. ex. tomber malade si on saute un déjeuner). Ensuite, l'allocation sélective des ressources attentionnelles (Sloan et Telch, 2002) amène la mère à se focaliser sur les éléments redoutés de la routine matinale, au détriment d'informations susceptibles de contredire la menace, ce qui l'empêche de la relativiser (p. ex. le sac à dos est déjà complet depuis plusieurs jours). Enfin, l'atténuation de la non-confirmation de la menace (Craske et al., 2014) se manifeste dans l'hésitation de la mère à tenter des alternatives confrontant ses craintes (p. ex. encourager l'autonomie de son fils), l'empêchant de tester s'il serait en mesure de gérer sans incident (p. ex. réussir sa routine sous observation seulement) ou de gérer les imprévus (p. ex. emprunter un cahier à un camarade en cas d'oubli).

De plus, pour ajouter à la complexité de l'évaluation du caractère dysfonctionnel des CS, il est nécessaire de les situer dans leur contexte (Baker et al., 2021; Hoffman et Chu, 2019; Thwaites et Freeston, 2005). En d'autres termes, un même comportement pourrait être jugé inadapté (se sécuriser face à une crainte imaginée) ou adaptatif (agir face à une menace réelle et objective), d'où l'importance d'examiner la fonction sous-jacente à l'action. Ainsi, la préparation de la routine matinale serait adaptative si l'enfant vit sa première rentrée scolaire, mais inadaptée dans le cas d'un adolescent autonome de 15 ans. Étant profondément ancrés dans le quotidien,

les CS sont souvent difficiles à identifier et à reconnaître comme étant inadaptés par les personnes présentant un TAG.

En résumé, les variables de l'étude alimentent une boucle auto-renforçante, où l'II (vulnérabilité cognitive) et les CS (vulnérabilité comportementale) s'influencent mutuellement. Dans cette perspective, une II élevée accroît la propension à s'inquiéter et favorise l'adoption de CS visant à réduire l'inconfort de l'incertitude. Bien que ceux-ci procurent un soulagement passager, ils consolident la croyance selon laquelle l'incertitude est dangereuse. Ce renforcement augmente les probabilités de recourir à des CS lors de situations incertaines futures, contribuant ainsi à l'aggravation de l'II sur le long terme (p. ex. généralisation à d'autres sphères de vie) et donc à la sévérité du TAG. Cette dynamique en vient à diminuer la capacité de fonctionnement de la personne au quotidien.

Sévérité du Trouble d'anxiété généralisée

Caractéristiques de la sévérité

La sévérité du TAG s'étend sur un continuum allant d'une forme légère à sévère. Son évaluation, s'appuyant sur l'analyse d'indicateurs décrits dans le DSM (APA, 2022), vise à quantifier dans quelle mesure le trouble est invalidant pour la personne. La sévérité correspond à l'intensité des symptômes et à l'ampleur de leurs répercussions sur la vie quotidienne.

L'élément central du TAG, les inquiétudes pathologiques, sont évaluées selon la fréquence, l'intensité, la durée, la chronicité et le nombre de domaines touchés. Ainsi, plus les inquiétudes sont nombreuses, excessives, envahissantes, incontrôlables, persistantes et étendues, plus la sévérité est considérée comme élevée. À ces préoccupations s'ajoutent les symptômes somatiques (p. ex. fatigue, tensions musculaires) qui contribuent aussi à la gravité du trouble.

Les altérations fonctionnelles et la détresse subjective constituent des indicateurs clés de la sévérité. L'ampleur de l'impact fonctionnel dépend du nombre de sphères de vie affectées (p. ex. travail, famille, vie sociale). Plus les répercussions sont larges et limitent la capacité à travailler, à entretenir des relations ou à accomplir des tâches quotidiennes, plus le trouble est jugé sévère (Kessler et al., 2001). Ces difficultés s'accompagnent généralement d'une détresse psychologique importante associée à une perception d'être incapable de faire face aux défis quotidiens (Ridner, 2004), à une qualité de vie inférieure (Henning et al., 2007; Wetherell et al., 2004) et à l'expérience accrue de stigmatisation (Curcio et Corboy, 2020).

Au-delà des répercussions économiques (p. ex. ressources médicales, absentéisme au travail, baisse de rendement), le TAG impose conjointement un fardeau considérable sur le plan humain (Hoffman et al., 2008). Une grande proportion d'individus (35 à 51%) rapporte une altération fonctionnelle sévère touchant l'ensemble des sphères de leur vie (les relations et le travail seraient les plus affectés), au cours des 12 derniers mois, qu'ils attribuent à leur diagnostic de TAG (Ruscio et al., 2017). En somme, ce sont tous les niveaux qui sont affectés par la présence d'un TAG, tels que l'individu, sa famille et son entourage, son milieu de travail et plus globalement la société.

Plus le trouble est sévère, plus il est difficile à traiter et plus le pronostic de traitement est sombre (Rodriguez et al., 2006). La sévérité, des symptômes et de leurs conséquences, constitue ainsi un prédicteur majeur du pronostic (APA, 2022). L'évaluation de la sévérité est une étape essentielle pour une prise en charge optimale, car un TAG plus sévère nécessite souvent des traitements plus intensifs et des interventions ciblées.

Instruments de mesure de la sévérité

Afin d'assurer une évaluation rigoureuse de la sévérité du TAG, divers outils validés sont employés en fonction des contextes, cliniques ou de recherche, chacun mesurant des dimensions complémentaires du trouble. Parmi l'ensemble des instruments existants, quelques-uns des plus couramment utilisés seront brièvement présentés ci-dessous.

Le questionnaire *Generalized Anxiety Disorder-7* (GAD-7), développé en 2006 par Spitzer et ses collègues, est un outil de mesure bref composé de sept items cotés de 0 à 3. Il permet un dépistage rapide et une estimation de la sévérité du TAG en mesurant la fréquence des symptômes anxieux au cours des deux dernières semaines. Un seuil clinique de ≥ 10 est fixé pour le TAG, avec une sensibilité de 89%. Cet outil présente plusieurs avantages : une administration rapide, une bonne sensibilité aux changements thérapeutiques et une validation robuste (Löwe et al., 2008). Cependant, il ne couvre pas l'ensemble des critères diagnostiques du TAG selon la classification actuelle (APA, 2022).

Contrairement au GAD-7, le QIA développé par Dugas et son équipe (2001) a été spécifiquement conçu pour mesurer explicitement la sévérité de l'ensemble des critères diagnostique du TAG. Une description détaillée du QIA se trouve dans la section *Instruments de mesure* de la présente étude.

Finalement, le Questionnaire sur les Inquiétudes de Penn State (QIPS) élaboré par Meyer et son équipe en 1990 a été traduit en français au début des années 2000 (Gosselin et al., 2001). Il mesure la sévérité du TAG à travers la tendance générale de la personne à s'inquiéter. Bien que le QIPS soit moins spécifique au diagnostic du TAG que ne l'est le QIA, il demeure pertinent en mesurant les inquiétudes pathologiques qui sont la caractéristique centrale de ce trouble. Considéré comme la mesure étalon de la sévérité du TAG, le QIPS est utilisé dans la majorité des études et est fréquemment intégré dans les protocoles de recherche universitaire, tant pour

des populations cliniques que non-cliniques (Molina et Borkovec, 1994). Comme le QIA, le QIPS est décrit en détail dans la section *Instruments de mesure*.

Chaque instrument d'évaluation présente des forces et des limites. Toutefois, la complémentarité du QIA et du QIPS offre une perspective intéressante pour des questionnaires autorapportés, en renseignant respectivement sur la sévérité de l'ensemble des symptômes diagnostiques et sur la sévérité des inquiétudes excessives.

La prochaine section propose une synthèse des connaissances actuelles concernant la relation entre la sévérité du TAG et les deux facteurs de vulnérabilité (II : croyances négatives envers l'incertitude; CS : actions pour atténuer l'anxiété) retenus dans la présente étude.

Sévérité et facteurs de vulnérabilité

Sévérité et II. Une étude menée par Dugas et son équipe (2007) a examiné, auprès de 84 adultes présentant un TAG primaire, le lien entre les quatre composantes de leur modèle d'II initial proposé en 1998 (Dugas et al., 1998) et la sévérité du trouble. La sévérité était évaluée à partir de trois indicateurs distincts, soit 1) l'ensemble des symptômes diagnostiques, 2) les inquiétudes excessives et 3) les symptômes somatiques. L'II s'est révélée significativement liée aux trois indicateurs de sévérité. Donc, des niveaux d'II plus élevés correspondaient à des présentations cliniques plus sévères. Même en contrôlant l'effet de d'autres variables, (p. ex. âge, sexe), l'II conservait une association positive et significative avec la sévérité des inquiétudes. Lorsque l'ensemble des composantes du modèle d'II étaient considérées simultanément, l'II demeurait la seule à prédire de manière unique la sévérité des inquiétudes excessives. Ces résultats confirment sa place centrale dans le TAG en tant que principal prédicteur de sa sévérité, particulièrement en lien avec sa caractéristique cardinale, que sont les inquiétudes. Plus

récemment, une étude rapporte une relation dynamique et bidirectionnelle entre l'II et la sévérité du TAG chez les adolescents (Ye et al., 2025).

Sévérité et CS. Les travaux de Mahoney et ses collègues (2016, 2018a, 2018b) mettent en évidence une forte corrélation positive entre les CS et la sévérité du TAG, tant en ce qui concerne l'intensité des symptômes que celle des inquiétudes. Ces résultats suggèrent que les CS constituent un indicateur pertinent du niveau de sévérité. L'identification et la quantification des CS apparaissent donc essentielles, lors de l'évaluation d'un TAG, puisque plus une personne aurait recours aux CS, plus son anxiété aurait tendance à être élevée. De plus, les personnes atteintes d'un TAG rapportent non seulement davantage de CS que les individus non-cliniques, mais l'adoption fréquente aux CS est également liée à une détresse psychologique importante et une sévérité plus prononcée des symptômes anxieux (Mahoney et al., 2018a, 2018b).

Sévérité, II et CS. Une autre étude de Mahoney et ses collaborateurs (2018c) constitue une référence dans la compréhension des mécanismes de maintien et d'intensification du TAG, étant parmi les premières à examiner empiriquement l'influence bidirectionnelle de facteurs cognitifs et comportementaux sur la sévérité du trouble. Deux analyses de médiation ont été effectuées afin de clarifier ce lien fonctionnel. Dans un premier temps, les auteurs ont testé les facteurs comportementaux inadaptés (comportements sécurisants et comportements d'évitement) en tant que variable médiatrice entre des facteurs cognitifs dysfonctionnels centraux (II, croyances métacognitives négatives et évitement cognitif) et la sévérité du TAG (symptômes et inquiétudes excessives). Les résultats indiquent que les comportements inadaptés influencent significativement la relation II-sévérité, traduisant une médiation partielle. Autrement dit, en ce qui nous intéresse, plus les personnes se montrent intolérantes face à l'incertitude, plus elles adoptent des CS (p. ex. vérifications répétées, recherche de réassurance), lesquels entretiennent

et intensifient à leur tour les symptômes anxieux. Dans un deuxième temps, la direction de la médiation a été inversée afin d'explorer si les facteurs cognitifs pouvaient influencer la relation comportements-sévérité. Un effet indirect significatif a été observé, indiquant que les pensées dysfonctionnelles expliquent partiellement le lien entre les comportements inadaptés et la sévérité du TAG. Ainsi, plus une personne adopte de CS, plus elle renforcera ses pensées dysfonctionnelles (dont l'II), qui à leur tour, exacerbent la gravité du trouble. Ces résultats appuient l'existence d'une relation bidirectionnelle entre les processus cognitifs et comportementaux, tous deux s'alimentant mutuellement dans le maintien et l'aggravation du TAG, contribuant ainsi au cycle de maintien de l'anxiété et des inquiétudes pathologiques discuté plus tôt. Cette dynamique circulaire suggère que l'un ou l'autre peut agir comme médiateur selon le point de départ considéré.

Malgré l'importance accordée à ces deux dimensions (cognitive et comportementale), cette étude de Mahoney (2018c) ne permet pas de départager la part respective de chacune. Des chercheurs ont souligné la nécessité de les examiner de façon concurrente afin de mieux comprendre leurs rôles distinctifs dans la dynamique du TAG (p. ex. Mahoney et al., 2018). Il apparaît pertinent de déterminer si la composante comportementale apporte une contribution spécifique, indépendante de la composante cognitive, à la sévérité du trouble. Par ailleurs, la majorité des recherches précédentes ont été réalisées auprès d'échantillons non-cliniques ou de participants présentant un diagnostic probable posé à partir de mesures autorapportées, sans validation par une évaluation diagnostique formelle. Il persiste donc une lacune dans la littérature, celle d'identifier parmi ces deux facteurs de vulnérabilité, lequel exerce la plus grande influence sur la sévérité du TAG dans une population clinique. Comme l'a souligné Berenbaum (2013), le fait qu'un trouble psychologique implique de multiples facteurs explicatifs ne signifie

pas que chacun d'eux contribue de manière égale à l'apparition, au maintien ou à la sévérité du trouble. Autrement dit, l'enjeu ne consiste pas seulement à repérer quels facteurs sont associés à la sévérité, mais aussi à déterminer lesquels jouent un rôle prépondérant dans l'intensification du trouble. Ces avancées pourraient faciliter l'identification des facteurs étiologiques cliniques influents dans la sévérité du TAG.

Objectifs et hypothèses

Le but de la présente étude est d'élargir la compréhension du TAG en explorant, au sein d'une population clinique, le lien entre la sévérité de ce trouble et deux facteurs impliqués dans son étiologie : l'intolérance à l'incertitude (II; vulnérabilité cognitive) et les comportements sécurisants (CS; vulnérabilité comportementale). Contrairement aux travaux de Mahoney et son équipe (2018c), qui soulignent une relation bidirectionnelle entre l'II et les CS dans la sévérité du TAG via des médiations, la présente étude adopte une approche par régressions hiérarchiques afin d'isoler les contributions uniques de chacun de ces facteurs de vulnérabilité et d'évaluer leur poids relatif. L'objectif central est d'examiner si les CS peuvent être considérés comme un facteur de vulnérabilité, au-delà de l'II, dans la prédiction de la sévérité du TAG. Nos hypothèses de recherche sont les suivantes : (1) l'intolérance à l'incertitude (II) sera positivement et significativement corrélée avec la sévérité du TAG; (2) les comportements sécurisants (CS) seront positivement et significativement corrélés avec la sévérité du TAG; et (3) l'intolérance à l'incertitude (II) et les comportements sécurisants (CS) feront respectivement une contribution unique et significative à la prédiction de la sévérité du TAG.

CHAPITRE II

Méthodologie

Ce projet utilise les données secondaires de deux études de traitement menées à l'UQO par l'équipe de Dr. Michel Dugas, afin de former un échantillon clinique. Ces études avaient pour objectif de mesurer l'efficacité d'un protocole clinique focalisant sur la mise en place d'expériences comportementales. Un certificat éthique (Déclaration éthique #2023-2422) a été assigné au projet actuel par le comité d'éthique de l'UQO.

Participants

Critères d'inclusion et d'exclusion

Les critères d'inclusion et d'exclusion étaient identiques pour les deux études incluses dans la présente étude. Pour être admis, les participants devaient comprendre le français, autant à l'oral qu'à l'écrit, et présenter un diagnostic principal de TAG, tel que défini par le DSM-IV (APA, 1994) et le DSM-5 (APA, 2013). Le diagnostic principal était défini comme le trouble le plus sévère parmi tous les troubles identifiés lors de l'entrevue diagnostique. Les critères d'inclusion spécifiques étaient: (1) avoir 18 ans ou plus; (2) maintenir le type de médication et la posologie stables dans les 4 (benzodiazépines) à 12 (antidépresseurs et hypnotiques) semaines précédant le début de l'étude; (3) avoir l'intention de maintenir le type de médication et la posologie stables lors de la phase de traitement de l'étude; (4) ne prendre aucun produit naturel reconnu pour avoir des effets sur le système nerveux central dans les deux semaines précédant le début de l'étude; (5) ne participer à aucune autre étude; et (6) n'avoir aucune psychothérapie concurrente pendant la phase de traitement de l'étude.

Les participants pouvaient présenter des troubles comorbides secondaires à l'exception de l'abus de substance, le trouble bipolaire et la schizophrénie. De plus, les personnes ayant des idées suicidaires actives (selon le jugement clinique) et des symptômes d'anxiété dus à un problème de santé physique (p. ex. hypoglycémie, anémie) étaient exclues des études.

Échantillon

Tel que mentionné précédemment, l'échantillon de ce projet est tiré de deux études menées à l'Université du Québec en Outaouais (UQO). Le nombre de participants retenus est de 60 pour la première étude et de 36 pour la deuxième étude (Annexe 1). L'échantillon final est donc formé de 96 participants répondant aux critères d'inclusion et d'exclusion présentés plus haut. L'échantillon est constitué majoritairement de femmes (86.5%) et de personnes blanches d'origine européenne (89%). L'âge moyen est de 36 ans (allant de 19 à 77 ans) et la durée moyenne du TAG est de 15 ans (médiane à 7 ans). Plus de la moitié des participants ont atteint des études universitaires (58%; baccalauréat ou plus) et sont en couple (56%; mariés ou conjoints de fait). Se référer au Tableau 1 afin de voir la présentation détaillée des données socio-démographiques des participants.

Tableau 1

Données socio-démographiques de l'échantillon (N=96)

Variables	<i>n</i>
Sexe (%)	
Femme	83 (86.5%)
Homme	13 (13.5%)
Âge moyen (<i>É.T.</i>)	35.85 (12.91)
Durée moyenne TAG en années (<i>É.T.</i>)	15.00 (16.61)
Statut d'emploi (%)	
Temps plein	47 (49.0%)
Temps partiel	20 (20.8%)
Sans emploi	29 (30.2%)

Scolarité complétée (%)

Secondaire	9 (9.3%)
Collégial	25 (26.0%)
Certificat	6 (6.3%)
Baccalauréat	33 (34.4%)
Maitrise/Doctorat	23 (24.0%)

État civil (%)

Célibataire	34 (35.4%)
Conjoint de fait	30 (31.3%)
Marié	24 (25.0%)
Séparé/divorcé	8 (8.3%)

Identité ethnique (%)

Blanche européenne	85 (88.5%)
Afro-américaine	5 (5.2%)
Multi-ethnique	2 (2.1%)
Asiatique	1 (1.0%)
Latino-américaine	1 (1.0%)

Nombre de comorbidités (%)

0	40 (41.7%)
1	37 (38.5%)
2	13 (13.5%)
3	6 (6.3%)

Procédure

Recrutement

Les participants ont été recrutés à l'aide d'affiches publicitaires à l'Université du Québec en Outaouais (UQO) et à l'Université d'Ottawa (UdeO). Des annonces en ligne ont également été utilisées pour faire la promotion des études sur différentes plateformes : Kijiji, Facebook, La Presse et Le Droit. Certains participants ont été référés par un Groupe de Médecine Familiale (GMF) de Hull. Lorsque les personnes démontraient un intérêt, elles recevaient une brève description de l'étude et étaient invitées à contacter l'équipe de recherche par téléphone ou par courriel.

Entrevue de dépistage téléphonique

Après le contact initial avec l'équipe de recherche, les personnes intéressées passaient à l'étape suivante, à savoir une entrevue de dépistage téléphonique (Annexe 2). Celle-ci débuta après avoir obtenu le consentement verbal libre et éclairé du participant potentiel. D'une vingtaine à une trentaine de minutes, l'entrevue était administrée par une doctorante en psychologie clinique. L'objectif de cet appel de dépistage consistait à exclure rapidement les personnes présentant explicitement un des critères d'exclusion de l'étude. Les personnes retenues après cette pré-sélection étaient invitées à la Clinique de Services Psychologiques de l'Université du Québec en Outaouais (CSPUQO) tandis que les autres recevaient une liste de ressources en santé mentale de la région.

