

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

THÈSE DE DOCTORAT

PRÉSENTÉE AU DÉPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE

COMME EXIGENCE PARTIELLE DU
PROGRAMME DE DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR

SOCRATE MAGNAN

MODÈLE PRÉDICTIF DU TROUBLE OBSESSIONNEL-COMPULSIF: EFFETS
DIRECTS ET INDIRECTS DE L'INTOLÉRANCE À L'INCERTITUDE PAR
L'INTERMÉDIAIRE DE LA RESPONSABILITÉ EXCESSIVE ET DE LA PLEINE-
CONSCIENCE.

DATE : 20 septembre 2017

Composition du jury

Modèle prédictif du trouble obsessionnel-compulsif : effets directs et indirects de l'intolérance à l'incertitude par l'intermédiaire de la responsabilité excessive et de la pleine-conscience.

Cette thèse a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Guyline Côté

(Département de psychologie, Faculté des Lettres et Sciences Humaines)

Patrick Gosselin

(Département de psychologie, Faculté des Lettres et Sciences Humaines)

Frédéric Langlois

(Département de psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières)

Sommaire

Le Trouble Obsessionnel-Compulsif (TOC) ainsi que les symptômes sous-cliniques de ce trouble sont fréquemment rencontrés dans la population et entraînent de graves conséquences sur le bien-être psychologique et social des individus concernés. Plusieurs travaux s'inscrivant dans la deuxième vague de l'approche cognitive-comportementale révèlent des liens significatifs entre les symptômes du TOC et différents mécanismes cognitifs, dont l'intolérance à l'incertitude (II) (Norton, Sexton, Walker et Norton, 2005) et la responsabilité excessive (RE) (Arntz, Voncken et Goosen, 2007). Dans une optique transdiagnostique, des chercheurs de la troisième vague de l'approche cognitive-comportementale ont élaboré de nouveaux modèles incluant la pleine conscience (PC) pour expliquer le TOC (Hannan et Tolin, 2005). Toutefois, les études validant ces modèles n'incluent pas l'II et la RE et ce, malgré la force des liens constatés entre le TOC et ces variables. La présente étude a pour but de préciser la manière dont l'II, la RE et la PC sont interreliées dans l'explication des symptômes du TOC. Plus précisément, elle vise à tester un modèle dans lequel l'II influence les symptômes du TOC de manière directe ainsi que de manière indirecte par l'intermédiaire de la RE et de la PC. Afin de tester ce modèle, 400 étudiants âgés entre 18 et 65 ans et provenant de deux universités québécoises ont rempli, de manière volontaire, des questionnaires mesurant les différentes variables à l'étude. À partir de ces données, des analyses de corrélation de Pearson, des analyses de régression hiérarchique multiple ainsi que des analyses de médiation (méthode de rééchantillonnage « Bootstrap ») ont été conduites afin de tester les hypothèses formulées. Les résultats soutiennent que l'II exerce un effet direct sur les

symptômes du TOC ainsi qu'un effet indirect par l'intermédiaire de la RE et de la PC. L'examen approfondi des effets indirects permet également de préciser les différentes médiations pour les symptômes spécifiques du TOC. Pour les symptômes de vérification, l'II exerce une influence indirecte par l'intermédiaire de la RE. Pour les symptômes d'obsession, elle exerce une influence indirecte par l'intermédiaire des dimensions attention et non-jugement de la PC. Pour les symptômes d'ordre et de symétrie, elle exerce une influence indirecte par l'intermédiaire de la dimension attention de la PC. Ces résultats confirment les hypothèses de l'étude et apportent des éléments préliminaires permettant de mieux comprendre les rôles respectifs de l'II, de la RE et des dimensions de la PC dans l'explication des symptômes du TOC. Notamment, ils suggèrent que l'II joue un rôle clé dans l'ensemble des symptômes du TOC à l'étude, alors que la PC joue un rôle plus spécifique pour les symptômes d'obsession et que la RE joue un rôle plus spécifique dans les symptômes de vérification. En dépit des limites de cette étude, certaines pistes d'intervention clinique émergent des conclusions de cette recherche. Ces conclusions suggèrent également des pistes de recherche à approfondir pour l'élaboration de modèles explicatifs intégrateurs entre la deuxième et la troisième vague de modèles cognitivo-comportementales.