Entrevue diagnostique

Lors d'une première visite à l'UQO, l'évaluation était poursuivie avec l'Entrevue Structurée pour les Troubles Anxieux, version DSM-IV (ESTA-IV) où le formulaire de consentement était signé. Cette entrevue, d'une durée d'environ une heure et demie, était

administrée par une deuxième étudiante au doctorat. Le but de l'ESTA-IV était de recueillir des informations sur une variété de pathologies pouvant être présentes dans la vie de la personne. Ensuite, une réunion d'équipe avait lieu pour arriver à un consensus quant à l'inclusion ou l'exclusion du participant. Les personnes exclues ont été contactées par l'évaluatrice et ont reçu une liste des ressources psychologiques offertes dans la région, répondant davantage à leurs besoins. Les personnes invitées à participer à l'étude ont rempli un deuxième formulaire de consentement (Annexe 3).

Collecte de données

Les personnes ayant accepté de participer aux études ont été invitées à se rendre de nouveau à la CSPUQO afin de remplir différents questionnaires autorapportés via la plateforme électronique LimeSurvey. Bien que les collectes de données des deux études aient été réalisées initialement dans l'objectif d'en apprendre davantage sur les traitements cliniques, le projet actuel ne requiert que l'analyse des données recueillies à la première évaluation des études (admission; pré-traitement). Quatre questionnaires ont été retenus pour les analyses du présent projet et ils seront détaillés ci-bas.

Instruments de mesure

Mesures d'évaluation diagnostique

Entrevue téléphonique de dépistage (ETD, Annexe 2). L'ETD (Ladouceur et al., 2000) sert à évaluer, de façon préliminaire, les critères d'inclusion et d'exclusion de l'étude. L'ETD est une entrevue structurée qui a été développée spécifiquement pour une clientèle souffrant du TAG. Aucune donnée psychométrique n'est disponible pour cette entrevue.

Entrevue Structurée pour les Troubles Anxieux, version DSM-IV (ESTA-IV, Annexe 4 pour voir la section spécifique au TAG). L'ESTA-IV (Brown et al., 1994) est une

entrevue semi-structurée qui permet d'évaluer les critères diagnostiques du DSM-IV pour tous les troubles anxieux, ainsi que d'autres troubles souvent en comorbidité (tel que les troubles de l'humeur, les troubles somatoformes, les troubles d'abus de substances, les troubles psychotiques et les problèmes médicaux). Cette entrevue permet de quantifier la sévérité des symptômes de chaque trouble à l'aide de l'Échelle de Sévérité du Clinicien (ÉSC; Annexe 5), laquelle utilise une échelle de Likert de 0 (*aucun symptôme*) à 8 (*symptômes très sévères*). Pour être considéré comme étant cliniquement significatif, un trouble doit atteindre un minimum de 4 sur 8 sur l'ÉSC. Si plusieurs troubles atteignent ce seuil clinique, le trouble ayant la cote la plus élevée (signifiant le plus sévère) est considéré comme le trouble principal. La section sur le TAG inclut des questions sur les critères cognitifs (p. ex. excessivité, incontrôlabilité, thèmes d'inquiétudes comme l'école, le travail, la famille, la santé) et les critères somatiques (p. ex. fatigue, douleur musculaire), permettant de quantifier l'impact de l'anxiété dans les activités quotidiennes. Cet instrument a une bonne fiabilité inter-juges pour évaluer les inquiétudes excessives dans le TAG ($r = .73$), les inquiétudes incontrôlables dans le TAG ($r = .78$), les symptômes somatiques du TAG ($r = .83$) et la sévérité globale du TAG ($r = .72$; Brown et al., 2001).

Mesures de la sévérité du TAG

Questionnaire sur les Inquiétudes de Penn State (QIPS; Annexe 6). Le QIPS (Gosselin et al., 2001) est la traduction française du Penn State Worry Questionnaire (PSWQ; Meyer et al., 1990). Le QIPS est un questionnaire autorapporté composé de 16 items mesurant le caractère excessif et incontrôlable de la tendance à s'inquiéter. L'instrument inclut des questions telles que « *Je sais que je n'aurais pas dû m'inquiéter, mais je n'y pouvais rien* ». Les réponses sont indiquées sur une échelle de Likert de 1 (*pas du tout correspondant*) à 5 (*extrêmement correspondant*). Cinq items ont une cotation inversée. Le score total varie entre 16 et 80, dont les

scores les plus élevés signifient des niveaux d'inquiétudes supérieurs. Le QIPS possède une excellente cohérence interne ($\alpha = .82$), et fait preuve de validité convergente et divergente dans un échantillon clinique (Gosselin et al., 2001). Dans cet échantillon, la cohérence interne est de $\alpha = .81$.

Questionnaire sur les Inquiétudes et l'Anxiété (QIA; Annexe 7). Le QIA (Dugas et al., 2001) est un instrument autorapporté développé en français, mesurant la présence et la sévérité des critères diagnostiques du TAG telle que définie dans le DSM-IV (APA, 1994) et le DSM-5 (APA, 2013). La première question demande au participant de rapporter ses thèmes d'inquiétudes les plus fréquents (rappel libre). Les cinq autres items sont cotés sur une échelle de Likert à 9 points (0 = *Aucunement* à 8 = *Très sévèrement*). Les items évaluent les symptômes cognitifs (3 items; p. ex. « *Est-ce que vos inquiétudes sont excessives ou exagérées?* »), les symptômes somatiques (1 item à 6 énoncés; p. ex. *agité(e), surexcité(e) ou avoir les nerfs à vif?*) et les altérations du quotidien associées (1 énoncé; p. ex. *À quel point est-ce que l'anxiété, l'inquiétude ou les comportements associés, interfère avec votre vie?*) dans les six derniers mois. Plus le score total est élevé, plus les symptômes du TAG sont sévères. L'outil possède une excellente cohérence interne ($\alpha = .89$), une bonne fidélité test-retest ($r = .76$) et fait preuve de validité convergente et divergente (Dugas et al., 2001). Dans cet échantillon, la cohérence interne est de $\alpha = .81$.

Mesures des facteurs de vulnérabilité du TAG

Échelle d'Intolérance à l'Incertitude (ÉII; Annexe 8). L'ÉII (Freeston et al., 1994) est un questionnaire autorapporté, développé en français, incluant 27 items mesurant les croyances négatives en lien avec l'incertitude. On peut y distinguer deux types de croyances, soit celle que « l'incertitude est injuste et ruine tout », ainsi que celle que « l'incertitude a des implications

négligentes nous freinant dans la vie » (Sexton et Dugas, 2009). Les items de l'ÉII sont évalués sur une échelle de Likert de 1 (*pas du tout correspondant*) à 5 (*tout à fait correspondant*). Le score total s'obtient par la somme de tous les items, pour un minimum de 27 et un maximum de 135. Cet outil comprend des énoncés tels que « *Je veux toujours savoir ce que l'avenir me réserve* » et « *Être incertain(e) veut dire qu'on est une personne désorganisée* ». Plus le score total est élevé, plus l'intolérance à l'incertitude est forte. L'ÉII possède de bonnes propriétés psychométriques telles qu'une excellente cohérence interne ($\alpha = .91$) et une bonne validité convergente et divergente (Freeston et al., 1994). Dans cet échantillon, la cohérence interne est de $\alpha = .92$.

Questionnaire sur les Comportements Sécurisants du Trouble d'Anxiété Généralisée (QCS-TAG; Annexe 9). Le QCS-TAG (Marcotte-Beaumier et al., 2020) est un questionnaire francophone autorapporté de 10 items. Cet instrument évalue la présence de six types de comportements sécurisants associés au TAG : la procrastination, la recherche de réassurance, la sur-préparation, l'évitement, le refus de déléguer et la vérification au cours du dernier mois. L'outil comprend des énoncés tels que « *Je cherche beaucoup d'informations afin de me sentir rassuré(e)* ». Les réponses sont indiquées sur une échelle de Likert de 1 (*pas du tout typique de moi*) à 5 (*extrêmement typique de moi*). Cet outil démontre une bonne cohérence interne ($\alpha = .78$) ainsi qu'une bonne validité convergente, divergente et prédictive (Marcotte-Beaumier et al., 2020). Dans cet échantillon, la cohérence interne est de $\alpha = .78$.

CHAPITRE III

Résultats

Analyses préliminaires

Dans un premier temps, une vérification a été effectuée pour s'assurer que les données utilisées étaient conformes aux postulats statistiques. Les analyses ont été réalisées grâce au

logiciel statistique SPSS d'IBM, version 29. Les variables indépendantes, représentant les facteurs de vulnérabilités du TAG, sont l'intolérance à l'incertitude (ÉII) et les comportements sécurisants (QCS-TAG). Les variables dépendantes sont la sévérité des symptômes du TAG (QIA) et la sévérité des inquiétudes (QIPS).

Dans un premier temps, les données ont été analysées dans le but de détecter s'il y avait présence de valeurs manquantes et de valeurs extrêmes. Aucune donnée manquante n'a été trouvée, dans l'échantillon de 96 participants, sur l'ensemble des quatre questionnaires (ÉII, QCS-TAG, QIA et QIPS). Une seule valeur aberrante univariée a été identifiée au-delà d'un score standardisé (Z) de ± 3.29 ($p < .001$). Cette valeur de $Z = -3.87$ détectée au QIA, représente un score de sévérité légèrement inférieur comparativement aux autres résultats amassés. Après vérification, ce participant a atteint le seuil limite pour le TAG à l'ESTA-IV et a participé à l'étude clinique. Par conséquent, à partir de ces informations, il a été décidé de conserver cette valeur intacte sans correction, sachant que ce participant se qualifie pour un échantillon clinique. Aucune valeur aberrante bivariée n'a été décelée selon la distance de Mahalanobis ($p < .001$).

Selon le postulat de normalité, les indices d'aplatissement (kurtosis) et d'asymétrie nécessitent de se situer entre -1 et 1. Une seule déviation sur la kurtosis du QIA ($=1.5$) dépassait légèrement cet intervalle, reflétant une faible dispersion de la sévérité des symptômes du TAG, ce qui est attendu dans un échantillon de nature clinique. La normalité statistique de l'échantillon a également été évaluée avec le test de Kolmogorov-Smirnov ($N > 50$) pour l'ensemble des questionnaires utilisés. Tous les résultats confirment que la distribution de l'échantillon n'est pas significativement différente d'une distribution normale ($p > .05$). Les graphiques de dispersion démontrent que les données sont linéaires, homogènes et distribuées de façon aléatoire. En somme, les analyses préliminaires réalisées attestent que les postulats sont tous respectés,

incluant la distribution normale, la linéarité des résiduels ainsi que l'homoscédasticité. Aucune correction n'a donc été appliquée sur l'ensemble des données. Le Tableau 2 présente les statistiques descriptives des données de l'échantillon pour les quatre questionnaires utilisés dans ce projet.

Tableau 2

Statistiques descriptives des questionnaires d'intérêt (N=96)

Questionnaires	Moyenne (<i>M</i>)	Écart-type (<i>É.T.</i>)	Étendue
QIA	42.71	6.64	17-55
QIPS	66.60	6.83	49-80
ÉII	84.49	17.87	49-131
QCS-TAG	32.81	6.87	17-50

Note. QIA = Questionnaire sur les inquiétudes et l'anxiété; QIPS = Questionnaire sur les inquiétudes de Penn State; ÉII = Échelle d'intolérance à l'incertitude; QCS-TAG = Questionnaire sur les comportements sécurisants.

Analyses statistiques

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer, dans une population clinique, les liens entre la sévérité du TAG (autant au niveau de l'ensemble des symptômes [QIA] que des inquiétudes [QIPS]) et deux de ses facteurs étiologiques, soit l'intolérance à l'incertitude (ÉII, vulnérabilité cognitive) et les comportements sécurisants (QCS-TAG, vulnérabilité comportementale).

Lien entre l'intolérance à l'incertitude et la sévérité du TAG

La première hypothèse était que l'intolérance à l'incertitude serait positivement et significativement reliée à la sévérité du TAG. Cette hypothèse sera évaluée selon deux angles. Le premier énoncé examine le lien entre l'intolérance à l'incertitude (ÉII) et la sévérité des

symptômes du TAG (QIA). Il a été réalisé à l'aide d'une corrélation de Pearson. Les résultats révèlent une association positive et significative ($r = .49, p < .001$). Afin de vérifier le deuxième énoncé, prédisant une relation entre l'intolérance à l'incertitude (ÉII) et la sévérité des inquiétudes (QIPS), une deuxième corrélation de Pearson a été effectuée. Les analyses ont confirmé un lien significatif et positif ($r = .53, p < .001$). La force de ces relations peut être qualifiée de modérée à forte (Cohen, 1988). Les analyses démontrent donc une relation positive et significative dans les deux cas (voir Tableau 3), suggérant que plus les participants rapporteraient une intolérance à l'incertitude élevée, plus la sévérité était élevée, au niveau de l'ensemble de leurs symptômes et de leurs inquiétudes.

Lien entre les comportements sécurisants et la sévérité du TAG

La deuxième hypothèse était que les comportements sécurisants rapportés seraient positivement et significativement reliés à la sévérité du TAG. Cette hypothèse a été testée par deux corrélations de Pearson. La première entre les comportements sécurisants (QCS-TAG) et la sévérité des symptômes du TAG (QIA) dévoile une relation positive ($r = .49, p < .001$). La deuxième entre les comportements sécurisants (QCS-TAG) et la sévérité des inquiétudes (QIPS) démontre également une relation positive ($r = .48, p < .001$). La taille d'effet de ces liens peut être qualifiée de modérée (Cohen, 1988). Les résultats établissent une association positive et significative dans les deux cas (voir Tableau 3), supportant la deuxième hypothèse. Alors, plus les participants rapportent de comportements sécurisants, plus la sévérité du TAG est élevée, autant au niveau de l'ensemble de leurs symptômes que de leurs inquiétudes. Voir le Tableau 3 pour un résumé des corrélations de toutes les variables d'intérêt dans l'étude.

Tableau 3

Corrélations entre les variables de l'étude

	QIA	QIPS	ÉII	QCS-TAG
QIA	--			
QIPS	.65*	--	.	
ÉII	.49*	.53*	--	
QCS-TAG	.49*	.48*	.64*	--

Note. QIA = Questionnaire sur les inquiétudes et l'anxiété; QIPS = Questionnaire sur les inquiétudes de Penn State; ÉII = Échelle d'intolérance à l'incertitude; QCS-TAG = Questionnaire sur les comportements sécurisants. * $p < .001$.

Contribution unique de l'intolérance à l'incertitude et des comportements sécurisants dans la prédiction de la sévérité du TAG

La troisième hypothèse était que l'intolérance à l'incertitude et les comportements sécurisants feraient respectivement une contribution unique et significative à la prédiction de la sévérité du TAG. Afin d'évaluer la capacité prédictive de nos facteurs de vulnérabilité (comportementale et cognitive) sur la sévérité, deux régressions linéaires hiérarchiques seront effectuées, une pour chacune des variables prédites (QIA [sévérité de l'ensemble des symptômes diagnostiques] et QIPS [sévérité des inquiétudes]). Ces analyses permettront d'identifier si des contributions distinctes apparaissent en contrôlant l'impact des autres variables prédictives. Les comportements sécurisants seront introduits en premier bloc, voulant en apprendre davantage sur le rôle de cette variable d'intérêt peu étudiée.

Tout d'abord, des analyses de corrélation de Pearson ont été générées afin d'identifier des liens potentiels entre les variables prédites de sévérité (QIA et QIPS) et des variables socio-démographiques (sexe et âge). Aucun lien significatif n'a été détecté avec le QIA (n.s.; $p > .05$). En revanche, le QIPS et l'âge sont liés positivement et significativement ($r = .21$; $p = .04$). L'âge sera donc ajouté dans l'analyse de la sévérité des inquiétudes (QIPS).

La première variable dépendante (prédite) soumise à une analyse de régression linéaire hiérarchique est la sévérité des symptômes du TAG (QIA). Cette partie de l'hypothèse sera exécutée en deux étapes, selon les variables prédictives (Étape 1 : QCS-TAG; Étape 2 : ÉII). À la première étape, les comportements sécurisants (QCS-TAG) expliquent 24% de la variance de la sévérité des symptômes ($F(1,94) = 29.94, p < .001$). La relation entre les comportements sécurisants et les scores au QIA est positive et significative ($\beta = .49, t = 5.47, p < .001$). En d'autres mots, plus les participants rapportent des comportements sécurisants et plus la sévérité des symptômes diagnostiques du TAG augmente. À la deuxième étape, l'intolérance à l'incertitude (ÉII) a été introduite. Les résultats indiquent que l'ajout de cette variable augmente significativement de 5% l'explication de la variance pour le QIA ($F(1,93) = 7.02, p < .01$). D'une part, l'association entre l'intolérance à l'incertitude (ÉII) et les scores au QIA est positive et significative ($\beta = .30, t = 2.65, p < .01$). D'autre part, les comportements sécurisants conservent leur contribution distincte ($\beta = .30, t = 2.64, p = .01$). Le modèle final (voir Tableau 4) soutient la troisième hypothèse suggérant que les comportements sécurisants (QCS-TAG) ainsi que l'intolérance à l'incertitude (ÉII) apportent respectivement une contribution unique et significative à la sévérité des symptômes du TAG (QIA).

Tableau 4

Régression hiérarchique linéaire des variables prédisant la sévérité des symptômes (QIA)

Prédicteurs	ΔR^2	β	t	p
Étape 1	.24**			
QCS-TAG		.49	5.47	< .001
Étape 2	.05*			
QCS-TAG		.30	2.64	.01
ÉII		.30	2.65	< .01

Note. QIA (valeur prédite) = Questionnaire sur les inquiétudes et l'anxiété; QCS-TAG = Questionnaire sur les comportements sécurisants. ÉII = Échelle d'intolérance à l'incertitude; * $p < .01$. ** $p < .001$.

Pour cette même hypothèse, la deuxième variable dépendante (prédite) soumise à une analyse de régression linéaire hiérarchique est la sévérité des inquiétudes (QIPS) selon les variables prédictives (Étape 1: Âge; Étape 2: QCS-TAG; Étape 3: ÉII). À la première étape, l'âge explique 4% de la variance de la sévérité des inquiétudes ($F(1,94) = 4.21, p = .04$). Les résultats révèlent que cette variable socio-démographique a une relation positive et significative avec la sévérité des inquiétudes ($\beta = .21, t = 2.05, p = .04$). À la deuxième étape, les comportements sécurisants (QCS-TAG) ont été ajoutés. Les résultats indiquent que cette variable apporte une augmentation significative de 23% à l'explication de la variance au QIPS ($F(1,93) = 29.26, p < .001$). Les résultats révèlent un impact statistiquement significatif des comportements sécurisants sur la sévérité des inquiétudes ($\beta = .48, t = 5.41, p < .001$). À la troisième étape, l'intolérance à l'incertitude (ÉII) a été ajoutée. Les résultats démontrent que cette addition augmente significativement de 6% l'explication de la variance pour le QIPS ($F(1,92) = 8.46, p = .005$). La relation entre l'intolérance à l'incertitude et les scores mesurés au QIPS est positive et significative ($\beta = .33, t = 2.91, p = .005$). Ainsi, la forte présence d'intolérance à l'incertitude prédit une sévérité plus élevée des inquiétudes. À ce point, l'âge perd sa contribution unique (n.s., $p = .12$). À l'inverse, les comportements sécurisants conservent leur contribution distincte ($\beta = .27, t = 2.37, p = .02$). Le modèle final (voir Tableau 5) supporte la troisième hypothèse suggérant que les comportements sécurisants (QCS-TAG; $\beta = .27$) ainsi que l'intolérance à l'incertitude (ÉII; $\beta = .33$) apportent respectivement une contribution unique et significative à la sévérité des inquiétudes du TAG (QIPS).