Mots-clés : Trouble obsessionnel-compulsif, Intolérance à l'incertitude, Responsabilité Excessive, Pleine Conscience.

Table des matières

Sommaire	iii
Table des matières	v
Liste des tableaux	viii
Liste des figures	ix
Remerciements	x
Introduction	1
Contexte théorique	6
Développement des modèles behavioristes (1ere vague).....	7
Développement de la deuxième vague de thérapies cognitives-comportementales..	8
Intolérance à l'incertitude	10
Modèle explicatif du TOC par l'II.	14
Responsabilité excessive.....	18
Liens entre l'II et la RE	22
Développement de la troisième vague de thérapies cognitives-comportementales.	26
Définition de la Pleine Conscience	27
Liens entre le TOC et la PC	29
Lien entre la PC et les symptômes spécifiques du TOC.....	33
Lien entre les dimensions de la PC et les symptômes du TOC	34
Limites d'une conception transdiagnostique de la PC	35
Intégration de la deuxième et de la troisième vague	36
Objectif et hypothèses	38

Méthode	40
Déroulement et participants.....	41
Instruments de mesure.....	44
Intolérance à l'incertitude.....	44
Pleine conscience.....	45
Responsabilité excessive.....	46
Symptômes obsessionnels-compulsifs.....	46
Considérations éthiques.....	47
Analyses et résultats.....	49
Analyse des données.....	50
Résultats préliminaires	52
Statistiques descriptives de l'échantillon	52
Lien entre les variables étudiées et les variables sociodémographiques	54
Vérification des postulats.....	55
Analyses principales.....	56
Corrélations entre les variables étudiées.....	56
Contribution unique des prédicteurs dans l'explication des symptômes du TOC	60
Présentation des modèles de médiation pour la prédiction des symptômes du TOC.....	66
Vérification des effets directs et indirects de l'II sur les symptômes du TOC.....	70
Analyses incluant l'échelle totale de la PC et la RE comme médiateurs.	70

Analyses incluant les sous-dimensions de la PC et la RE comme médiateurs. ...	74
Discussion	83
Liens entre les différentes variables à l'étude.	84
Contribution unique des variables dans la prédiction des symptômes du TOC	86
Contribution unique de l'II	86
Contribution unique de la RE	89
Contribution unique de la PC.....	91
Effets indirects de l'II sur les symptômes du TOC	94
Effets indirects par l'intermédiaire de la RE	94
Effets indirects par l'intermédiaire de la PC.....	95
Commentaires généraux sur les effets médiateurs observés	97
Implications cliniques et théoriques	98
Limites de cette étude.....	100
Pistes de recherche futures	103
Conclusion	106
Références.....	110
Appendice A. Lettre d'information.....	122
Appendice B. Questionnaire Sociodémographique	125
Appendice C. Inventaire d'Intolérance à l'Incertitude	128
Appendice D. Five-Facets Mindfulness Questionnaire (FFMQ).....	132
Appendice E. Échelle d'attitude face à la responsabilité (RAS)	136

Liste des tableaux

Tableau

1. Distribution des participants en fonction des variables sociodémographiques.....	43
2. Description des variables à l'étude	53
3. Corrélations des variables à l'étude	59
4. Prédiction du résultat à l'OCI-R_total et à l'OCI-R_vérification par les VI	62
5. Prédiction du résultat à l'OCI-R_obsession et à l'OCI-R_ordre par les VI.....	63
6. Prédiction du résultat à l'OCI-R_obsession et à l'OCI-R_ordre par les VI.....	65
7. Prédiction du résultat à l'OCI-R_obsession et à l'OCI-R_ordre par les VI.....	66
8. Médiation de l'effet de l'II sur les symptômes globaux du TOC et les symptômes de vérification par l'intermédiaire de la RE et de la PC.....	72
9. Médiation de l'effet de l'II sur les obsessions et les symptômes d'ordre par l'intermédiaire de la RE et de la PC	74
10. Médiation de l'effet de l'II sur les symptômes globaux du TOC et les symptômes de vérification par l'intermédiaire de la RE de la description, de l'attention, du non-jugement et de la non-réactivité.....	80
11. Médiation de l'effet de l'II sur les obsessions et les symptômes d'ordre par l'intermédiaire de la RE de la description, de l'attention, du non-jugement et de la non-réactivité.....	82