Tableau 5

Régression hiérarchique linéaire des variables prédisant la sévérité des inquiétudes (QIPS)

Prédicteurs	ΔR^2	β	t	p
Étape 1	.04*			
Âge		.21	2.05	.04
Étape 2	.23***			
Âge		.20	2.31	.02
QCS-TAG		.48	5.41	< .001
Étape 3	.06**			
Âge		.14	1.58	.12
QCS-TAG		.27	2.37	.02
ÉII		.33	2.91	.005

Note. QIPS (valeur prédite) = Questionnaire sur les inquiétudes de Penn State; QCS-TAG = Questionnaire sur les comportements sécurisants; ÉII = Échelle d'intolérance à l'incertitude.

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$

En résumé, les deux régressions hiérarchiques linéaires effectuées appuient la troisième hypothèse voulant que l'intolérance à l'incertitude et les comportements sécurisants (facteurs de vulnérabilité cognitif et comportemental) représentent des prédicteurs distincts et significatifs pour la sévérité du TAG, autant au niveau des symptômes diagnostiques que des inquiétudes.

CHAPITRE IV

Discussion

La présente étude visait à examiner le lien entre la sévérité du TAG et deux facteurs cliniques impliqués dans son étiologie : l'II et les CS. L'objectif de l'étude était de déterminer si les CS représentent un facteur de vulnérabilité distinct de la sévérité du TAG, indépendamment de l'II. La contribution potentielle des facteurs de vulnérabilité comportementaux demeure peu explorée dans la littérature du trouble en comparaison de celle des facteurs cognitifs, ces derniers étant habituellement privilégiés dans les modèles conceptuels du TAG. Les résultats ont confirmé l'ensemble des trois hypothèses de recherche formulées.

Premièrement, une association positive et robuste a été observée entre l'II et la sévérité du TAG, tant au niveau de l'ensemble des symptômes que des inquiétudes excessives. Ce résultat confirme à nouveau le rôle central de ce facteur, déjà documenté dans la littérature (p. ex. Dugas et al., 2007). Deuxièmement, les CS étaient également positivement et significativement liés à la sévérité du trouble. Ces données corroborent les études de Mahoney et ses collaborateurs (2016, 2018a, 2018b) et en étendent la portée par la démonstration d'une relation robuste auprès d'un échantillon clinique diagnostiqué, palliant les limites des études précédentes menées auprès de groupes non cliniques ou autodéclarés. Ainsi, nos résultats confirment les deux premières hypothèses en démontrant qu'une forte II ou un recours fréquent aux CS sont corrélés à une sévérité élevée du TAG.

Cette étude constitue, à notre connaissance, la première à évaluer la contribution respective de l'II (dimension cognitive) et des CS (dimension comportementale) à la sévérité du TAG au sein d'un échantillon clinique. Comme le prévoyait notre troisième hypothèse, chacun des deux facteurs de vulnérabilité a démontré une association unique (au-delà de l'autre facteur) et significative à la sévérité du TAG. Ainsi, en contrôlant l'effet de l'un, l'autre contribue significativement à la sévérité des symptômes et des inquiétudes. De plus, leur influence respective s'est révélée relativement similaire, tel qu'en témoigne le modèle final des deux analyses de régression.

Implications théoriques, cliniques et diagnostiques

Implications théoriques

Historiquement, les conceptualisations du TAG ont privilégié les facteurs de vulnérabilité cognitifs, certains ayant identifié l'II comme facteur central du modèle (Behar et al., 2009; Dugas et al., 1998; Hebert et Dugas, 2019). Notre étude révèle que l'II et les CS

constituent des facteurs partiellement distincts de la sévérité, chacun contribuant de manière substantielle. Par conséquent, une intensité élevée de l'une ou l'autre de ces vulnérabilités pourrait suffire pour prédire une sévérité accrue du trouble, indépendamment du niveau de l'autre facteur. Ces résultats suggèrent que ni la vulnérabilité cognitive (II) ni la vulnérabilité comportementale (CS) ne peuvent être reléguées au second plan dans la compréhension du TAG. Les résultats de cette étude mettent en doute l'hypothèse de la primauté cognitive (p. ex. Beck, 1976) au profit d'une réflexion sur l'importance de la dimension comportementale longtemps négligée.

Nos résultats suggèrent aussi que dans certaines situations, une personne présentant un TAG pourrait éprouver une forte II sans recourir systématiquement à des CS. Par exemple, une personne fortement intolérante à l'incertitude (« il est insupportable de ne pas savoir ce qui se passera ») pourrait s'inquiéter de plusieurs scénarios potentiels dans le but de diminuer son sentiment d'incertitude, et ce, sans pour autant avoir recours à des CS. Dans un tel cas, le besoin de certitude alimenterait directement les inquiétudes et la détresse, sans que la personne utilise des CS. Avec le temps, l'II s'intensifie et se généralise, aggravant le TAG par le manque d'actions concrètes mises en place pour modifier ses pensées.

À l'inverse, une personne souffrant du TAG pourrait utiliser excessivement des CS (p. ex. vérification excessive, procrastination, recherche intensive) sans nécessairement présenter une II prononcée. Prenons l'exemple d'une personne recevant un courriel de son gestionnaire lui proposant une brève rencontre pour discuter d'un dossier. Cette demande pourtant inoffensive pourrait déclencher un besoin excessif d'agir (« je dois me préparer »), de l'anxiété et des inquiétudes. Pour apaiser sa détresse, cette personne pourrait adopter plusieurs CS, tels que relire le dossier à répétition, chercher de la réassurance auprès d'un collègue et préparer

mentalement des justifications alternatives. Ces stratégies comportementales pourraient répondre à d'autres vulnérabilités comme une dysrégulation émotionnelle (Mennin et al., 2005), une faible estime de soi, un perfectionnisme ou une hypersensibilité interpersonnelle (peur de décevoir, du rejet) plutôt que l'II. À court terme, ces CS procurent un soulagement immédiat, permettant de fonctionner. Toutefois, ce soulagement agit comme un renforcement négatif (Helbig-Lang et Petermann, 2010; Salkovskis et al., 2003), incitant à répéter le CS (« ça m'a sauvé, alors je le referai »). À long terme, les CS tendent à devenir rigides et automatisés, favorisant une chronicisation et une intensification du TAG. Ces cas, démontrant que l'II et les CS peuvent contribuer à la sévérité du TAG de façon partiellement indépendante, invitent à approfondir davantage sur leurs distinctions spécifiques.

Par ailleurs, nos résultats s'accordent pleinement avec la distinction théorique entre les facteurs de vulnérabilité (ou processus) distaux et proximaux, telle que proposée récemment par Koerner et ses collègues (2020). Ces auteurs proposent un cadre conceptuel distinguant les mécanismes profonds et stables (distaux) des réactions immédiates et situationnelles (proximaux). L'II, en tant que manifestation de croyances fondamentales négatives envers l'incertitude et de construit stable (Dugas et al., 2025), est considérée comme un processus distal (Koerner et al., 2020). En parallèle, les processus proximaux se manifestent comme des réponses immédiates en réaction au contexte, constituant des stratégies de gestion à court terme visant à soulager la détresse ressentie (Koerner et al., 2020). Les CS, en tant que réactions comportementales, représenteraient donc un processus proximal. Cet ajout apporte une profondeur temporelle, du plus près au plus loin de la situation incertaine redoutée, à la compréhension des relations dynamiques dans le TAG. Cette hiérarchie des processus rappelle celle du modèle cognitif de Beck (pour une revue, voir Beck et Beck, 2011), dans lequel les

schémas dysfonctionnels (distaux) mettent en place les conditions pour l'émergence de stratégies d'adaptation plus immédiates (proximales).

Toutes ces précisions se combinent et s'enrichissent avec l'apport de l'étude de Mahoney et ses collègues (2018c), qui ont démontré une relation bidirectionnelle II-CS et la sévérité du TAG. Alors, non seulement l'II (facteur de vulnérabilité cognitif) accroît la probabilité d'adopter des CS, mais l'usage répété des CS (facteur de maintien comportemental) entretient, voire aggrave, les croyances catastrophiques liées à l'incertitude en empêchant toute mise à l'épreuve de celles-ci. Autrement dit, plus une personne a de la difficulté à tolérer l'incertitude, plus elle a tendance à utiliser des CS, et plus elle a recours à des CS, plus elle reste convaincue d'être incapable de faire face à l'incertitude, alimentant ainsi une boucle d'auto-renforcement. Nos résultats sont compatibles avec ce modèle bidirectionnel. En effet, dans la présente étude, les contributions de l'II et des CS à la prédiction de la sévérité du TAG sont à la fois dépendantes (variance partagée) et indépendantes (variance unique).

Le modèle révisé de l'intolérance à l'incertitude (MII-révisé; Hebert et Dugas, 2019) offre un cadre conceptuel particulièrement pertinent pour illustrer les distinctions et les liens entre l'II et les CS (se référer à la Figure 1). Dans un premier temps, la figure utilise des encadrés distincts pour isoler l'II des CS, soulignant leur nature et rôle autonome dans le TAG. L'II apparaît dans un encadré cognitif distal (haut), indiquant qu'elle est un facteur de vulnérabilité stable qui prédispose la personne à interpréter l'incertitude comme étant menaçante et inacceptable. Les CS occupent un encadré comportemental proximal (bas), correspondant à des réponses situationnelles déployées pour diminuer l'incertitude ou prévenir des issues redoutées. Ces encadrés indiquent que l'II serait un processus profond/prédisposant (toile de fond), tandis que les CS seraient des processus réactifs/de maintien (avec l'anxiété et

les inquiétudes). Dans un deuxième temps, les flèches bidirectionnelles illustrent les interactions dynamiques entre ces deux construits. La flèche II→CS indique que l'II élevée active les CS face à des situations incertaines. Inversement, la flèche CS→II montre que les CS, en interférant avec l'apprentissage correctif, consolident les croyances catastrophiques relatives à l'incertitude. Enfin, l'ensemble du modèle forme une boucle circulaire où l'II et les CS s'influencent mutuellement.

Implications cliniques

Au niveau clinique, il apparaît essentiel que les facteurs explicatifs de la sévérité d'un trouble soient identifiés afin de s'assurer que les plus influents soient priorisés. Nos résultats, indiquant une contribution indépendante de l'II et des CS à la sévérité du TAG, justifie leur intégration en tant que cibles distinctes dans les protocoles de traitement. Négliger l'un de ces deux prédicteurs limiterait inévitablement l'efficacité thérapeutique, laissant persister un déterminant important de la problématique. Cibler spécifiquement les composantes cognitive (II) et comportementale (CS) semble favorable à une prise en charge du TAG.

Par ailleurs, au-delà de leur autonomie, l'II et les CS interagissent de manière dynamique et bidirectionnelle sur la sévérité, formant un cycle de maintien du TAG (Mahoney et al., 2018c). Cela signifie que l'augmentation de l'un tend à renforcer l'autre, perpétuant ainsi le trouble. Cette interaction suggère que le traitement ne devrait pas se restreindre qu'à un facteur isolé, mais plutôt viser un affaiblissement de la boucle auto-renforçante II↔CS afin de diminuer la sévérité du trouble. Ceci est aligné avec la littérature voulant qu'une approche intégrative, ciblant à la fois les aspects cognitifs et comportementaux, est plus efficace pour réduire les symptômes qu'une approche limitée à une seule dimension (Borkovec et Ruscio, 2001).

De récentes méta-analyses convergent vers un consensus fort voulant que la thérapie cognitivo-comportementale (TCC), particulièrement en format individuel et en présentiel, soit le traitement psychologique le plus efficace pour réduire de façon durable les symptômes anxieux chez les adultes présentant un TAG (Liu et al., 2025; Papola et al., 2024; Wilson et al., 2023) et la modalité la plus appréciée (Basile et al., 2024). L'II est une cible d'intervention depuis le développement et la validation de la TCC centrée sur l'II (TCC-II; Ladouceur et al., 2000) et elle s'est imposée au fil des ans comme un prédicteur des meilleurs progrès cliniques (Dugas, 2018). En d'autres termes, une diminution au niveau de l'II exerce un effet important sur l'amélioration des symptômes. Néanmoins, nos résultats corroborent l'idée qu'une absence d'intervention spécifique aux CS pourrait freiner l'ampleur des bénéfices cliniques, même en présence d'une réduction de l'II. Ces données justifient des protocoles intégratifs visant une réduction simultanée de l'II et des CS. Cette perspective nous amène à nous intéresser notamment à un récent protocole de traitement.

Protocole simplifié de traitement pour le TAG. Dans le cadre de la révision du MII, une version simplifiée du protocole original de la TCC-II pour le TAG a été élaborée (Hebert et Dugas, 2019). Contrairement au modèle initial à quatre composantes (Dugas et al., 1998b), le nouveau traitement cible exclusivement la composante centrale du modèle, l'II, via une modalité d'intervention unique, les expériences comportementales (EC). Ce protocole, bien que recentré sur une seule composante, démontre une efficacité comparable à la version originale plus complexe, avec des réductions significatives et durables de la sévérité du TAG, de l'II, des inquiétudes et des symptômes somatiques, maintenues jusqu'à 12 mois (Dugas et al., 2022; Hebert et Dugas, 2019). Le traitement s'étale sur 12 séances hebdomadaires d'une heure, réparties en trois modules : (1) psychoéducation; (2) expériences comportementales (EC) ciblant

l'II; (3) consolidation des apprentissages et prévention de la rechute. La prédominance des EC, cœur du protocole avec 8 des 12 séances, témoigne de l'importance accordée à l'apprentissage par l'expérience directe comme principal moteur du changement thérapeutique (Hebert et Dugas, 2019).

Les EC comme levier de changement. Le pouvoir distinctif des EC réside dans leur capacité à cibler simultanément l'II et les CS, nos deux prédicteurs clés de la sévérité du TAG, en une seule intervention. Elles constituent une méthode expérientielle puissante permettant de générer des changements profonds et durables touchant les cognitions, les émotions et les comportements (Bennett-Levy et al., 2004; McManus et al., 2012; McMillan et Lee, 2010; Waller, 2009). Les EC visent à induire des changements cognitifs (c.-à-d. développer de nouvelles croyances) à partir d'un moteur comportemental (Curtiss et al., 2021; Warnock-Parkes et al., 2025), se traduisant souvent sur le plan clinique par l'utilisation de techniques d'exposition in vivo qui favorisent une plus grande tolérance à l'incertitude et donc une réduction de l'II.

Dans le cadre du traitement développé par Hebert et Dugas (2019), les EC s'appuient sur la théorie de l'apprentissage par inhibition et sa stratégie centrale, la violation des attentes, selon laquelle un changement cognitif émerge lorsque la personne expérimente la non-occurrence de ses attentes menaçantes (Craske et al., 2014). Concrètement, il s'agit de renoncer volontairement aux CS habituellement utilisés (p. ex. surpréparation, recherche de réassurance) afin de tester, en situation réelle d'incertitude, les prédictions catastrophiques associées à l'II (Bennett-Levy, 2003; Hebert et Dugas, 2019). Ce processus remet directement en question le faux sentiment de sécurité induit par les CS (« grâce à mes CS, rien de grave ne se passera »; Blakley et Abramowitz, 2016; Lohr et al., 2007). En s'abstenant d'utiliser les CS, les EC permettent à la personne de vivre pleinement la situation redoutée et de recueillir des informations nouvelles, ou

auparavant ignorées, pouvant contredire ses croyances dysfonctionnelles sur l'incertitude. En restant en contact avec l'ensemble des stimuli, la personne peut prendre conscience que les pires scénarios anticipés ne se produisent pas nécessairement en l'absence de CS (Craske et al., 2008).

Dans le cadre du protocole simplifié pour le TAG (Hebert et Dugas, 2019), durant l'EC, la personne est encouragée à s'exposer directement à la situation incertaine prédéterminée en éliminant les CS. L'objectif est d'accumuler des preuves directes (Bennett-Levy, 2003) pour vérifier la validité de ses prédictions, tant au niveau contextuel (observer si les conséquences anticipées se produisent ou non et si elles sont aussi négatives que prévu) qu'émotionnel (observer comment elle se sent face à la situation; Hebert et Dugas, 2019). Plus la précision des EC est grande, plus les résultats seraient prometteurs (Hilleke et al., 2021); ainsi, la préparation (avant EC) est le fondement d'une future réussite. Après chaque EC, une réflexion comparative « avant/après EC » constitue une étape cruciale afin de remettre en question ses croyances menaçantes et faire un bilan de ses nouveaux apprentissages. L'objectif est de discerner la présence d'une violation des attentes, c'est-à-dire un écart entre ce qui était attendu (prédiction) et ce qui s'est réellement produit (réalité), car sans écart il ne peut y avoir d'apprentissage (Craske et al., 2014). La violation des attentes induit alors un apprentissage inhibiteur, c'est-à-dire l'acquisition d'une nouvelle association plus adaptative qui vient faire concurrence à la croyance menaçante initiale. Cette nouvelle association permet d'affaiblir la force de l'II en introduisant une croyance secondaire qui nuance l'originale.

Par exemple, une personne présentant un TAG qui contacte à répétition ses proches dès un retard par crainte d'un accident, pourrait être invitée lors d'une EC à résister consciemment de leur téléphoner même si l'anxiété est intense. Cette expérience testerait directement l'hypothèse selon laquelle un retard annonce inévitablement le pire scénario imaginé en vérifierait si la

menace se concrétise ou non. L'infirmité de la prédiction catastrophique pourrait alors générer une croyance inhibitrice alternative plus adaptative (p. ex. « un retard ne signifie pas nécessairement qu'il est arrivé quelque chose de grave ») qui entre en concurrence avec la croyance menaçante initiale (p. ex. « tout retard indique automatiquement qu'il y a un danger »). Ces deux croyances (adaptative et dysfonctionnelle) coexistent et rivalisent. L'EC amène la personne à constater qu'elle est en mesure de tolérer, ou même de réguler, l'anxiété dans une situation redoutée sans s'effondrer et que les pires scénarios anticipés ne surviennent pas nécessairement en l'absence de CS (Craske et al., 2008). Un nouvel apprentissage inhibiteur adaptatif peut initier un changement de cap vers une spirale vertueuse de changement caractérisée par une augmentation de la tolérance à l'incertitude (Craske et al., 2008), un sentiment d'efficacité personnelle (Bandura, 1977) et une réduction de la dépendance aux CS (Craske et al., 2014). Toutefois, il faut noter que l'émergence d'une croyance inhibitrice ne signifie pas pour autant l'extinction de la perception de menace initiale (Bouton, 2004; Bouton et al., 2021). Pour optimiser une généralisation et solidification des acquis, une diversité de stimuli et de contextes est recommandée, de façon à compiler au quotidien et au fil du temps une grande variété de preuves pouvant inhiber la croyance menaçante initiale (Bouton, 2004; Craske et al., 2014).

Approche intégrative à privilégier. Dans la perspective de notre contribution unique de l'II et des CS à la sévérité, les deux représentent des cibles thérapeutiques dans un traitement pour le TAG. La question n'est plus de savoir quoi cibler, mais comment les cibler. D'un point de vue des processus proximaux-distaux, les approches isolées peuvent révéler certaines limites.

Cibler exclusivement l'II en ignorant les CS qui entretiennent le TAG, revient à tenter d'intervenir sur les croyances profondes distales en ne tenant pas compte de leurs manifestations

observables proximales dans les situations redoutées. Les techniques cognitives traditionnelles, telle que la restructuration cognitive, s'avèrent souvent inefficaces pour le TAG, car la personne recherche une certitude absolue inatteignable (Hebert et Dugas, 2019). En TCC, remettre uniquement verbalement en question les croyances liées à l'incertitude n'améliorerait pas les symptômes (Longmore et Worrell, 2007). Un traitement purement cognitif peut certes réduire partiellement l'II, mais laisse intacts les CS faute d'exposition permettant de les adresser. Ces CS persistent alors comme une armure protégeant contre l'incertitude, bloquant toute exposition corrective via un renforcement négatif (soulagement immédiat incitant à la répétition du CS). Sans confrontation directe à l'incertitude, l'anxiété diminue à court terme mais les croyances catastrophiques demeurent stables (p. ex. « sans mes CS, je n'aurais pas tenu le coup » ou « j'ai évité le pire grâce à mes CS, alors pourquoi changer? »). Cette approche maintient l'illusion de protection des CS malgré le travail sur l'II.

Réduire les CS sans les associer explicitement à un travail sur les croyances dysfonctionnelles de l'II ne permet pas d'atteindre le niveau profond des vulnérabilités cognitives distales, limitant les changements à des effets temporaires et superficiels (Riskind et Alloy, 2006). Cibler les processus proximaux observables, par de l'exposition, produit des gains symptomatiques rapides, mais ces gains peuvent être contextuels et fragiles. Un traitement purement comportemental des CS ne modifie pas nécessairement l'II sous-jacente, faute de test expérientiel associé à la croyance que « l'incertitude est dangereuse ». La personne diminue certains CS, mais l'II peut rester intacte, pouvant l'amener à remettre en question l'arrêt de ses CS (p. ex. « mes CS me protégeaient du danger, pourquoi arrêter? »). Il peut être particulièrement frustrant pour la personne de s'exposer à de nombreuses situations anxiogènes, en tolérant une forte détresse par l'abandon de ses CS, et malgré les efforts déployés, ne

constater aucun gain durable en lien avec ses peurs profondes relatives à l'incertitude. Cette approche entraîne un soulagement immédiat, mais sans ancrage cognitif explicite, les acquis peuvent rester limités aux situations spécifiques travaillées. Bien que les interventions comportementales isolées procurent des bénéfices à court terme, elles peuvent s'avérer insuffisantes pour modifier les croyances catastrophiques au sujet de l'incertitude, rendant le maintien des gains à long terme particulièrement difficiles lorsque les vulnérabilités distales persistent (Riskind et Alloy, 2006).

En somme, les interventions isolées ciblant les processus distaux ou proximaux, peuvent produire des gains partiels, fragiles et peu généralisables. Ces enjeux soulignent la pertinence d'une approche thérapeutique intégrative, ciblant simultanément les deux prédicteurs uniques de la sévérité du TAG. Les EC du protocole simplifié de TCC-II représentent une opérationnalisation clinique intéressante de la complémentarité II-CS, ciblant simultanément les vulnérabilités proximale et distale du MII-révisé.

Sur le plan clinique, les EC utilisent l'abandon des CS comme moteur expérientiel afin de tester les prédictions liées à l'II, recherchant une violation des attentes et favorisant un apprentissage inhibiteur plus adaptatif concernant l'incertitude. Ainsi, les EC sollicitent une réduction des processus proximaux dysfonctionnels (CS, manifestations comportementales observables) tout en induisant une modification des processus distaux sous-jacents plus rigides (II, croyances profondes percevant l'incertitude comme menaçante). La prise en charge implique donc de travailler simultanément sur les causes plus fondamentales de l'anxiété (II) et ses manifestations immédiates (CS), rompant le cycle de maintien auto-renforçant (II-CS) du TAG. Une modification au niveau proximal apporte un soulagement temporaire et des gains rapides, mais ce sont les changements au niveau distal qui permettent des apprentissages durables et

généralisables, prévenant les rechutes (Riskind et Alloy, 2006). Les CS ne sont pas une manifestation secondaire, mais un facteur influençant conjointement le TAG avec l'II, contribuant ensemble à la sévérité du trouble. Les cibler simultanément via les EC est souhaitable afin de permettre une exposition expérientielle corrective.

Toutefois, le fait de cibler simultanément l'II et les CS ne garantit pas en soi, l'obtention de gains cliniques maximaux. Certains facteurs peuvent venir entraver le potentiel de changement. Notamment, il est essentiel d'éviter toutes stratégies atténuant les attentes ou la détresse avant ou pendant l'EC (p. ex. restructuration cognitive, résolution de problèmes), car elles peuvent limiter l'ampleur de la violation des attentes, compromettant ainsi l'apprentissage inhibiteur et préservant les croyances dysfonctionnelles (Baker et al., 2010; Craske et al., 2014; Lovibond et al., 2000). Craske et ses collaborateurs (2014, 2022) recommandent de maximiser la violation des attentes (écart maximal prédiction-réalité) et d'éliminer rapidement, complètement et systématiquement les CS lors des EC. Ces stratégies permettent de préserver un niveau d'intensité émotionnelle élevé favorisant un apprentissage inhibiteur optimal. Lors de l'EC, l'incongruité entre les attentes catastrophiques et la réalité aide la personne à prendre conscience que les CS constituent davantage une réponse excessive à l'II plutôt qu'à un danger réel.

À cet égard, la version simplifiée de la TCC-II démontre ses avantages distinctifs. Le protocole de traitement combine une structure standardisée, à la fois simple et rigoureuse, à une grande flexibilité, grâce aux EC personnalisées basées sur les croyances catastrophiques liées à l'incertitude et les CS propres à chaque individu. Il est d'ailleurs remarquable qu'une seule modalité, les EC, puisse cibler simultanément les deux prédicteurs clés de la sévérité du TAG examinés, générant à elle seule des gains substantiels validés empiriquement (Dugas et al., 2022; Wilson et al., 2026). Les EC représentent ainsi un puissant levier de changement thérapeutique.

Dépistage et évaluation. Avec près de 69 000 postes actuellement vacants dans le système de santé canadien (Statistique Canada, 2025), cette pénurie de ressources n'épargne pas les services de santé mentale, prolongeant les délais et limitant l'accès aux soins (Institut canadien d'information sur la santé, 2025). Dans ce contexte, où les besoins sont grands et les équipes traitantes soumises à une pression constante, l'efficience et l'efficacité deviennent essentielles. Afin d'optimiser le dépistage et l'évaluation clinique, l'utilisation d'outils de mesure courts, validés et spécifiques au TAG semble particulièrement pertinente.

Comme nos résultats l'indiquent, l'évaluation des prédicteurs (II et CS) donne une idée quantitative sur le degré de sévérité du trouble, des valeurs élevées à ces échelles étant associées à une intensité clinique supérieure. Aussi, la contribution unique de l'II et des CS à cette sévérité signifie que ces deux facteurs de vulnérabilité renvoient à des processus autonomes, quoiqu'étroitement liés, rendant leur évaluation séparée cliniquement judicieuse. Concrètement, cela implique que l'II et les CS soient mesurés à partir d'outils distincts, mais que leurs résultats soient interprétés systématiquement conjointement afin de mieux comprendre leur interaction et leurs effets combinés sur la présentation clinique. Se limiter à l'évaluation d'un seul de ces processus expose au risque d'une conceptualisation de cas incomplète et d'une perte d'information pertinente.

L'évaluation des CS est particulièrement importante, car ils sont absents des instruments de mesure standards de la sévérité (p. ex. GAD-7, QIA ou QIPS), permettant ainsi de détecter une vulnérabilité dissimulée. L'intégration des CS à l'évaluation clinique pourrait réduire la sous-détection du TAG par les professionnels, étant plus conscients par les personnes, contrairement à l'unique aspect cognitif. À cet effet, l'utilisation du QCS-TAG avec ses 10 items, en version française et anglaise, constitue une option rapide et efficace d'évaluer les CS. Cet instrument est

rentable par sa charge administrative minimale (quelques minutes) ainsi que la qualité des données recueillies sur les CS idiosyncratiques. Cet outil pourrait ainsi compléter les mesures traditionnelles de l'ÉII, telles que l'ÉII ou l'ÉII-12. En ce sens, leur évaluation combinée permet d'orienter avec précision les interventions thérapeutiques, particulièrement les EC, en ciblant les croyances dysfonctionnelles et en identifiant les comportements susceptibles d'interférer avec la progression du traitement.

La validité des questionnaires et la structure simplifiée du nouveau protocole de TCC-II constituent un avantage face à la forte demande pour le traitement du TAG, permettant de mieux allouer les ressources disponibles tout en adaptant les interventions aux besoins spécifiques de la personne.

Implications diagnostiques

Les résultats de cette étude apportent des arguments en faveur d'une évolution des pratiques diagnostiques concernant le TAG, notamment en ce qui a trait au rôle des CS. Historiquement, les critères du DSM ont privilégié la dimension cognitive, centrée sur la présence d'inquiétudes excessives et difficiles à contrôler (pour une revue, voir Andrews et al., 2016). Le TAG est donc le seul trouble anxieux ne comportant aucun critère diagnostique comportemental (APA, 2022). Or, notre étude indique que les CS contribuent de façon significative et distincte à la sévérité du trouble, indépendamment des composantes cognitives. Ces preuves supplémentaires rejoignent les recommandations du groupe de révision au DSM-5 (Andrews et al., 2010) et d'autres auteurs (p. ex. Mahoney et al., 2018c) qui plaident pour l'intégration d'une dimension comportementale dans les futurs critères diagnostiques du TAG.

D'une part, une telle révision harmoniserait le TAG avec les autres troubles anxieux, qui incluent déjà des critères comportementaux à leur diagnostic, le plus souvent sous forme

d'évitement. Par exemple, les diagnostics de phobie spécifique (critère C), d'anxiété sociale (critère D), d'agoraphobie (critère D) et de trouble panique (critère B.2) exigent tous un évitement actif des stimuli anxiogènes (p. ex. respectivement : chien/hauteur; présentation/adresser un inconnu; transport en commun/foule; exercice physique/café). Au-delà de leur rôle dans le diagnostic, ces critères fournissent des informations essentielles pour la planification thérapeutique, notamment dans le cadre de la TCC et des interventions d'exposition. Une évaluation rigoureuse des comportements inadaptés est donc indispensable afin d'orienter efficacement leur prise en charge en traitement.

D'autre part, bien qu'il soit connu que les personnes présentant un TAG recourent aussi à des stratégies comportementales face à une menace perçue, aucun critère de ce type n'a été intégré au DSM-5 (APA, 2013), en raison d'un manque de preuves sur leur spécificité (Starcevic et al., 2012). Une étude récente a en effet démontré que l'évitement ne prédisait pas le diagnostic de TAG (Inness et al., 2025), confirmant sa nature transdiagnostique parmi les troubles anxieux (Inness et al., 2022; Mahoney et al., 2016, 2018a, 2018b, 2018c). En revanche, les CS présentent une spécificité au TAG supérieure à celle des symptômes dépressifs ou d'autres troubles anxieux (Mahoney et al., 2016) et améliorent la prédiction diagnostique du trouble, particulièrement par les comportements de vérification qui expliquent jusqu'à 18 % de variance supplémentaire au-delà des critères actuels (Mahoney et al., 2016; Inness et al., 2025). Ainsi, le principal enjeu comportemental du TAG serait lié aux CS plutôt qu'à l'évitement.

Au niveau clinique, les CS sont considérés à la fois comme des processus proximaux de maintien du trouble et comme des manifestations comportementales observables de l'II (symptômes). Ce phénomène n'est pas inconnu en littérature clinique, l'inquiétude excessive étant dans la même situation (voir Sibrava et Borkovec, 2006; Wells, 2006) et représentant un

critère diagnostique déjà retenu dans le DSM (APA, 2022). La caractéristique mesurable et observable des CS (p. ex. la vérification excessive, la procrastination, le refus de déléguer ou la recherche de réassurance) confère un support objectif à leur inclusion comme critère diagnostique, peut-être même supérieur à l'inquiétude plus subjective et pourrait même aider dans un contexte de sous-détection par les professionnels. Une critique majeure formulée lors de la révision du DSM-5 portait sur le manque d'instruments valides pour évaluer cette composante comportementale dans le TAG (Andrews et al., 2010). Cependant, le développement récent et la validation du QCS-TAG et du WBI viennent pallier cet obstacle méthodologique. Quantifier les CS permettrait d'estimer leur impact fonctionnel sur le quotidien des personnes concernées.

Une reconnaissance officielle des CS dans la prochaine édition du DSM comblerait un angle mort du cadre actuel, en ancrant la compréhension du TAG dans un modèle intégrant des symptômes cognitifs, comportementaux et émotionnels. Cette approche s'aligne avec la philosophie du DSM, qui indique prioriser l'utilité clinique pour les critères diagnostiques, même si les mécanismes étiologiques ne sont pas complètement définis (Desjardins, 2013). Pourtant, les propositions basées sur des données probantes du groupe de révision du TAG pour le DSM-5 ont toutes été écartées au profit de la fiabilité et de la tradition (Andrews et al., 2016), contredisant l'objectif d'évolution des pratiques cliniques. Une nouvelle omission des CS dans le prochain DSM risquerait de perpétuer cette lacune en minimisant la spécificité comportementale du TAG et en continuant d'exclure potentiellement des cas cliniquement significatifs. Sur le plan clinique, ignorer les CS reviendrait à laisser passer des cibles essentielles qui devraient être identifiées lors de l'évaluation, ce qui pourrait compromettre l'efficacité des protocoles de traitement en empêchant un apprentissage inhibiteur et une montée du sentiment d'efficacité

personnelle. Enfin, l'inclusion des CS favoriserait le développement de recherches en stimulant le financement dédié à approfondir leur rôle dans le TAG.

Forces et limites de l'étude

Cette étude présente plusieurs forces qui soutiennent la robustesse des résultats obtenus. D'abord, la rigueur dans la sélection des participants constitue un atout. L'échantillon était exclusivement composé de personnes ayant reçu un diagnostic primaire de TAG par entrevue clinique structurée, appuyant ainsi la fiabilité du diagnostic. Cet élément distingue l'étude de travaux antérieurs reposant plutôt sur des questionnaires autorapportés ou des cas probables. Ensuite, le choix des variables s'appuie sur une assise théorique et empirique solide. Les prédicteurs examinés, soit l'II et les CS, sont largement validés dans la littérature et ancrés dans des modèles théoriques reconnus, tels que le MII-révisé du TAG et la théorie cognitive d'Aaron Beck. Par ailleurs, la sévérité du TAG (variable prédite) a été mesurée à l'aide de deux instruments: le QIA (ensemble des symptômes diagnostiques issus du DSM) et le QIPS (inquiétudes excessives). Cette double opérationnalisation renforce la solidité des résultats, notamment par la validité convergente entre les deux mesures et la révélation de résultats similaires aux analyses de régression hiérarchique, amplifiant la confiance accordée aux conclusions. De plus, l'ensemble des outils de mesure utilisés dans l'étude sont spécifiques au TAG et dotés d'excellentes propriétés psychométriques. Ces instruments ont été développés en français (sauf le QIPS) et validés auprès de populations cliniques francophones québécoises, assurant leur pertinence pour l'échantillon étudié.

Bien que cette étude présente plusieurs forces, elle comporte aussi certaines limites. D'abord, les données reposent exclusivement sur des questionnaires autorapportés. Bien que ces instruments soient validés et adaptés à la population étudiée, il demeure un risque de biais de

désirabilité sociale. S'ajoute la nature transversale des données qui empêche toute inférence causale en lien avec la contribution des prédicteurs (II et CS) à la sévérité du TAG, en l'absence de suivi longitudinal ou de manipulation expérimentale. Finalement, la composition de notre échantillon est relativement homogène avec majoritairement des femmes blanches francophones, ce qui limite la généralisation des résultats à des populations plus diversifiées sur les plans du genre, ethnique ou linguistique. Cette particularité reliée à la langue française peut toutefois être considérée comme un avantage face à sa sous-représentation dans la littérature clinique.

Pistes futures

Plusieurs pistes de recherche méritent d'être envisagées afin de consolider et d'affiner la compréhension du rôle des facteurs de vulnérabilité dans la sévérité du TAG. D'abord, il serait pertinent de répliquer nos résultats démontrant une contribution unique et comparable de l'II et des CS à la sévérité dans d'autres échantillons. Une telle démarche permettrait de valider la force des conclusions obtenues. Un objectif de généralisation pourrait aussi être poursuivi en testant ce devis prédictif dans différents échantillons (p. ex. anglophones, différentes tranches d'âge) ou avec des outils de mesures similaires (p. ex. ÉII-12 pour l'II, WBI pour les CS) afin d'estimer la portée des résultats.

Outre des répliques, il serait intéressant que des études futures continuent d'approfondir la dimension comportementale du TAG compte tenu de l'importance démontrée des CS dans le tableau clinique. Une façon d'élargir les connaissances serait d'examiner le rôle proximal des CS en les confrontant à divers prédicteurs distaux issus de d'autres modèles théoriques du TAG. Koerner et ses collègues (2020) soulignent que les principaux modèles misent sur des processus distaux. Des recherches pourraient donc examiner si les CS conservent, encore une fois, une contribution unique à la sévérité lorsqu'ils sont intégrés dans un modèle

incluant des prédicteurs distaux (croyances) tels que la dysrégulation émotionnelle (Mennin, 2004), les croyances métacognitives (Wells, 2005) ou l'évitement des contrastes émotionnels (Newman et Llera, 2011). Cette approche apparaît d'autant plus pertinente que la dysrégulation émotionnelle a récemment été identifiée comme un prédicteur unique de la sévérité du TAG, au-delà de l'II (Larochelle et al., 2025). Ceci permettrait de préciser si les CS (processus proximaux) représentent la manifestation comportementale commune des vulnérabilités distales du TAG et s'ils conservent une contribution déterminante à son maintien.

CHAPITRE V

Conclusion

Cette étude soutient l'avancement des connaissances sur le TAG, particulièrement concernant la dimension comportementale. Les résultats indiquent que les CS représentent un facteur fortement associé à la sévérité du trouble. De plus, l'étude permet l'éclaircissement des mécanismes sous-jacents en examinant la contribution concurrente d'une vulnérabilité cognitive (II) et d'une vulnérabilité comportementale (CS) en lien avec la sévérité du TAG. Elle révèle que ces deux facteurs contribuent de manière indépendante et relativement équivalente la sévérité des symptômes diagnostiques et des inquiétudes. Ainsi, la dimension comportementale, pourtant souvent négligée au profit d'une conceptualisation cognitive, constitue un facteur explicatif important qui mériterait d'être davantage pris en considération.

En complément des travaux de Mahoney et son équipe (2018c), qui ont mis en évidence une boucle de renforcement bidirectionnelle entre l'II et les CS contribuant à la sévérité du TAG, la présente recherche suggère que les CS et l'II exercent chacun une contribution distincte à la sévérité du trouble. Ces deux facteurs de vulnérabilité agissent donc à la fois de manière interdépendante et indépendante, illustrant la complexité du trouble. Les CS ne peuvent être

réduits à de simples conséquences de l'II, constituant une vulnérabilité comportementale distincte qui joue un rôle déterminant dans le trouble.