Liste des figures

Figure

1. Médiation multiple illustrant le rôle de la responsabilité excessive et de la pleine conscience dans la relation entre l'intolérance à l'incertitude et les symptômes globaux du TOC en contrôlant pour la scolarité et la nationalité du participant 68
2. Médiation multiple illustrant le rôle de la responsabilité excessive et de la pleine conscience dans la relation entre l'intolérance à l'incertitude et les symptômes de vérification. 68
3. Médiation multiple illustrant le rôle de la responsabilité excessive et de la pleine conscience dans la relation entre l'intolérance à l'incertitude et les symptômes d'obsession 69
4. Médiation multiple illustrant le rôle de la responsabilité excessive et de la pleine conscience dans la relation entre l'intolérance à l'incertitude et les symptômes d'ordre 69
5. Médiation multiple illustrant le rôle de la responsabilité excessive et des sous-dimensions de la pleine conscience dans la relation entre l'intolérance à l'incertitude et les symptômes globaux du TOC en contrôlant pour la scolarité et la nationalité du participant..... 75
6. Médiation multiple illustrant le rôle de la responsabilité excessive et des sous-dimensions de la pleine conscience dans la relation entre l'intolérance à l'incertitude et les symptômes de vérification en contrôlant pour la scolarité 76
7. Médiation multiple illustrant le rôle de la responsabilité excessive et des sous-dimensions de la pleine conscience dans la relation entre l'intolérance à l'incertitude et les symptômes d'obsession..... 77
8. Médiation multiple illustrant le rôle de la responsabilité excessive et des sous-dimensions de la pleine conscience dans la relation entre l'intolérance à l'incertitude et les symptômes d'ordre et de symétrie..... 78

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier Patrick Gosselin qui, tout au long de mon parcours en psychologie, a su générer en moi un intérêt pour la recherche. Que ce soit en m'offrant des tâches d'auxiliaire de recherche alors que j'étais au baccalauréat, en m'encourageant à présenter des travaux dans des congrès ou en dirigeant cette thèse de doctorat, Patrick m'a fidèlement soutenu depuis le début de mon parcours en recherche. Je remercie chaleureusement mes amis et collègues Daniel, Kristel, Alexandre, Martin et Mathieu avec qui j'ai eu l'occasion de partager cette éprouvante aventure qu'est la thèse. J'adresse également ma gratitude à Malya et Claudie qui ont largement contribué à la collecte ainsi qu'à l'entrée des données utilisées dans cette thèse.

Introduction

Le Trouble Obsessionnel-Compulsif (TOC) est un trouble psychiatrique caractérisé par la présence d'obsessions et de compulsions. La cinquième édition du Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux (DSM-V; APA 2013) définit les obsessions comme étant des pensées, des impulsions ou des images intrusives qui sont anxiogènes et récurrentes. Quant à elles, les compulsions sont définies comme étant des comportements ou des actes mentaux qu'un individu se sent obligé de faire en réponse aux obsessions. La prévalence à vie du TOC se situe entre 0,6 % et 2,4 % dans la population du Canada (Mayerovitch et al., 2003; Stein, Forde, Anderson, & Walker, 1997). Ce trouble entraîne diverses problématiques. Notamment, il est associé à un niveau de fonctionnement inférieur dans les activités quotidiennes et sociales (Crino, Slade, & Andrews, 2005) ainsi qu'à une diminution de la qualité de vie (Eisen et al., 2006). De plus, ce trouble est lié à un taux élevé de comorbidité (de 62 % à 89,2 %; Adam, Meinschmidt, Gloster, & Lieb, 2012; Torres et al., 2006) et entraîne une augmentation des consultations médicales (Adam et al., 2012; Fullana et al., 2009) ainsi qu'une altération du rendement professionnel allant jusqu'à l'incapacité d'occuper un emploi (Eisen et al., 2006; Mancebo et al., 2008).

Par ailleurs, des chercheurs ont montré que les symptômes du TOC, sans nécessairement répondre aux critères diagnostiques du trouble, sont très présents dans la

population générale. En effet, jusqu'à 88 % de la population présenterait des pensées intrusives (Rachman & De Silva, 1978; Salkovskis & Harrison, 1984) et 13,5 % auraient eu au moins un symptôme du TOC au cours de la dernière année (Adam et al., 2012). Bien que moins handicapants que le trouble, ces symptômes entraîneraient des conséquences similaires (Adam et al., 2012).