Les résultats appuient l'intérêt pour un modèle intégratif en TCC afin de mieux comprendre la sévérité de la détresse anxieuse. Une approche intégrative qui prend en compte simultanément les dimensions cognitive et comportementale, représente non seulement un apport théorique, mais aussi une avancée potentielle pour la prise en charge clinique et la conceptualisation diagnostique du TAG.

Références

- Aaron, E. M., & Kiel, E. J. (2024). The pathway to maternal protective parenting behavior: Maternal physiology, child temperament, and maternal beliefs. *Journal of family psychology*, 38(6), 899–910. <https://doi.org/10.1037/fam0001252>
- Abramowitz, J. S., & Blakey, S. M. (2020). *Clinical handbook of fear and anxiety: Maintenance processes and treatment mechanisms*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000150-000>
- Allgulander, C. (2006). Generalized anxiety disorder: What are we missing? *European neuropsychopharmacology*, 16(2), 101-108. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2006.04.002>
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, DSM-IV (4^e éd.).
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, DSM-5 (5^e éd.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, DSM-5-TR (5^e éd., texte-révisé). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Andrews, G., Hobbs, M. J., Borkovec, T. D., Beesdo, K., Craske, M. G., Heimberg, R. G., Rapee, R. M., Ruscio, A. M., & Stanley, M. A. (2010). Generalized worry disorder: a review of DSM-IV generalized anxiety disorder and options for DSM-V. *Depression and Anxiety*, 27(2), 134-147. <https://doi.org/10.1002/da.20658>
- Andrews, G., Mahoney, A. E. J., Hobbs, M. J., & Genderson, M. (2016). *Treatment of Generalized Anxiety Disorder: Therapist guides and patient manual*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med:psych/9780198758846.001.0001>

- Ansseau, M., Fischler, B., Dierick, M., Mignon, A., & Leyman, S. (2005). Prevalence and impact of generalized anxiety disorder and major depression in primary care in Belgium and Luxemburg: the GADIS study. *European Psychiatry*, 20(3), 229-235.
<https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2004.09.035>
- Appel, H., & Gerlach, A. L. (2025). Intolerance of uncertainty causally affects indecisiveness. *The British Journal of clinical psychology*, 64(3), 806-816.
<https://doi.org/10.1111/bjc.12534>
- Arias, D., Saxena, S., & Verguet, S. (2022). Quantifying the global burden of mental disorders and their economic value. *eClinical Medicine*, 54, Article e101675.
<https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2022.101675>
- Baker, H., Alden, L. E., & Robichaud, M. (2021). A comparison of coping and safety-seeking behaviors. *Anxiety, stress and coping*, 34(6), 645–657.
<https://doi.org/10.1080/10615806.2021.1921161>
- Baker, A., Mystkowski, J., Culver, N., Yi, R., Mortazavi, A., & Craske, M. G. (2010). Does habituation matter? Emotional processing theory and exposure therapy for acrophobia. *Behaviour research and therapy*, 48(11), 1139–1143.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.07.009>
- Bandelow, B., & Michaelis, S. (2015). Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues in clinical neuroscience*, 17(3), 327–335.
<https://doi.org/10.31887/DCNS.2015.17.3/bbandelow>
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191–215. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>

- Basile, V. T., Newton-John, T., & Wootton, B. M. (2024). Treatment histories, barriers, and preferences for individuals with symptoms of generalized anxiety disorder. *Journal of clinical psychology*, 80(6), 1286–1305. <https://doi.org/10.1002/jclp.23665>
- Beck, A. T. (1976) *Cognitive therapy and the emotional disorders*. International Universities Press.
- Beck, J. S., & Beck, A. (2011). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond* (2^e éd.). The Guilford Press.
- Beesdo-Baum, K., Jenjahn, E., Höfler, M., Lucken, U., Becker, E. S., & Hoyer, J. (2012). Avoidance, safety behaviour, and reassurance seeking in generalized anxiety disorder. *Depression and anxiety*, 29(11), 948-957. <https://doi.org/10.1002/da.21955>
- 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/10.1016/j.janxdis.2009.07.006>
- Behar, E., Zullig, A. R., & Borkovec, T. D. (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)
- Bélanger, L., Ladouceur, R., & Morin, C. M. (2005). Generalized anxiety disorder and health care use. *Canadian family physician*, 51(10), 1362-1363. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16926971>
- Bennett-Levy, J. (2003). Mechanisms of change in cognitive therapy: The case of automatic thought records and behavioural experiments. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 31(3), 261–277. <https://doi.org/10.1017/S1352465803003035>

- Bennett-Levy, J., Butler, G., Fennell, M., Hackman, A., Mueller, M., & Westbrook, D. (2004). *Oxford guide to behavioural experiments in cognitive therapy*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med:psych/9780198529163.001.0001>
- Berenbaum, H. (2013). Classification and psychopathology research. *Journal of abnormal psychology, 122*(3), 894–901. <https://doi.org/10.1037/a0033096>
- Berenbaum, H., Bredemeier, K., & Thompson, R. J. (2008). Intolerance of uncertainty: Exploring its dimensionality and associations with need for cognitive closure, psychopathology and personality. *Journal of anxiety disorders, 22*(1), 117–125. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2007.01.004>
- Birrell, J., Meares, K., Wilkinson, A., & Freeston, M. (2011). Toward a definition of intolerance of uncertainty: a review of factor analytical studies of the Intolerance of Uncertainty Scale. *Clinical psychology review, 31*(7), 1198–1208. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.07.009>
- Blakey, S. M., & Abramowitz, J. S. (2016). The effects of safety behaviors during exposure therapy for anxiety: Critical analysis from an inhibitory learning perspective. *Clinical psychology review, 49*(1), 1–15. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.07.002>
- Borkovec, T. D. (1994). The nature, functions, and origins of worry. Dans G. Davey & F. Tallis (dirs.), *Worrying: Perspectives on theory, assessment, and treatment* (pp. 5-33). Wiley & Sons.
- Borkovec, T. D., Alcaine, O. M., & Behar, E. (2004). Avoidance theory of worry and generalized anxiety disorder. Dans R. Heimberg, C. Turk, & D. Mennin (dir.), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* (pp. 77–108). Guilford Press.

- Borkovec, T. D., & Roemer, L. (1995). Perceived functions of worry among generalized anxiety disorder subjects: Distraction from more emotionally distressing topics? *Journal of behaviour therapy and experimental psychiatry*, 26(1), 25–30.
[https://doi.org/10.1016/0005-7916\(94\)00064-s](https://doi.org/10.1016/0005-7916(94)00064-s)
- Borkovec T. D & Ruscio A. M. (2001). Psychotherapy for generalized anxiety disorder. *Journal of clinical psychiatry*, 62(suppl. 11), 37-42.
- Bottesi, G., Mawn, L., Nogueira-Arjona, R., Romero Sanchiz, P., Simou, M., Simos, G., Tiplady, A., & Freeston, M. H. (2020). A short-form version of the Intolerance of Uncertainty Scale: Initial development of the IUS-5. https://doi.org/10.31234/osf.io/b62wf_v1
- Bottesi, G., Noventa, S., Freeston, M. H., & Ghisi, M. (2019). Seeking certainty about Intolerance of Uncertainty: Addressing old and new issues through the Intolerance of Uncertainty Scale-Revised. *PLoS ONE*, 14(2), Article 0211929.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0211929>
- Bouton, M. E. (2004). Context and behavioral processes in extinction. *Learning & Memory*, 11(1), 485–494. <https://doi.org/10.1101/lm.78804>
- Bouton M. E, Maren S., McNally G. P. (2021). Behavioral and neurobiological mechanisms of Pavlovian and instrumental extinction learning. *Physiological reviews*, 101(2), 611–681.
<https://doi.org/10.1152/physrev.00016.2020>
- 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.
<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>
- Brown, T. A., & Naragon-Gainey, K. (2013). Evaluation of the unique and specific contributions of dimensions of the triple vulnerability model to the prediction of DSM-IV anxiety and mood disorder constructs. *Behavior therapy*, 44(2), 277–292. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2012.11.002>
- Brown, T. A., & Tung, E. S. (2018). The contribution of worry behaviors to the diagnosis of generalized anxiety disorder. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 40(4), 636–644. <https://doi.org/10.1007/s10862-018-9683-5>
- Buhr, K., & Dugas, M. J. (2002). The intolerance of uncertainty scale: Psychometric properties of the English version. *Behaviour research and therapy*, 40(8), 931–946. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(01\)00092-4](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(01)00092-4)
- 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>
- Carleton, R. N. (2012). The intolerance of uncertainty construct in the context of anxiety disorders : theoretical and practical perspectives. *Expert review of neurotherapeutics*, 12(8), 937–947. <https://doi.org/10.1586/ern.12.82>
- Carleton, R. N. (2016). Into the unknown: a review and synthesis of contemporary models involving uncertainty. *Journal of anxiety disorders*, 39(1), 30–43. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.02.007>

- Carleton, R. N., Norton, P. J., & Asmundson, G. J. G. (2007). Fearing the unknown: A short version of the Intolerance of Uncertainty Scale. *Journal of anxiety disorders*, 21(1), 105-117. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2006.03.014>
- Cassidy, J., Lichtenstein-Phelps, J., Sibrava, N. J., Thomas, C. L., & Borkovec, T. D. (2009). Generalized anxiety disorder: connections with self-reported attachment. *Behavior therapy*, 40(1), 23–38. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2007.12.004>
- Cathébras, P. (2017). La perspective de la médecine centrée sur la personne : une condition nécessaire pour apporter une réponse adéquate aux syndromes somatiques fonctionnels. *Revue de médecine interne*, 38(suppl. 1), A16-A21. <https://doi.org/10.1016/j.revmed.2017.03.340>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. (2^e éd.). Lawrence Erlbaum Associates.
- Correa, J. K., & Brown, T. A. (2018). Expression of generalized anxiety disorder across the lifespan. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 41(1), 53–59. <https://doi.org/10.1007/s10862-018-9697-z>
- Cougle, J. R., Timpano, K. R., Sachs-Ericsson, N., Keough, M. E., & Riccardi, C. J. (2010). Examining the unique relationships between anxiety disorders and childhood physical and sexual abuse in the National Comorbidity Survey-Replication. *Psychiatry research*, 177(1-2), 150–155. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2009.03.008>
- Craske, M. G., & Hazlett-Stevens, H. (2002). Facilitating symptom reduction and behavior change in GAD: The issue of control. *Clinical psychology science and practice*, 9(1), 69-75. <https://doi.org/10.1093/clipsy.9.1.69>

- Craske, M. G., Kircanski, K., Zelikowsky, M., Mystkowski, J., Chowdhury, N., & Baker, A. (2008). Optimizing inhibitory learning during exposure therapy. *Behaviour research and therapy*, 46(1), 5–27. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2007.10.003>
- Craske, M. G., Sandman, C. F., & Stein, M. B. (2022). How can neurobiology of fear extinction inform treatment?. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 143, Article 104923. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2022.104923>
- Craske, M. G., Treanor, M., Conway, C. C., Zbozinek, T., & Vervliet, B. (2014). Maximizing exposure therapy: An inhibitory learning approach. *Behaviour research and therapy*, 58(1), 10-23. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.04.006>
- Curcio, C., & Corboy, D. (2020). Stigma and anxiety disorders: A systematic review. *Stigma and health*, 5(2), 125–137. <https://doi.org/10.1037/sah0000183>
- Curtiss, J. E., Levine, D. S., Ander, I., & Baker, A. W. (2021). Cognitive-Behavioral Treatments for Anxiety and Stress-Related Disorders. *Focus*, 19(2), 184–189. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.20200045>
- Deacon, B., & Maack, D. J. (2008). The effects of safety behaviours on the fear of contamination: An experimental investigation. *Behaviour research and therapy*, 46(4), 537–547. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.01.010>
- Desjardins, P. (2013). Le DSM5 et l'évaluation des troubles mentaux. *Psychologie Québec*, 30(6), 8-11.
- Dugas, M. J. (2018). Le traitement de l'anxiété généralisée: Plus on en sait, moins on en fait. *Société canadienne de psychologie*, 59(2), 126–131. <https://doi.org/10.1037/cap0000144>
- Dugas, M. J., Freeston, M. H., Ladouceur, R., Rhéaume, J., Provencher, M., & Boisvert, J. M. (1998a). 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. J., Freeston, M. H., Provencher, M. D., 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. J., Gagnon, F., Ladouceur, R., & Freeston, M. H. (1998b). 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. J., Koerner, N., & Freeston, M. H. (2025). State of the Science: Intolerance of Uncertainty, *Behavior therapy*, 57(1), 17-36 <https://doi.org/10.1016/j.beth.2025.08.009>
- Dugas, M. J., & 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. J., Laugesen, N., & Bukowski, W. M. (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. J., 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/10.1016/j.beth.2006.07.002>
- Dugas, M. J., Schwartz, A., & Francis, K. (2004). Intolerance of uncertainty, worry and depression. *Cognitive therapy and Research*, 28(6), 835–842. <https://doi.org/10.1007/s10608-004-0669-0>

- Dugas, M. J., Sexton, K. A., Hebert, E. A., Bouchard, S., Gouin, J.-P., & Shafran, R. (2022). Behavioral experiments for Intolerance of Uncertainty: A randomized clinical trial for adults with Generalized Anxiety Disorder. *Behavior therapy*, 53(6), 1147-1160.
<https://doi.org/10.1016/j.beth.2022.05.003>
- Eley, T. C., McAdams, T. A., Rijdsdijk, F. V., Lichtenstein, P., Narusyte, J., Reiss, D., Spotts, E. L., Ganiban, J. M., & Neiderhiser, J. M. (2015). The intergenerational transmission of anxiety: a children-of-twins study. *American journal of psychiatry*, 172(7), 630-637.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2015.14070818>
- Freeston, M. H. (2023). What if we have too many models of worry and GAD?. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 51(6), 559–578. <https://doi.org/10.1017/S1352465822000649>
- 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)
- Freeston, M., Tiplady, A., Mawn, L., Bottesi, G., & Thwaites, S. (2020). Towards a model of uncertainty distress in the context of Coronavirus (COVID-19). *Cognitive behaviour therapist*, 13(31), 1-15. <https://doi.org/10.1017/S1754470X2000029X>
- Garcia Coll, C., Kagan, J., & Reznick, J. S. (1984). Behavioral inhibition in young children. *Child development*, 55(3), 1005–1019. <https://doi.org/10.2307/1130152>
- 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/10.1016/j.cpr.2011.05.001>

- Gonçalves, D. C., & Byrne, G. J. (2013). Who worries most? Worry prevalence and patterns across the lifespan. *International journal of geriatric psychiatry*, 28(1), 41–49.
<https://doi.org/10.1002/gps.3788>
- Gosselin, P., Dugas, M. J., Ladouceur, R., & Freeston, M. H. (2001). Évaluation des inquiétudes: validation d'une traduction française du *Penn State Worry Questionnaire*. *L'Encéphale*, 27(5), 475-484.
- Gosselin, P., Ladouceur, R., Evers, A., Laverdière, A., Routhier, S., & Tremblay-Picard, M. (2008). Evaluation of intolerance of uncertainty: Development and validation of a new self-report measure. *Journal of anxiety disorders*, 22(8), 1427-1439.
<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2008.02.005>
- Gottschalk, M. G., & Domschke, K. (2017). Genetics of generalized anxiety disorder and related traits. *Dialogues in clinical neuroscience*, 19(2), 159–168.
<https://doi.org/10.31887/DCNS.2017.19.2/kdomschke>
- Harrewijn, A., Cardinale, E. M., Groenewold, N. A., Bas-Hoogendam, J. M., Aghajani, M., Hilbert, K., Cardoner, N., Porta-Casteràs, D., Gosnell, S., Salas, R., Jackowski, A. P., Pan, P. M., Salum, G. A., Blair, K. S., Blair, J. R., Hammoud, M. Z., Milad, M. R., Burkhouse, K. L., Phan, K. L., ... Pine, D. S. (2021). Cortical and subcortical brain structure in generalized anxiety disorder: findings from 28 research sites in the ENIGMA-Anxiety Working Group. *Translational Psychiatry*, 11(1), Article 502.
<https://doi.org/10.1038/s41398-021-01622-1>
- Hebert, E. A., & Dugas, M. J. (2019). Behavioral experiments for intolerance of uncertainty: Challenging the unknown in the treatment of Generalized Anxiety Disorder. *Cognitive and behavioral practice*. 26(2), 421–436. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2018.07.007>

- Helbig-Lang, S., & Petermann, F. (2010). Tolerate or eliminate? A systematic review on the effects of safety behavior across anxiety disorders. *Clinical psychology: science and practice*, 17(3), 218–233. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2010.01213.x>
- Helbig-Lang, S., Richter, J., Lang, T., Gerlach, A. L., Fehm, L., Alpers, G. W., Ströhle, A., Kircher, T., Deckert, J., Gloster, A. T., & Wittchen, H.-U. (2014). The role of safety behaviors in exposure-based treatment for panic disorder and agoraphobia: Associations to symptom severity, treatment course, and outcome. *Journal of anxiety disorders*, 28(8), 836–844. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2014.09.010>
- Henning, E. R., Turk, C. L., Mennin, D. S., Fresco, D. M., & Heimberg, R. G. (2007). Impairment and quality of life in individuals with generalized anxiety disorder. *Depression and anxiety*, 24(5), 342–349. <https://doi.org/10.1002/da.20249>
- Hettema, J. M., Neale, M. C., & Kendler, K. S. (2001). A review and meta-analysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders. *American journal of psychiatry*, 158(10), 1568–1578. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.10.1568>
- Hettema, J. M., Neale, M. C., Myers, J. M., Prescott, C. A., & Kendler, K. S. (2006). A population-based twin study of the relationship between neuroticism and internalizing disorders. *American journal of psychiatry*, 163(5), 857-864. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.163.5.857>
- Hettema, J. M., Prescott, C. A., & Kendler, K. S. (2004). Genetic and Environmental Sources of Covariation Between Generalized Anxiety Disorder and Neuroticism. *American journal of psychiatry*, 161(9), 1581–1587. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.9.1581>

- Hilleke, M., Lang, T., & Helbig-Lang, S. (2021). Match or mismatch? The impact of expected fear on experienced fear during exposure. *Clinical psychology: science and practice*, 28(2), 148–160. <https://doi.org/10.1037/cps0000005>
- Hirsch, C. R., Mathews, A., Lequertier, B., Perman, G., & Hayes, S. (2013). Characteristics of worry in generalized anxiety disorder. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 44(4), 388–395. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2013.03.004>
- Hoffman, L. J., & Chu, B. C. (2019). When is seeking safety functional? Taking a pragmatic approach to distinguishing coping from safety. *Cognitive and behavioral practice*, 26(1), 176–185. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2018.11.002>
- Hoffman, D. L., Dukes, E. M., & Wittchen, H. (2008). Human and economic burden of generalized anxiety disorder. *Depression and anxiety*, 25(1), 72–90. <https://doi.org/10.1002/da.20257>
- Hoge, E. A., Ivkovic, A., & Fricchione, G. L. (2012). Generalized anxiety disorder: diagnosis and treatment. *British medical journal*, 345, Article e7500. <https://doi.org/10.1136/bmj.e7500>
- Horenstein, A., & Heimberg, R. G. (2020). Anxiety disorders and healthcare utilization: A systematic review. *Clinical psychology review*, 81(10), Article 101894. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101894>
- Inness, B. E., Green, S. M., Furtado, M., Easterbrook, B., Streiner, D. L., Georgescu, A., & McCabe, R. E. (2025). The role of hypervigilance, checking, and avoidance behaviours in the diagnosis of generalized anxiety disorder during the perinatal period. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 47(2), Article 34. <https://doi.org/10.1007/s10862-025-10210-2>

- Inness, B. E., McCabe, R. E., & Green, S. M. (2022). Problematic behaviours associated with generalized anxiety disorder during pregnancy and the postpartum period: A thematic analysis. *Psychology & Psychotherapy*, 95(4), 921–938. <https://doi.org/10.1111/papt.12410>
- Institut canadien d'information sur la santé (2025). *Les besoins de nombreux Canadiens atteints de troubles mentaux ne sont pas satisfaits*. <https://www.cihi.ca/fr/le-pouls-des-soins-de-sante-mesurer-les-priorites-partagees-en-sante-au-canada-2025/services-lies-a-la-sante-mentale-et-a-lutilisation-de-substances-2025/les>
- Institut de la statistique du Québec. (2023). *Enquête québécoise sur la santé de la population 2020-2021*. <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/enquete-quebecoise-sante-population-2020-2021.pdf>
- Javaid, S. F., Hashim, I. J., Hashim, M. J., Strip, E., Samad M. A., & Ahbabi, A. A. (2023). Epidemiology of anxiety disorders: global burden and sociodemographic associations. *Middle east current psychiatry*, 30, Article 44. <https://doi.org/10.1186/s43045-023-00315-3>
- Kagan, J., & Snidman, N. (1999). Early childhood predictors of adult anxiety disorders. *Biological psychiatry*, 46(11), 1536–1541. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(99\)00137-7](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(99)00137-7)
- Kendler, K. S., Hettema, J. M., Butera, F., Gardner, C. O., & Prescott, C. A. (2003). Life event dimensions of loss, humiliation, entrapment, and danger in the prediction of onsets of major depression and generalized anxiety. *Archives of general psychiatry*, 60(8), 789–796. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.60.8.789>

- 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.
[https://doi.org/10.1016/S0193-953X\(05\)70204-5](https://doi.org/10.1016/S0193-953X(05)70204-5)
- Khawaja, N. G., & McMahon, J. (2011). The relationship of meta-worry and intolerance of uncertainty with pathological worry, anxiety, and depression. *Behaviour change*, 28(4), 165-180. <https://doi.org/10.1375/bech.28.4.165>
- Khawaja, N. G., & Yu, L. N. H. (2010). A comparison of the 27-item and 12-item intolerance of uncertainty scales. *Clinical psychologist*, 14(3), 97–106.
<https://doi.org/10.1080/13284207.2010.502542>
- Kisely, S., Scott, A., Denney, J., & Simon, G. (2006). Duration of untreated symptoms in common mental disorders: association with outcomes. *The British journal of psychiatry*, 189(1), 79-80. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.105.019869>
- Koerner, N., & Dugas, M. J. (2008). An investigation of appraisals in individuals vulnerable to excessive worry: the role of intolerance of uncertainty. *Cognitive therapy and research*, 32(5), 619-638. <https://doi.org/10.1007/s10608-007-9125-2>
- Koerner, N., McEvoy, P., & Tallon, K. (2020). Cognitive-behavioral models of Generalized Anxiety Disorder (GAD): Toward a synthesis. Dans A. L. Gerlach & A. T. Gloster (dirs.), *Generalized anxiety disorder and worrying: A comprehensive handbook for clinicians and researchers* (pp. 117–150). Wiley Blackwell.
<https://doi.org/10.1002/9781119189909.ch7>
- Koerner, N., Mejia, T., & Kusec, A. (2017). What's in a name? Intolerance of uncertainty, other uncertainty-relevant constructs, and their differential relations to worry and generalized

anxiety disorder. *Cognitive behaviour therapy*, 46(2), 141-161.

<https://doi.org/10.1080/16506073.2016.1211172>

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., Gagnon, F., Thibodeau, N.,

& Boisvert, J.-M. (1999). Specificity of generalized anxiety disorder symptoms and processes. *Behavior therapy*, 30(2), 191–207. [https://doi.org/10.1016/S0005-](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(99)80003-3)

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

Larochelle, S., Dugas, M. J., Langlois, F., Gosselin, P., Belleville, G., & Bouchard, S. (2025).

Intolerance of uncertainty and emotion dysregulation as predictors of generalized anxiety disorder severity in a clinical population. *Journal of clinical medicine*, 14(5), Article 1502.

<https://doi.org/10.3390/jcm14051502>

Lee, W. E., Wadsworth, M. E., & Hotopf, M. (2006). The protective role of trait anxiety: a longitudinal cohort study. *Psychological medicine*, 36(3), 345–351.

<https://doi.org/10.1017/S0033291705006847>

Le Roux, H., Gatz, M., & Wetherell, J. L. (2005). Age at onset of generalized anxiety disorder in older adults. *The American journal of geriatric psychiatry*, 13(1), 23–30.

<https://doi.org/10.1176/appi.ajgp.13.1.23>

Lijster, J. M., Dierckx, B., Utens, E. M., Verhulst, F. C., Zieldorff, C., Dieleman, G. C., &

Legerstee, J. S. (2016). The Age of Onset of Anxiety Disorders : A Meta-analysis. *The*

- Canadian journal of psychiatry*, 62(4), 237–246.
<https://doi.org/10.1177/0706743716640757>
- Lim, K. L., Jacobs, P., Ohinmaa, A., Schopflocher, D., & Dewa, C. S. (2008). A new population-based measure of the economic burden of mental illness in Canada. *Chronic diseases in Canada*, 28(3), 92-98. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.28.3.02>
- Liu, S., Xiao, H., Duan Y., Shi, L., Wang, P., Cao, L., Li, H., Huang, X., & Qiu, C. (2025). CBT treatment delivery formats for generalized anxiety disorder: a systematic review and network meta-analysis of randomized controlled trials. *Translational psychiatry*, 15(1), Article 197. <https://doi.org/10.1038/s41398-025-03414-3>
- Lohr, J. M., Olatunji, B. O., & Sawchuk, C. N. (2007). A functional analysis of danger and safety signals in anxiety disorders. *Clinical psychology review*, 27(1), 114–126.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.07.005>
- Longmore, R. J., & Worrell, M. (2007). Do we need to challenge thoughts in cognitive behavior therapy?. *Clinical psychology review*, 27(2), 173-187.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.08.001>
- Lovibond, P. F., Davis, N. R., & O'Flaherty, A. S. (2000). Protection from extinction in human fear conditioning. *Behaviour research and therapy*, 38(10), 967–983.
[https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(99\)00121-7](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(99)00121-7)
- Lovibond, P. F., Mitchell, C. J., Minard, E., Brady, A., & Menzies, R. G. (2009). Safety behaviours preserve threat beliefs: Protection from extinction of human fear conditioning by an avoidance response. *Behaviour research and therapy*, 47(8), 716–720.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.04.013>

- Löwe, B., Decker, O., Müller, S., Brähler, E., Schellberg, D., Herzog, W., & Herzberg, P. Y. (2008). Validation and standardization of the Generalized Anxiety Disorder Screener (GAD-7) in the general population. *Medical care*, 46(3), 266–274.
<https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e318160d093>
- Mahoney, A. E. J., Hobbs, M. J., Newby, J. M., Williams, A. D., & Andrews, G. (2018b). Maladaptive behaviours associated with generalized anxiety disorder: An item response theory analysis. *Behavioural And Cognitive Psychotherapy*, 46(4), 479-496.
<https://doi.org/10.1017/s1352465818000127>
- Mahoney, A. E. J., Hobbs, M. J., Newby, J. M., Williams, A. D., & Andrews, G. (2018a). Psychometric properties of the Worry Behaviors Inventory: Replication and extension in a large clinical and community sample. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 46(1), 84–100. <https://doi.org/10.1017/S1352465817000455>
- Mahoney, A. E. J., Hobbs, M. J., Newby, J. M., Williams, A. D., Sunderland, M., & Andrews, G. (2016). The Worry Behaviors Inventory: Assessing the behavioral avoidance associated with generalized anxiety disorder. *Journal of affective disorders*, 203(1), 256–264.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.06.020>
- Mahoney, A. E. J., Hobbs, M. J., Williams, A. D., Andrews, G., & Newby, J. M. (2018c). The mediating relationship between maladaptive behaviours, cognitive factors, and generalised anxiety disorder symptoms. *Behaviour change*, 35(2), 123–138.
<https://doi.org/10.1017/bec.2018.13>
- Mahoney, A. E. J., & McEvoy, P. M. (2012). Trait versus situation-specific intolerance of uncertainty in a clinical sample with anxiety and depressive disorders. *Cognitive behaviour therapy*, 41(1), 26–39. <https://doi.org/10.1080/16506073.2011.622131>

- Marcotte-Beaumier, G., Hebert, E. A., & Dugas, M. J. (2020). Le Questionnaire sur les comportements sécurisants du trouble d'anxiété généralisée (QCS-TAG): Validation auprès d'un échantillon clinique. *Revue canadienne des sciences du comportement*, 52(4), 324-330. <https://doi.org/10.1037/cbs0000181>
- McEvoy, P. M., Hyett, M. P., Shihata, S., Price, J. E., & Strachan, L. (2019). The impact of methodological and measurement factors on transdiagnostic associations with intolerance of uncertainty: A meta-analysis. *Clinical psychology review*, 73(1), Article 101778. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.101778>
- McEvoy, P. M., & Mahoney, A. E. J. (2011). Achieving certainty about the structure of intolerance of uncertainty in a treatment-seeking sample with anxiety and depression. *Journal of anxiety disorders*, 25, 112–122. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.08.010>.
- McManus, F., Van Doorn, K., & Yiend, J. (2012). Examining the effects of thought records and behavioral experiments in instigating belief change. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 43(1), 540–547. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2011.07.003>
- McMillan, D., & Lee, R. (2010). A systematic review of behavioral experiments vs. exposure alone in the treatment of anxiety disorders: A case of exposure while wearing the emperor's new clothes?. *Clinical psychology review*, 30(5), 467-78. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.01.003>
- Mennin, D. S. (2004). Emotion regulation therapy for generalized anxiety disorder. *Clinical psychology & psychotherapy*, 11(1), 17-29. <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), 1281–1310. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.08.008>

- Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L., & Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the Penn State worry questionnaire. *Behaviour research and therapy*, 28(6), 487–495. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(90\)90135-6](https://doi.org/10.1016/0005-7967(90)90135-6)
- Mickelson, K. D., Kessler, R. C., & Shaver, P. R. (1997). Adult attachment in a nationally representative sample. *Journal of personality and social psychology*, 73(5), 1092–1106. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.73.5.1092>
- Moffitt, T. E., Harrington, H., Caspi, A., Kim-Cohen, J., Goldberg, D., Gregory, A. M., & Poulton, R. (2007). Depression and generalized anxiety disorder: Cumulative and sequential comorbidity in a birth cohort followed prospectively to age 32 years. *Archives of general psychiatry*, 64(6), 651–660. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.64.6.651>
- Molina, S., & Borkovec, T. D. (1994). The Penn State Worry Questionnaire: Psychometric properties and associated characteristics. Dans G. C. Davey & F. Tallis (dirs.), *Worrying: Perspectives on theory, assessment and treatment* (pp. 265–283). Wiley & Sons.
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.01.008>
- Nordahl, H. M., Wells, A., Olsson, C. A., & Bjerkeset, O. (2010). Association between abnormal psychosocial situations in childhood, generalized anxiety disorder and oppositional defiant disorder. *Australian and New Zealand college of psychiatry*, 44(9), 852–858. <https://doi.org/10.3109/00048674.2010.489504>

- Olatunji, B. O., Etzel, E. N., Tomarken, A. J., Ciesielski, B. G., & Deacon, B. (2011). The effects of safety behaviors on health anxiety: An experimental investigation. *Behaviour research and therapy*, 49(11), 719-728. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.07.008>
- Papola, D., Miguel, C., Mazzaglia, M., Franco, P., Tedeschi, F., Romero, S. A., Patel, A. R., Ostuzzi, G., Gastaldon, C., Karyotaki, E., Harrer, M., Purgato, M., Sijbrandij, M., Patel, V., Furukawa, T. A., Cuijpers, P., & Barbui, C. (2024). Psychotherapies for Generalized Anxiety Disorder in adults: A systematic review and network meta-analysis of randomized clinical trials. *JAMA psychiatry*, 81(3), 250–259. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2023.3971>
- Parmentier, H., García-Campayo, J., & Prieto, R. (2013). Comprehensive review of generalized anxiety disorder in primary care in Europe. *Current Medical Research and Opinion*, 29(4), 355-367. <https://doi.org/10.1185/03007995.2013.770731>
- Powers, M. B., Smits, J. A. J., Whitley, D., Bystritsky, A., & Telch, M. J. (2008). The effect of attributional processes concerning medication taking on return of fear. *Journal of consulting and clinical psychology*, 76(3), 478–490. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.76.3.478>
- Rachman, S., Radomsky, A. S., & Shafran, R. (2008). Safety behaviour: a reconsideration. *Behaviour research and therapy*, 46(2), 163–173. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2007.11.008>
- Ramsawh, H. J., Weisberg, R. B., Dyck, I., Stout, R., & Keller, M. B. (2011). Age of onset, clinical characteristics, and 15-year course of anxiety disorders in a prospective, longitudinal, observational study. *Journal of affective disorders*, 132(1-2), 260-264. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.01.006>

- Rapee, R. M. (1991). Generalized anxiety disorder: A review of clinical features and theoretical concepts. *Clinical psychology review*, 11(4), 419–440. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(91\)90116-C](https://doi.org/10.1016/0272-7358(91)90116-C)
- Rapee, R. M., Schniering, C. A., & Hudson, J. L. (2009). Anxiety disorders during childhood and adolescence: origins and treatment. *Annual review of clinical psychology*, 5(1), 311-341. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.032408.153628>
- Revicki, D. A., Travers, K., Wyrwich, K. W., Svedsäter, H., Locklear, J., Mattera, M. S., Sheehan, D. V., & Montgomery, S. (2012). Humanistic and economic burden of generalized anxiety disorder in North America and Europe. *Journal of affective disorders*, 140(2), 103–112. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.11.014>
- Rhebergen, D., Aderka, I. M., van der Steenstraten, I. M., van Balkom, A. J. L. M., van Oppen, P., Stek, M. L., Comijs, H. C., & Batelaan, N. M. (2017). Admixture analysis of age of onset in generalized anxiety disorder. *Journal of anxiety disorders*, 50 (1), 47–51. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2017.05.003>
- Ridner, S. H. (2004). Psychological distress: concept analysis. *Journal of advanced nursing*, 45(5), 536-545. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02938.x>
- Riskind, J. H., & Alloy, L. B. (2006). Cognitive vulnerability to emotional disorders: Theory and research design/methodology. Dans L. B. Alloy & J. H. Riskind (dirs.), *Cognitive vulnerability to emotional disorders* (pp. 1–29). Lawrence Erlbaum Associates Publishers. <https://doi.org/10.4324/9781410615787>
- Robichaud, M., Koerner, N., & Dugas, M. J. (2019). *Cognitive behavioral treatment for generalized anxiety disorder: From science to practice*. (2^e éd.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315709741>

- Rodriguez B. F., Weisberg R. B., Pagano M. E., Bruce S. E., Spencer M. A., Culpepper L., & Keller M. B. (2006). Characteristics and predictors of full and partial recovery from generalized anxiety disorder in primary care patients. *Journal of nervous and mental disease*, 194(2), 91–97. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000198140.02154.32>
- Roemer, L., & Orsillo, S. M. (2005). An acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder. Dans S. M Orsillo & L. Roemer (dirs.), *Acceptance and mindfulness-based approaches to anxiety: conceptualization and treatment* (pp. 213–240). Springer.
- Ruscio, A. M. (2002). Delimiting the boundaries of generalized anxiety disorder: differentiating high worriers with and without GAD. *Journal of anxiety disorders*, 16(4), 377-400. [https://doi.org/10.1016/S0887-6185\(02\)00130-5](https://doi.org/10.1016/S0887-6185(02)00130-5)
- Ruscio, A. M., Hallion, L. S., Lim, C. C. W., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Andrade, L. H., Borges, G., Bromet, E. J., Bunting, B., Caldas de Almeida, J. M., Demyttenaere, K., Florescu, S., de Girolamo, G., Gureje, O., Haro, J. M., He, Y., Hinkov, H., Hu, C., ... Scott, K. M. (2017). Cross-sectional comparison of the epidemiology of DSM-5 Generalized Anxiety Disorder across the globe. *JAMA psychiatry*, 74(5), 465–475. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.0056>
- Salali, G. D., Uysal, M. S., & Bevan, A. (2021). Adaptive function and correlates of anxiety during a pandemic. *Evolution, medicine and public health*, 9(1), 393–405. <https://doi.org/10.1093/emph/eoab037>
- Salkovskis, P. M. (1991). The importance of behaviour in the maintenance of anxiety and panic: A cognitive account. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 19(1), 6–19. <https://doi.org/10.1017/S0141347300011472>

- Salkovskis, P. M., Clark, D. M., & Gelder, M. G. (1996). Cognition-behaviour links in the persistence of panic. *Behaviour research and therapy*, 34(5-6), 453–458.
[https://doi.org/10.1016/0005-7967\(95\)00083-6](https://doi.org/10.1016/0005-7967(95)00083-6)
- Salkovskis, P. M., Thorpe, S. J., Wahl, K., Wroe, A. L., & Forrester, E. (2003). Neutralizing increases discomfort associated with obsessional thoughts: An experimental study with obsessional patients. *Journal of abnormal psychology*, 112(4), 709-715.
<https://doi.org/10.1037/0021-843X.112.4.709>
- Santomauro, D. F., Mantilla Herrera, A. M., Shadid, J., Zheng, P., Ashbaugh, C., Pigott, D. M., Abbafati, C., Adolph, C., Amlag, J. O., Aravkin, A. Y., Bang-Jensen, B. L., Bertolacci, G. J., Bloom, S. S., Castellano, R., Castro, E., Chakrabarti, S., Chattopadhyay, J., Cogen, R. M., Collins, J. K., ... Ferrari, A. J. (2021). Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *The Lancet*, 398(10312), 1700–1712. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02143-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02143-7)
- Schwartz, C. E., Wright, C. I., Shin, L. M., Kagan, J., & Rauch, S. L. (2003). Inhibited and uninhibited infants « grown up »: Adult amygdalar response to novelty. *Science*, 300(5627), 1952-1953. <https://doi.org/10.1126/science.1083703>
- 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>
- Sexton, K. A., Norton, P. J., Walker, J. R., & Norton, G. R. (2003). Hierarchical model of generalized and specific vulnerabilities in anxiety. *Cognitive behaviour therapy*, 32(2), 82–94. <https://doi.org/10.1080/16506070302321>

- Shihata, S., McEvoy, P. M., & Mullan, B. A. (2018). A bifactor model of intolerance of uncertainty in undergraduate and clinical samples: Do we need to reconsider the two-factor model?. *Psychological assessment*, 30(7), 893–903.
<https://doi.org/10.1037/pas0000540>
- Sibrava, N. J., & Borkovec, T. D. (2006). The cognitive avoidance theory of worry. Dans G. C. L. Davey & A. Wells (dirs.), *Worry and its psychological disorders: Theory, assessment and treatment* (pp. 239–256). Wiley & Sons. <https://doi.org/10.1002/9780470713143.ch14>
- Sloan, T., & Telch, M. J. (2002). The effects of safety-seeking behavior and guided threat reappraisal on fear reduction during exposure: An experimental investigation. *Behaviour research and therapy*, 40(3), 235–251. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(01\)00007-9](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(01)00007-9)
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of internal medicine*, 166(10), 1092–1097. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
- Starcevic, V., Portman, M. E., & Beck, A. T. (2012). Generalized anxiety disorder: between neglect and an epidemic. *Journal of nervous and mental disease*, 200(8), 664–667.
<https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e318263f947>
- Statistique Canada. (2025). *Postes vacants selon la profession (grande catégorie des professions), le genre du travail et le type du poste, données trimestrielles désaisonnalisées* (tableau. 14-10-0399-01). <https://doi.org/10.25318/1410039901-fra>
- Stephenson, E. (2023). *Troubles mentaux et accès aux soins de santé mentale* (No. 75-006-X). Statistique Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/75-006-x/2023001/article/00011-fra.htm>