Actuellement, l'approche psychologique dominante et la mieux validée au plan empirique pour expliquer les mécanismes du TOC et orienter les stratégies thérapeutiques est l'approche cognitive-comportementale (Rosa-Alcázar, Sánchez-Meca, Gómez-Conesa, & Marín-Martínez, 2008). Bien que son efficacité pour le TOC soit démontrée, cette thérapie est associée à un taux d'abandon thérapeutique allant de 20 à 30 % (Stanley & Turner, 1995) ainsi qu'à la persistance de symptômes résiduels chez environ 30 % des patients (Clark, 2014). En effet, certains patients rapportent éprouver trop d'anxiété lorsque les stratégies d'exposition sont effectuées et refusent donc de les appliquer. Afin de pallier à cette limite thérapeutique, Fairfax (2008) suggère de poursuivre l'élaboration des modèles cognitivo-comportementales pour le TOC en introduisant de nouvelles stratégies ayant pour but de rendre plus acceptables les techniques d'exposition en intervenant sur la manière dont le patient se représente ces dernières. Ainsi, en raison de l'importance et des impacts des symptômes sous-cliniques du TOC dans la population générale, puis en raison des limites des thérapies actuelles dont les cliniciens disposent pour traiter le TOC, il apparaît pertinent de poursuivre les recherches afin d'optimiser les modèles explicatifs des symptômes de ce trouble.

Actuellement, bien qu'utilisant des concepts et des stratégies thérapeutiques similaires, les chercheurs et les cliniciens de l'approche cognitive-comportementale mettent parfois l'emphase sur certains facteurs plutôt que d'autres. Ainsi, certains théoriciens décrivent trois vagues de modèles cognitivo-comportementales (Dionne, Blais, Boisvert, Beaudry, & Cousineau, 2010). La première vague, associée au behaviorisme, a permis d'enrichir les connaissances sur les mécanismes comportementaux dysfonctionnels à la base des compulsions et des obsessions. La deuxième vague, intégrant à la fois le behaviorisme et les concepts du cognitivisme, a permis d'enrichir les connaissances sur des cognitions spécifiques associées au développement et au maintien des symptômes spécifiques du TOC. Le nombre de variables issues de cette vague est très élevé et inclut certains concepts tels que l'intolérance à l'incertitude et la responsabilité excessive. La troisième vague, ayant une vision transdiagnostique des mécanismes à la base de la détresse psychologique, vise actuellement le développement des connaissances sur des facteurs communs aux différents troubles de santé mentale. Dans ce contexte, des concepts tels que la pleine conscience se détournent du contenu spécifique des cognitions et décrivent plutôt le rapport qu'un individu entretient avec ses pensées ainsi qu'avec les différents éléments de son expérience. Puisqu'actuellement, il existe une grande quantité de ponts entre les différentes vagues de modèles cognitivo-comportementales, la notion même de « vagues » est controversée. Néanmoins, celle-ci permet de rendre compte d'une diversité bien réelle dans les modèles actuels quant aux concepts et stratégies

thérapeutiques sur lesquels l'emphase est mise. Par exemple, bien que les mécanismes de la deuxième vague tels que l'intolérance à l'incertitude et la responsabilité excessive aient été étudiés conjointement (Farrell, Waters, Boschen, & Milliner, 2001; Lind & Boschen, 2009), aucune étude ne s'est intéressée à celles-ci en lien avec le mécanisme de la pleine-conscience issue des travaux de la troisième vague.

Cette thèse présente une étude dont le but est de poursuivre les rapprochements déjà existants entre des concepts associés aux différentes vagues de modèles cognitivo-comportementales. Elle est composée de cinq sections. Premièrement, le contexte théorique présente sommairement le développement des différentes vagues cognitives-comportementales, les variables clés de chacune d'entre elles ainsi que les objectifs et les hypothèses de la présente étude. Deuxièmement, la section méthode comporte la méthodologie utilisée afin d'obtenir et de traiter les données de cette recherche. Troisièmement, la section analyse et résultats présente les résultats des différents tests utilisés dans cette étude. Quatrièmement, la discussion reprend les principaux résultats afin de les mettre en lien avec les objectifs et les hypothèses de l'étude ainsi qu'avec les résultats d'autres chercheurs ayant travaillé sur les mêmes thèmes. Elle présente également l'apport de cette recherche au plan empirique et clinique ainsi que ses limites et des pistes de recherches futures. Cinquièmement, la conclusion fait un bref bilan de l'ensemble de cette thèse.