- Steuber, E. R., Miller, M. L., & McGuire, J. F. (2024). Clinical considerations for an evidence-based assessment of anxiety disorders in adults. *Psychiatric clinics of North america*, 47(4), 623–639. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2024.04.009>
- Szabó, M., & Lovibond, P. F. (2004). The cognitive content of thought-listed worry episodes in clinic-referred anxious and non-referred children. *Journal of clinical child and adolescent psychology*, 33(3), 613–622. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3303_18
- Telch, M. J., & Lancaster, C. L. (2012). Is there room for safety behaviors in exposure therapy for anxiety disorders? Dans P. Neudeck & H.-U. Wittchen (dirs.), *Exposure therapy* (pp.313–334). Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4614-3342-2_18
- Thwaites, R., & Freeston, M. (2005). Safety-seeking behaviours: Fact or function? How can we clinically differentiate between safety behaviours and adaptive coping strategies across anxiety disorders?. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 33(2), 177-188. <https://doi.org/10.1017/s1352465804001985>
- Turner, S. M., Beidel, D. C., & Wolff, P. L. (1996). Is behavioral inhibition related to the anxiety disorders?. *Clinical psychology review*, 16(2), 157–172. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(96\)00010-4](https://doi.org/10.1016/0272-7358(96)00010-4)
- van der Heiden, C., Melchior, K., Muris, P., Bouwmeester, S., Bos, A. E., & van der Molen, H. T. (2010). A hierarchical model for the relationships between general and specific vulnerability factors and symptom levels of generalized anxiety disorder. *Journal of anxiety disorders*, 24(2), 284–289. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2009.12.005>
- Waller G. (2009). Evidence-based treatment and therapist drift. *Behaviour research and therapy*, 47(2), 119–127. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.10.018>

- Warnock-Parkes, E., Thew, G. R., Murray, H., Grey, N., Wild, J., Kerr, A., Smith, A., Stott, R., Ehlers, A., & Clark, D. M. (2025). Driving cognitive change: a guide to behavioural experiments in cognitive therapy for anxiety disorders and PTSD. *Cognitive behaviour therapy*, 54(6), 767-793. <https://doi.org/10.1080/16506073.2025.2518427>
- Watterson, R. A., Williams, J. V. A., Lavorato, D. H., & Patten, S. B. (2016). Descriptive Epidemiology of Generalized Anxiety Disorder in Canada. *The Canadian journal of psychiatry*, 62(1), 24-29. <https://doi.org/10.1177/0706743716645304>
- Wells, A. (1999). A metacognitive model and therapy for generalized anxiety disorder. *Clinical psychology & psychotherapy*, 6(2), 86-95. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-0879\(199905\)6:2<86::AID-CPP189>3.0.CO;2-S](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-0879(199905)6:2<86::AID-CPP189>3.0.CO;2-S)
- Wells, A. (2004). A cognitive model of GAD: metacognitions and pathological worry. Dans R. G. Heimberg, C. L. Turk & D. S. Mennin (dirs.), *Generalized anxiety disorder: advances in research and practice* (pp. 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. <https://doi.org/10.1007/s10608-005-1652-0>
- Wells, A. (2006). The metacognitive model of worry and generalised anxiety disorder. Dans G. C. L. Davey & A. Wells (dirs.), *Worry and its psychological disorders: Theory, assessment and treatment* (pp. 177–199). Wiley & Sons. <https://doi.org/10.1002/9780470713143.ch11>
- Wetherell, J. L., Thorp, S. R., Patterson, T. L., Golshan, S., Jeste, D. V., & Gatz, M. (2004). Quality of life in geriatric generalized anxiety disorder: a preliminary investigation. *Journal of psychiatric research*, 38(3), 305-312. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2003.09.003>

- Wilson, E. J., Abbott, M. J., & Norton, A. R. (2023). The impact of psychological treatment on intolerance of uncertainty in generalized anxiety disorder: A systematic review and meta-analysis. *Journal of anxiety disorders*, 97, Article 102729.
<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2023.102729>
- Wilson, E. J., Abbott, M. J., Norton, A. R., Riley, J., & Berle, D. (2026). Behavioural experiments for intolerance of uncertainty: A brief intervention delivered via videoconference for adults with generalised anxiety disorder. *Journal of anxiety disorders*, 118, Article 103112. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2026.103112>
- Wittchen, H.-U., Kessler, R. C., Beesdo, K., Krause, P., Höfler, M., & Hoyer, J. (2002). Generalized anxiety and depression in primary care: Prevalence, recognition and, management. *Journal of clinical psychiatry*, 63(suppl. 8), 24-34.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12044105>
- Ye, H., Li, Y., Huang, Y., Zhang, Y., Zhang, J., Wang, J., Liu, K., Yao, Y., Shi, X., Liu, Y., & Fan, F. (2025). Bidirectional relationships between intolerance of uncertainty and generalized anxiety among adolescents: insights from cross-lagged panel network analysis. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 19, Article 54.
<https://doi.org/10.1186/s13034-025-00912-6>
- Zdebik, M. A., Moss, E., & Bureau, J.-F. (2017). Childhood attachment and behavioral inhibition: Predicting intolerance of uncertainty in adulthood. *Development and psychopathology*, 30(4), 1225–1238. <https://doi.org/10.1017/S0954579417001614>

ANNEXE 1
ORGANIGRAMMES DES ÉTUDES

Figure 2. Organigramme de sélection des participants de la première étude.

Figure 3. Organigramme de sélection des participants de la deuxième étude.

ANNEXE 2
DÉPISTAGE TÉLÉPHONIQUE

Introduction téléphonique : Résumé de l'étude

Les expériences comportementales pour l'intolérance à l'incertitude : un traitement à composante unique pour le trouble d'anxiété généralisée

Se nommer, indiquer qu'on travaille pour le Laboratoire des troubles d'anxiété de l'UQO.

Vous nous avez contactés pour participer à notre étude sur le traitement psychologique de l'anxiété généralisée. Si vous avez quelques minutes, je peux vous donner un peu d'information sur notre étude.

Le Dr Dugas (professeur titulaire à l'UQO) étudie les troubles anxieux depuis plus de 20 ans. Il a développé un traitement psychologique qui aide les gens à diminuer grandement leurs inquiétudes et leur anxiété. Le but de cette étude est d'évaluer l'efficacité d'un nouveau traitement cognitivo-comportemental (TCC) 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 les pensées qui contribuent à vos difficultés.

L'étude comprend 3 étapes :

1. Évaluation : 1^e étape ayant pour but de bien évaluer votre situation pour que vous ayez accès à un service répondant à vos besoins : pour s'assurer que vous souffrez bien du trouble que l'on traite.

- a. Dans un premier temps, vous participerez à une courte entrevue téléphonique préliminaire (durée 20 min).
- b. S'il semble que vous rencontrez les critères de sélection de l'étude, vous serez évalué(e) par une clinicienne de notre équipe pour confirmer votre diagnostic. Cette évaluation se déroule en personne et est d'une durée d'environ une heure trente.
- c. Après cette rencontre, les membres de notre équipe de recherche se réuniront pour discuter et vérifier si vous rencontrez bien les critères requis pour l'étude et voir s'il n'y a pas de contre-indication à votre participation. Nous vous ferons ensuite part de la décision de l'équipe. Si vous rencontrez les critères d'inclusion, vous serez assignées aléatoirement à une de deux conditions : (1) TCC individuelle ou (2) liste d'attente.

2. Thérapie et attente:

- a. TCC: Durée de 12 semaines; en individuel avec une clinicienne; 1 rencontre d'une heure / semaine; il n'y a pas de frais : la thérapie est gratuite.
- b. Liste d'attente : Durée de 12 semaines avec contact téléphonique aux 2 semaines, suivi de la TCC individuelle de 12 semaines.

3. Suivi :

Rencontre d'évaluation à la fin de la thérapie ainsi que 6 et 12 mois plus tard pour évaluer vos progrès.

- **Pour participer à l'étude, vous devez rencontrer certains critères spécifiques que l'on doit vérifier. Que vous soyez éligibles ou non, toutes vos réponses vont demeurer confidentielles dans les limites prévues par la loi.**

Croyez-vous que ce projet peut vous intéresser? Oui / Non

Pour vérifier si vous pouvez débiter l'évaluation, je dois d'abord vous poser 5 questions. Êtes-vous d'accord? Oui / Non

Utiliser document : **Introduction téléphonique : Questions préliminaires**

**Introduction téléphonique :
Questions préliminaires**

Référé(e) au PS : OUI__ NON__
Raison exclusion :

Numéro du participant : _____ Date : _____
Sexe : Femme :__ Homme : __ Nom de l'interviewer : _____

Où avez-vous entendu parlé de notre étude? **Référé par:** _____

Tel que mentionné, je vous pose 5 courtes questions pour vérifier si vous pouvez débiter le volet *Évaluation*. Cela prendra quelques minutes. Vous êtes d'accord ?

OUI__ NON__

1. Quel âge avez-vous? _____ (18 ans ou +)
2. Actuellement, prenez-vous des médicaments pour l'anxiété ou la dépression? OUI__ NON__
Si oui : Depuis quand prenez-vous la même dose ?
Antidépresseur: _____ Dose : _____ Depuis : _____ (12 sem)
Rx pour anxiété : _____ Dose : _____ Depuis: _____ (4 sem)
Produits naturels : _____
3. Êtes-vous présentement suivi en psychothérapie? OUI__ NON__
Seriez-vous prêt à cesser cette démarche si vous êtes inclus dans l'étude? OUI__ NON__ (excl)
4. Est-ce que présentement vous souffrez d'une maladie physique (ex : anémie, hyperthyroïdisme, hypoglycémie)? OUI__ NON__
Maladie physique : _____
Cette condition médicale est-elle contrôlée? OUI__ NON__ (exclure)
5. Participez-vous actuellement à une autre étude? OUI__ (exclure) NON__
Laquelle : _____

Si la personne ne peut participer, expliquer le motif d'exclusion (contexte d'une étude scientifique, critères d'inclusion et d'exclusion précis, etc.).

Si c'est ok suite à ces questions :

Vérifier si la personne est disponible à ce moment pour l'entrevue préliminaire au téléphone d'une durée de 20 minutes environ. C'est une évaluation très sommaire qui nous permet de voir si vous êtes éligible pour l'évaluation téléphonique plus détaillée.

Si la personne n'est pas disponible, fixer un rendez-vous téléphonique avec elle.

Date entrevue téléphonique (phone screen) : _____ Heure : _____
Disponibilités pour traitement : jour et heure : _____

Entrevue téléphonique (phone screen)

Référé(e) ADIS : OUI__ NON__

Raison exclusion : _____

Numéro du participant : _____

Date : _____

Sexe : Femme :__ Homme : __

Nom de l'interviewer : _____

Pouvez-vous me dire comment se manifeste votre anxiété?

TROUBLE D'ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE

1. Au cours des derniers mois, avez-vous été souvent inquiet ou anxieux à propos de divers sujets/situations du quotidien ? OUI_____ NON_____

(Sous-questionner en définissant l'inquiétude : se faire du souci, imaginer des scénarios négatifs à propos de sujets/situations, anticiper des conséquences négatives plutôt que neutres ou positives face à une situation)

Si oui, quels sont les sujets à propos desquels vous vous inquiétez le plus souvent ? Pour chacun de ces sujets d'inquiétudes, pouvez-vous m'expliquer ce que vous craignez le plus par rapport à ceux-ci?

- a) _____
- b) _____
- c) _____
- d) _____
- e) _____
- f) _____

Si la personne mentionne des inquiétudes au sujet de sa santé physique, investiguer la présence d'un problème médical. Si oui, évaluer si les inquiétudes sont excessives pour l'état de santé physique de la personne : (1) la sévérité du problème médical; (2) la durée depuis le début du problème médical; (3) la fréquence des inquiétudes; (4) l'intensité des inquiétudes. De plus, ne pas inclure les inquiétudes au sujet des choses suivantes: (1) les attaques de panique ; (2) l'évaluation des autres en situation sociale ; (3) une obsession ou une compulsion ; (4) une phobie simple ; (5) une dépression ; (6) tout autre problème psychologique.

2a. Vos inquiétudes vous semblent-elles excessives ou exagérées ? OUI _____ NON _____

2b. 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? *Si propos ne sont pas clairs, demander si les inquiétudes persistent même quand il/elle ne veut pas s'inquiéter. Si c'est le cas, cochez OUI.*

OUI _____ NON _____

*Si **NON** à 2a et 2b, arrêtez. Si **OUI** soit à 2a ou 2b, continuez à la question 3.*

3. Récemment, avez-vous été troublé(e) par vos inquiétudes la majorité des jours? *i.e. veut dire au cours des derniers mois. Si le participant a de la difficulté à répondre, demandez-lui si il/elle est inquiet(e) la majeure partie du temps, la moitié du temps ou moins que la moitié du temps. Si la majeure partie ou plus de la moitié du temps, cochez OUI.*

OUI _____ NON _____

4. Est-ce que vos inquiétudes sont habituellement présentes pour une bonne partie de la journée? *Peut être rapporté en termes de minutes, heures, proportions ou %, à la discrétion du participant ; assurez-vous de spécifier l'unité de temps choisie en inscrivant la réponse. Estimer le temps d'inquiétude sur environ 16 heures, excluant 8 heures de sommeil.*

OUI _____ NON _____ Préciser : _____

5. Durant les derniers six mois, avez-vous souvent été troublé(e) par une ou l'autre des sensations suivantes? Si la réponse est oui, combien de jours par semaine le symptôme est présent?

a) **Agité-e, surexcité-e ou avoir les nerfs à vif** OUI _____ NON _____ Nb jours : _____

b) **Fatigue** OUI _____ NON _____ Nb jours : _____

b) **Difficulté à se concentrer ou blanc de mémoire** OUI _____ NON _____ Nb jours : _____

c) **Irritabilité** OUI _____ NON _____ Nb jours : _____

d) **Tensions musculaires** OUI _____ NON _____ Nb jours : _____

e) **Problèmes de sommeil** OUI _____ NON _____ Nb jours : _____

Si le participant répond OUI et au moins 4 jours par semaine à 3 symptômes (ou plus), il répond au critère somatique.

8. Est-ce que vos inquiétudes interfèrent avec votre vie quotidienne, c'est-à-dire votre travail, activités sociales, famille, etc.? *Si propos ne sont pas clairs, demandez si les inquiétudes et l'anxiété entraînent l'évitement des activités, problèmes avec les amis ou la famille, difficultés au travail, incapacité de relaxer ou profiter de la vie, détresse émotionnelle, etc.*

OUI _____ NON _____ *Si OUI, le participant répond au critère d'interférence.*

TAG : **NON PROBABLE** _____ **(EXCLURE)** **PROBABLE** _____

DÉPRESSION

1a. Récemment, vous-êtes vous senti déprimé, triste ou vidé ou est-ce que d'autres personnes vous ont dit que vous aviez l'air triste ou déprimé?

Si oui, demander depuis combien de temps ce symptôme est présent.

Déprimé: OUI _____ NON _____

Depuis combien de temps : _____

1b. Récemment, avez-vous ressenti une perte d'intérêt ou de plaisir dans presque toutes vos activités habituelles ou est-ce que quelqu'un vous a dit que vous aviez l'air moins intéressé aux choses qui vous plaisaient habituellement?

Si oui, demander depuis combien de temps ce symptôme est présent.

Perte d'intérêt : OUI _____ NON _____

Depuis combien de temps : _____

Si le participant répond OUI à 1a et 1b et que les symptômes sont présents depuis au moins 2 semaines posez la question 2.

2. En quoi ces symptômes de dépression interfèrent-ils avec votre vie quotidienne (ex. routine quotidienne, travail, activités sociales)? Jusqu'à quel point ces symptômes vous dérangent-ils?

DEPRESSION: NON PROBABLE _____ PROBABLE _____ (EXCLURE SI PRIMAIRE)

PENSÉES SUICIDAIRES

1. Récemment vous arrive-t-il de penser à la mort ou à vous faire du mal? Avez-vous pensé au suicide ?

OUI _____ NON _____

Si le participant répond OUI à 1 posez les questions 2 et 3

2. Quelles pensées liées à la mort ou le suicide avez-vous eu ? Évaluez : le concrétisme des idées; présence d'un plan précis; accès à des moyens pour exécuter le plan; chronologie précise du plan; capacités à donner des raisons pour vivre. Établir la différence entre des idéations suicidaires actuelles et des obsessions au thème de suicide. Dans les obsessions de se faire du mal, les pensées liées à la mort ou à se faire du mal sont perçues comme intrusives en ce sens que la personne ne veut pas avoir ces pensées (égodystone). La personne peut croire que parce qu'elle a ce type de pensées récurrentes, elle pourrait se suicider contre sa volonté.

RISQUE SUICIDAIRE (En vous basant sur la description du participant, cochez 1 des 4 NIVEAUX ci-dessous)

_____ NIVEAU 0 : Pas d'idéations suicidaires actuellement.

_____ NIVEAU 1 : Pensées vagues sur le suicide, mais pas de plan.

_____ NIVEAU 2 : Plan diffus (ex. pourrait prendre des pilules, mais ne sait pas exactement lesquelles ou combien il en faudrait ou à quel endroit se les procurer, etc.)

_____ NIVEAU 3 : Plan clair, mais pas d'intention ou chronologie du moment où cela pourrait se produire.

_____ NIVEAU 4 : Plan clair et intention claire du moment où cela pourrait se produire.

3. Avez-vous déjà passé à l'acte ou fait une tentative de suicide ?

Si OUI, il y a combien de temps ?

_____ TENTATIVE 0 : N'a jamais fait de tentative de suicide.

_____ TENTATIVE 1 : Tentative de suicide il y a plus de deux ans.

_____ TENTATIVE 2 : Tentative de suicide faite dans les deux dernières années.

En vous basant sur les réponses ci-haut, cochez une des catégories ici-bas :

TENTATIVE 0

NIVEAU 0 _____ OK
NIVEAU 1 _____ OK
NIVEAU 2 _____ EXCLURE
NIVEAU 3 _____ EXCLURE
NIVEAU 4 _____ EXCLURE

TENTATIVE 1

NIVEAU 0 _____ OK
NIVEAU 1 _____ EXCLURE
NIVEAU 2 _____ EXCLURE
NIVEAU 3 _____ EXCLURE
NIVEAU 4 _____ EXCLURE

TENTATIVE 2 : PEU IMPORTE LE NIVEAU . EXCLURE

SI EXCLU AU :

NIVEAU 3 OU NIVEAU 4 : Contactez Michel : (819) 595-3900, poste 2509 (UQO); (819) 329-6155 (cellulaire).

NIVEAU 3 : Confirmer absence d'intention immédiate; donner référence/ numéro pour ligne d'entraide, informations sur urgence de l'hôpital le plus près et tout autre information requise par le participant.

NIVEAU 4 : Donner informations sur urgence de l'hôpital le plus près, référence/numéro pour ligne d'entraide, et tout autre information requise par le participant.

Pour tous les autres niveaux d'exclusion, offrez au participant référence/ numéro pour ligne d'entraide.

JEU PATHOLOGIQUE

1. Actuellement, avez-vous tendance à jouer de l'argent ?

OUI _____ NON _____

Si OUI, Est-ce que le jeu vous a causé des problèmes financiers, des problèmes avec vos amis ou votre famille, l'école ou le travail ? Avez-vous essayé d'arrêter de jouer sans en être capable ?

OUI _____ NON _____

JEU PATHOLOGIQUE: NON PROBABLE _____ PROBABLE _____(EXCLURE)

Si le participant est exclu, offrez référence/ numéro ligne d'entraide.

ABUS DE SUBSTANCE

1. Actuellement, quelle est votre consommation moyenne d'alcool par semaine?

Précisez nombre, type et quantité de breuvages alcoolisés consommés et indiquez la période de temps, ex., "trois bières de 12 oz. par semaine"

Si la consommation d'alcool semble excessive : Est ce que votre consommation d'alcool a créé des problèmes à l'école ou au travail? Avec vos amis ou votre famille? Avez-vous essayé d'arrêter sans en être capable?

OUI _____ NON _____

2. Mis à part l'alcool, consommez-vous actuellement d'autres substances comme la marijuana, la cocaïne ou des drogues récréatives ?

OUI _____ NON _____

Si OUI, Qu'est ce que vous consommez? Typiquement, quelle quantité et à quelle fréquence?

Si la consommation semble excessive : Votre consommation a-t-elle causé des problèmes à l'école ou au travail? avec des amis ou votre famille?

OUI _____ NON _____

ABUS DE SUBSTANCE: NON PROBABLE _____ PROBABLE _____(EXCLURE)

Si participant est exclu, offrez référence/ numéro ligne d'entraide.

PSYCHOSE NON-ORGANIQUE

Avez-vous déjà connu des expériences étranges et inhabituelles comme :

- a) Entendre ou voir des choses que les autres ne percevaient pas? OUI ___ NON ___
- b) Entendre des voix ou des conversations alors que vous étiez seul? OUI ___ NON ___
- c) Avoir des visions que les autres ne voyaient pas? OUI _____ NON _____
- d) Avoir l'impression que quelque chose de bizarre arrivait autour de vous, que les gens faisaient des choses pour vous mettre à l'épreuve, vous provoquer ou vous blesser de sorte que vous deviez toujours être sur vos gardes? OUI ___ NON _____

Si OUI à un des éléments ci-haut, détaillez et indiquer à quel(s) moment(s).

PSYCHOSE: NON PROBABLE _____ PROBABLE _____(EXCLURE)

Mis part les symptômes déjà couverts (inquiétudes et anxiété), y-a-t-il d'autres problèmes psychologiques pour lesquels vous aimeriez recevoir de l'aide?

OUI _____ NON _____

Si OUI, Lesquels? _____

Au cours de l'entrevue d'aujourd'hui, nous avons parlé de vos inquiétudes et de ... (nommer les autres difficultés soulevées ex : Sx dépressifs), si j'avais une baguette magique et que je pouvais faire disparaître seulement une de ces difficultés, qu'est-ce que vous souhaiteriez que je fasse disparaître? Pourquoi avez-vous choisi ce problème?

TAG : _____ Autre : _____

Pourquoi? _____

Si le participant est exclu, offrez les références/ numéros ligne d'entraide.

ANNEXE 3
FORMULAIRES 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 à composante unique pour le trouble d'anxiété généralisée

Chercheur principal : Michel Dugas, Ph.D.
Professeur titulaire, Université du Québec en Outaouais
Chercheur, Centre de recherche du CISSSO
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 à une composante 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 éprouvée 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, Université du Québec en Outaouais

Chercheur, Centre de recherche du CISSSO

Tél : 819-595-3900, poste 2509

Courriel : michel.dugas@uqo.ca

Si vous avez des questions à poser concernant vos droits en tant que sujet de recherche, ou si vous avez des plaintes ou commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services aux coordonnées suivantes :

Commissaire aux plaintes et à la qualité des services

Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais

Hôpital de Gatineau

909, boulevard La Vérendrye Ouest, B-3214 - 3e étage

Gatineau (Québec) J8P 7H2

Tél : 819 966-6179 (sans frais : 1 800 267-2325)

Fax : 819 966-6341

Courriel : louis-philippe.mayrand@ssss.gouv.qc.ca

f) Surveillance des aspects éthiques du projet de recherche

Les comités d'éthique de la recherche du CISSS de l'Outaouais et de l'UQO ont approuvé ce projet de recherche et en assurent le suivi. De plus, ils approuveront 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 secrétariat du Comité d'éthique de la recherche du CISSS de l'Outaouais aux coordonnées suivantes :

Comité d'éthique de la recherche (CÉR)

CISSS de l'Outaouais

777, boulevard de la Gappe, bureau 203

Gatineau (Québec) J8T 8R2

Tél : 819 966-6559

Courriel : 07_csssg_cer@ssss.gouv.qc.ca

Site web : www.csssgatineau.qc.ca

Vous pouvez également 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

- o Je comprends que je donne mon consentement pour que l'équipe de recherche évalue si je rencontre les critères de sélection de l'étude.
- o Je comprends que je peux retirer mon consentement et interrompre ma participation à tout moment, sans conséquences négatives.
- o 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

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT POUR L'ÉVALUATION DE L'ADMISSIBILITÉ²

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.

² 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 (peut-être 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 4

ESTA – SECTION TAG UNIQUEMENT

TROUBLE D'ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE

I. INTERROGATOIRE PRÉLIMINAIRE

			Commentaires
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	☐ ☐	
Quels sont vos principaux thèmes d'inquiétude? (Ex: Travail, finances, bien-être de la famille, etc.) 1- 2- 3- 4-			
Quels types de scénarios/pensées avez-vous par rapport à ces thèmes? 1- 2- 3- 4-			

En l'absence d'inquiétude excessive/incontrôlable,
passer à la section **TROUBLE OBSESSIONNEL-COMPULSIF** (p.18)

II. COTATION DES INQUIÉTUDES

A. Je vais maintenant vous poser une série de questions sur les inquiétudes que vous éprouvez relativement à certains aspects de la vie.

Pour chaque sujet d'inquiétude, faire une cotation distincte du caractère excessif (fréquence et intensité) et de la perception de l'incontrôlabilité à l'aide des échelles et questions ci-dessous. De plus, pour chaque sujet d'inquiétude, investiguez si le client est dérangé par l'inquiétude la majorité des jours pour au moins les 6 derniers mois en utilisant les questions ci-dessous.

FRÉQUENCE : Au cours des 6 derniers mois, avez-vous été dérangé par cette inquiétude la majorité des jours (majorité des jours; plus de jour avec l'inquiétude que sans) ?

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Pas d'inquiétude/ pas de tensions	Rarement/ légère tension	Parfois/ tensions modérées	Fréquemment/ sévère tension	Constamment/ tension extrême				

EXCESSIVITÉ : À quelle fréquence vous inquiétez-vous de _____ ?; Si les choses vont bien, vous inquiétez-vous quand même de _____ ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8

Pas d'inquiétude Rarement Parfois Fréquemment Constamment

INCONTRÔLABILITÉ : 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
modéré Souvent/
difficulté
marquée Constamment/
Difficulté
extrême

	Fréquence	Excès	Incontrôlabilité	Combien de % de la journée vous inquiétez-vous à ce sujet?	Exemples de conséquences négatives redoutées
Sujets mineurs (ex : Gestion de temps, réparations mineures, tâches quotidiennes)					
Travail					
Études					
Santé personnelle					
Santé d'autrui (proches, animaux de compagnie)					
Relation conjugale					
Bien-être des enfants					
Relations interpersonnelles					
Situation financière					
Situation dans le monde (ex : environnement, terrorisme, politique)					
Autre					
Fréquence des inquiétudes au cours des 6 derniers mois (presque tous les jours, soit plus qu'un jour sur deux)	Oui			☐	
	Non			☐	

Dans quelle mesure vos inquiétudes affectent vos activités par les façons suivantes (Coter la fréquence/sévérité des comportements inadaptés associés à l'inquiétude en utilisant les questions et l'échelle ci-dessous):

0 1 2 3 4 5 6 7 8

Jamais Rarement/
Légère Parfois/
Modérée Souvent/Sévère Toujours/Très
sévère

	Fréquence	Sévérité	Commentaires
Éviter des activités/événements qui pourraient possiblement mal se dérouler (p.ex. figures d'autorité, états financiers)			
Déployer plus de temps et plus d'efforts (sur-préparation) pour se préparer à des activités/événements qui pourraient possiblement mal se dérouler (p.ex. présentations)			
Remettre à plus tard des actions ou décisions (procrastination)			
Chercher la réassurance des autres			

En l'absence d'inquiétude excessive/incontrôlable,
passer à la section **TROUBLE OBSESSIONNEL-COMPULSIF** (p.18)

III. ÉPISODE ACTUEL

Symptômes d'anxiété : présence au cours des 6 derniers mois (au moins trois)	Intensité (0 à 8)	Fréquence (la plupart du temps; plus une journée sur deux)	
a) Agitation ou sensation d'être à bout (attention que ce symptôme ne soit pas une conséquence d'un manque de sommeil).		Oui	☐
		Non	☐
b) Fatigabilité (attention que ce symptôme ne soit pas une conséquence d'un manque de sommeil ou d'un surmenage)		Oui	☐
		Non	☐
c) Difficultés de concentration ou trous de mémoire (attention que ce symptôme ne soit pas une conséquence d'un TDAH).		Oui	☐
		Non	☐
d) Irritabilité (Si présence de colère, la colère est plus intériorisée).		Oui	☐
		Non	☐
e) Tension musculaire (surtout au cou, mâchoire et épaules). Précisez l'endroit sur le corps où les tensions musculaires sont ressenties.		Oui	☐
		Non	☐
f) Perturbation du sommeil (latence d'endormissement élevée, interruption du sommeil fréquent avec difficulté d'endormissement ou réveil précoce). Précisez.		Oui	☐
		Non	☐
g) Maux de tête		Oui	☐
		Non	☐
h) Maux de ventre/nausée		Oui	☐
		Non	☐
i) Diarrhée		Oui	☐
		Non	☐
Jusqu'à quel point le fait d'avoir cette anxiété vous dérange/interfère avec votre vie? (<i>Intensité 0 à 8</i>)		Ex d'interférence : Études, travail, activités sociales	
Jusqu'à quel point le fait d'avoir cette anxiété vous cause de la détresse/un malaise? (<i>Intensité 0 à 8</i>)			
Depuis quand la situation est-elle problématique?			
Facteurs ayant pu entraîner le problème? Stresseurs? Que se passait-il à l'époque?			

Avez-vous pris de la drogue sur une base régulière durant la période actuelle d'inquiétudes ou de tensions/anxiété ?	Oui	☐
	Non	☐
Au moment ou depuis le début des inquiétudes ou de la tension/anxiété avez-vous eu une condition physique non contrôlée, comme des problèmes de glande thyroïde ou d'anémie?	Oui	☐
	Non	☐

IMPRESSION CLINIQUE: Présence d'un trouble d'anxiété généralisée?

OUI NON

ANNEXE 5
ÉCHELLE DU CLINICIEN

Sévérité des Diagnostics

1. Échelle de sévérité

0 1 2 3 4 5 6 7 8

2. Indications pour le traitement

0 à 2 : Traitement n'est pas indiqué

3 : Seuil pour le traitement (traitement peut être indiqué dans certains cas exceptionnels)

4 à 8 : Traitement indiqué

3. Description des niveaux de sévérité

0: Aucunement sévère

On ne se sert pas de cette cote si on attribue un diagnostic (critère d'interférence minimale du DSM-5 n'est pas rencontré).

2 : Peu sévère

Trouble n'interfère pas avec les activités du patient (ne change pas ses comportements quotidiens à cause du trouble).

Mais, trouble l'empêche de profiter pleinement de la vie (e.g., études, travail, loisirs, famille, vie conjugale, relations interpersonnelles, etc.)*

Trouble peut aussi l'empêcher d'avancer dans sa vie (e.g., projets, ambitions, vision de son avenir, etc.)

4 : Modérément sévère

Trouble n'empêche pas le patient d'être fonctionnel, mais son fonctionnement quotidien est atteint une partie du temps (e.g., difficulté à étudier, moments difficiles au travail, limite ses activités de loisirs, conflits familiaux ou conjugaux ou interpersonnels intermittents).

Modérément de détresse face à divers types de situations.

6 : Très sévère

Trouble n'empêche pas le patient d'être fonctionnel, mais présence de difficultés importantes (e.g., rendement académique diminué, performance au travail amoindrie, arrêt d'activité sexuelle conjugale, détérioration importante des relations familiales ou des relations interpersonnelles, etc.)

Niveau de détresse important.

8 : Extrêmement sévère

Patient a des difficultés sévères à fonctionner, ne fonctionne pas ou peu, ou est sur le point de "flancher" (e.g., abandon des études, congé de maladie ou perte d'emploi, relation conjugale en péril, plus capable d'assumer ses responsabilités parentales, plus d'amis, etc.)

Niveau de détresse extrême.

* Pour évaluer la sévérité, on doit aussi considérer le nombre de sphères de vie affectées (et non seulement le degré d'interférence ou de détresse).

ANNEXE 6

QUESTIONNAIRE SUR LES INQUIÉTUDES DE PENN STATE (QIPS)

QIPS

No.
participant _____

Date _____

Veillez utiliser l'échelle ci-dessous pour exprimer jusqu'à quel point chacun des énoncés suivants correspond à vous
Encerclez le numéro (1 à 5) approprié.

	Pas du tout correspon da nt	Un peu correspon da nt	Assez correspon da nt	Très correspon da nt	Extrêmement correspon da nt
1. Si je n'ai pas assez de temps pour tout faire, je ne m'inquiète pas.	1	2	3	4	5
2. Mes inquiétudes me submergent	1	2	3	4	5
3. Je n'ai pas tendance à m'inquiéter à propos des choses.	1	2	3	4	5
4. Plusieurs situations m'amène à m'inquiéter.	1	2	3	4	5
5. Je sais que je ne devrais pas m'inquiéter mais je n'y peux rien.	1	2	3	4	5
6. Quand je suis sous pression, je m'inquiète beaucoup.	1	2	3	4	5
7. Je m'inquiète continuellement à propos de tout.	1	2	3	4	5
8. Il m'est facile de me débarrasser de pensées inquiétantes.	1	2	3	4	5
9. Aussitôt que j'ai une tâche, je commence immédiatement à m'inquiéter au sujet de toutes les autres choses que j'ai encore à faire.	1	2	3	4	5
10. Je ne m'inquiète jamais.	1	2	3	4	5
11. Quand je n'ai plus rien à faire au sujet d'un trac, je ne m'en inquiète plus.	1	2	3	4	5

12.	J'ai été inquiet(e) tout au long de ma vie.	1	2	3	4	5
13.	Je remarque que je m'inquiète pour certains sujets.	1	2	3	4	5
14.	Quand je commence à m'inquiéter, je ne peux pas m'arrêter.	1	2	3	4	5
15.	Je m'inquiète tout le temps.	1	2	3	4	5
16.	Je m'inquiète au sujet de mes projets jusqu'à ce qu'ils soient complétés.	1	2	3	4	5

Version originale: Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L., & Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 487-495.

Version française : Gosselin, P., Dugas, M. J., Ladouceur, R., & Freeston, M. H. (2001). Évaluation des inquiétudes: validation d'une traduction française du Penn State Worry Questionnaire. *L'encéphale*, 27(5), 475-484.

ANNEXE 7

QUESTIONNAIRE SUR LES INQUIÉTUDES DE L'ANXIÉTÉ (QIA)

QIA

No. Participant : _____

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 excessives				Modérément excessives				Complètement 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 2		À 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 difficulté				Difficulté modérée		Difficulté 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				Sévèrement
0	1	2	3	4	5	6	7	8

Version originale: Dugas, M. J., Freeston, M. H., Provencher, M. D., 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.

ANNEXE 8

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 encircler 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	Un peu	Assez	Très	Tout à fait
correspondant	correspondant	correspondant	correspondant	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	Un peu	Assez	Très	Tout à fait
correspondant	correspondant	correspondant	correspondant	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.....

Version originale: 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)

ANNEXE 9

QUESTIONNAIRE SUR LES COMPORTEMENTS SÉCURISANTS (QCS-TAG)

QCS-TAG 10

Nom : _____

Date : _____

Les énoncés suivants présentent des comportements sécurisants rapportés par des personnes ayant un trouble d'anxiété généralisée. Veuillez indiquer jusqu'à quel point chacun de ces comportements est typique de vous **au cours du dernier mois** en encerclant le chiffre approprié (1 à 5). Il n'y a pas de bonne ou mauvaise réponse.

	Pas du tout typique de moi	Un peu typique de moi	Modérément typique de moi	Plutôt typique de moi	Extrêmement typique de moi
--	----------------------------------	-----------------------------	---------------------------------	-----------------------------	----------------------------------

1. J'évite fréquemment des situations dont l'issue pourrait être négative.

Ex : Éviter d'aller manger dans un nouveau restaurant

1 2 3 4 5

2. À répétition, je refais ou change des choses à des tâches que j'ai déjà terminées.

Ex : Reprendre un projet que j'ai déjà fini et y apporter des changements.

1 2 3 4 5

3. Je cherche beaucoup d'information afin de me sentir rassuré.

Ex : Vérifier les rapports de circulation afin de savoir s'il y a eu un accident sur la route qu'emprunte mon conjoint.

1 2 3 4 5

4. J'évite de m'engager totalement dans un emploi, un projet ou une relation parce que je ne suis pas certain de comment ça va se passer.

Ex : Refuser de m'impliquer dans un projet ambitieux au travail.

1 2 3 4 5

5. Je cherche constamment de la réassurance à cause de mes inquiétudes.

Ex : Demander à mon conjoint de me rassurer à propos de mes inquiétudes face à notre relation.

1 2 3 4 5

	Pas du tout typique de moi	Peu typique de moi	Assez typique de moi	Très typique de moi	Extrêmement typique de moi
--	----------------------------------	--------------------------	----------------------------	---------------------------	----------------------------------

6. Je vérifie constamment pour m'assurer que j'ai bien fait une tâche ou un projet correctement.

Ex : Vérifier un courriel plusieurs fois pour m'assurer que j'y ai joint le bon document.

1 2 3 4 5

7. Je remets souvent une prise de décision ou un comportement à cause de mes inquiétudes.

Ex : Retarder un appel téléphonique à cause de mes inquiétudes.

1 2 3 4 5

8. J'évite constamment des situations dans lesquelles je me sens incertain.

Ex : Éviter des fêtes où des gens que je ne connais pas sont présents.

1 2 3 4 5

9. Je recherche souvent des gens en particulier, des objets ou des routines dans le but de me sentir plus « certain ».

Ex : Me rendre seulement à une fête si un tel ami s'y rend avec moi.

1 2 3 4 5

10. Je prends beaucoup de temps et d'effort pour me préparer à des situations pour lesquelles un résultat négatif peut arriver

Ex : Avant un rendez-vous chez le médecin, passer des heures à faire des recherches sur internet à propos de symptômes.

1 2 3 4 5

Version originale: Hebert, E., & Dugas, M. J. (2019). Behavioral Experiments for Intolerance of Uncertainty: Challenging the Unknown in the Treatment of Generalized Anxiety Disorder, *Cognitive and Behavioral Practice*. 26(2), 421-436.
<https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2018.07.007>

Version abrégée: Marcotte-Beaumier, G., Hebert, E. A., & Dugas, M. J. (2020). *Le Questionnaire sur les comportements sécurisants du trouble d'anxiété généralisée (QCS-TAG) : validation auprès d'un échantillon clinique*. Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement. 52, 324-330. <http://dx.doi.org/10.1037/cbs0000181>