Contexte théorique

Depuis quelques décennies, les différentes versions du DSM ont offert des critères pertinents pour le diagnostic du TOC. De plus, certains chercheurs ont proposé une classification incluant des sous-types de symptômes du TOC. Bien qu'il existe plusieurs manières de classer ces symptômes spécifiques, la plupart des chercheurs utilisent une classification en six différents sous-types (Foa, Kozak, Salkovskis, Coles, & Amir, 1998; Foa, et al., 2002). Cette classification inclue: 1. le nettoyage (la peur d'être contaminé et la tendance à nettoyer scrupuleusement), 2. les obsessions (occurrence de pensées intrusives), 3. l'ordre et la symétrie (préoccupation excessive pour que les choses soient ordonnées d'une manière précise), 4. l'accumulation (tendance à accumuler des objets de manière excessive), 5. la vérification (tendance à émettre des comportements de vérification compulsive dans différents contextes) et 6. la neutralisation (p. ex., répéter des chiffres mentalement afin d'annuler une pensée). Afin d'aller au-delà d'une perspective visant la classification du TOC et dans l'optique d'expliquer les mécanismes psychologiques qui sous-tendent ses symptômes et sous-symptômes, différents modèles cognitivo-comportementales ont été développés.

Développement des modèles behavioristes (1ere vague)

Dès le début des années 1980, le développement des modèles behavioristes a permis de mieux comprendre les symptômes du TOC. Ces modèles mettent l'accent sur des facteurs comportementaux tels que le renforcement et l'habituation (Taylor, 2002). Dans un premier temps, les pensées intrusives seraient associées à l'anxiété par l'intermédiaire d'un conditionnement classique. Dans un deuxième temps, l'individu éprouvant de

l'anxiété face à ses pensées intrusives apprendrait, par l'intermédiaire du conditionnement opérant, à diminuer son anxiété en adoptant des comportements de neutralisation, de fuite et d'évitement. Ces comportements peuvent être explicites (p. ex., une compulsion de vérification) ou implicites (p. ex., une prière ou un effort volontaire pour chasser la pensée). L'apaisement momentané de l'anxiété qui résulte de ces comportements augmenterait ainsi la fréquence des compulsions par renforcement négatif et maintiendrait l'anxiété en inhibant les mécanismes d'habituation (Shafran, 2005). Bien que l'explication comportementale soit encore à la base de presque tous les modèles cognitivo-comportementales actuels du TOC, le principe du renforcement négatif demeure incomplet. Notamment, il ne permet pas, à lui seul, d'expliquer les mécanismes cognitifs qui font des pensées intrusives des éléments anxiogènes. De plus, il n'explique pas pourquoi certains individus développent un sous-type de symptômes plutôt qu'un autre, ni pourquoi les compulsions agissent par renforcement négatif.

Développement de la deuxième vague de thérapies cognitives-comportementales

Depuis les dernières décennies, en raison des limites du behaviorisme pur (p. ex., ces modèles ne permettent pas d'expliquer pourquoi les compulsions sont aussi persistantes ; Taylor, 2002), des chercheurs de l'approche cognitive-comportementale ont entrepris de nombreux travaux afin d'enrichir ces modèles par l'inclusion de variables cognitives permettant de mieux comprendre la complexité des phénomènes observés dans le TOC. Ces modèles partent du principe que, puisqu'environ 90 % des individus rapportent vivre occasionnellement des pensées intrusives dont le contenu est similaire à ce que l'on

observe dans le TOC (Rachman & De Silva, 1978; Salkovskis & Harrison, 1984), puis que seulement 2 à 3 % des individus développent un TOC (Mayerovitch et al., 2003), l'occurrence des pensées intrusives n'est pas suffisante pour expliquer l'étiologie de ce trouble. Ainsi, ce n'est pas l'occurrence des pensées intrusives, mais plutôt l'interprétation face à ces pensées qui permet d'expliquer pourquoi certains individus les trouvent menaçantes. Des vulnérabilités cognitives prédisposeraient donc certains individus à interpréter de manière plus négative l'occurrence et le contenu des pensées intrusives (Shafran, 2005). En comprenant les mécanismes interprétatifs des individus face aux pensées intrusives, les modèles cognitifs permettent d'expliquer ce qui fait en sorte que ces pensées intrusives deviennent plus persistantes et plus intenses ainsi que les mécanismes qui favorisent l'adoption de compulsions pour tenter de les réguler.

Ces travaux ont ainsi permis d'identifier un nombre particulièrement élevé de mécanismes cognitifs associés aux symptômes du TOC. Notamment, la tendance à ne pas tolérer l'incertitude (Norton, Sexton, Walker, & Norton, 2005), la tendance à s'attribuer un haut niveau de responsabilité (Salkovskis 1985; 1989), le perfectionnisme (Bouchard, Rhéaume, & Ladouceur, 2001), la tendance à chercher à contrôler ses pensées (Purdon & Clark, 1999), la tendance à surestimer les risques (Menzies, Harris, Cumming, & Einstein, 2000), la croyance que la simple occurrence d'une pensée a des implications morales et une influence sur les événements (Sharon, Thordarson, & Rachman, 1996), une attention sélective envers les menaces (Radomsky, Rachman, & Hammond, 2001), ainsi que la tendance à douter de sa mémoire (Van den Houte &

Kindt, 2004; 2009) sont toutes des vulnérabilités cognitives ayant été mises en lien avec le TOC et qui favorisent des interprétations négatives lorsqu'une pensée intrusive survient.

Bien que les modèles de la deuxième vague cognitivo-comportementale aient l'avantage de pallier aux limites du behaviorisme en expliquant les mécanismes sous-jacents à la persistance des symptômes du TOC, le nombre impressionnant de variables cognitives associées au TOC fait en sorte qu'il est difficile de saisir le rôle respectif de chacune d'entre elles. À ce jour, aucune étude n'a permis de créer un modèle du TOC intégrant l'ensemble de ces variables. Loin d'avoir cette ambition, la présente thèse cherche tout de même à aller dans ce sens. Ainsi, certaines variables apparaissent comme étant centrales dans la littérature scientifique sur le TOC et constituent un bon point de départ à l'intégration des différents mécanismes cognitifs.

Intolérance à l'incertitude

Parmi les vulnérabilités cognitives, les recherches actuelles montrent que l'Intolérance à l'Incertain (II) est l'une des variables clés dans la compréhension du TOC. Dugas, Gosselin et Ladouceur (2001, p.552) définissent ce construit comme la « tendance excessive à considérer inacceptable la possibilité, si minime soit-elle, qu'un événement négatif incertain se produise ». Ainsi, un individu ayant une forte II aura tendance à vivre de l'anxiété lorsqu'il se trouve dans des contextes où il y a de l'incertitude face à un événement potentiellement négatif.

Controverse concernant la spécificité de l'II dans le TOC et les autres troubles anxieux. Dans les dernières décennies, le rôle de l'II dans le développement et le maintien du TOC a fait l'objet de controverses en raison de certaines études ayant suggéré que ce construit serait spécifique au Trouble d'anxiété généralisée (TAG). Afin de bien saisir cette controverse, il est pertinent de mieux comprendre l'historique des études portant sur l'II.

Le concept d'II a d'abord été créé dans l'optique de mieux saisir les inquiétudes; symptôme central du TAG. Le développement du premier instrument de mesure de ce construit psychologique a ainsi permis de confirmer que l'II joue un rôle majeur dans ce trouble (Freeston, Rhéaume, Letarte, Dugas, & Ladouceur, 1994). Émergeant de l'étude des inquiétudes, l'II a donc été, dès sa conceptualisation, étroitement liée au (TAG). Dans cet ordre d'idée, certains chercheurs ont tenté de vérifier la spécificité de l'II dans le TAG. Ainsi, les résultats d'études cliniques ont montré que les individus ayant un TAG présentent un niveau plus élevé d'II que les individus ayant un autre trouble. À cet effet, en comparant 17 individus ayant un TAG avec 28 individus ayant un trouble panique avec agoraphobie, Dugas, Marchand et Ladouceur (2005) ont montré que le niveau moyen d'II est significativement plus élevé dans le groupe constitué d'individus ayant un TAG. Dans le même ordre d'idée, Ladouceur et al. (1999) ont comparé le niveau moyen d'II dans quatre groupes : 1- 24 individus ayant un diagnostic de TAG primaire, 2 - 24 individus ayant un TAG secondaire, 3- 38 individus ayant un trouble

anxieux sans diagnostic de TAG et 4 – 20 individus n’ayant aucun diagnostic de trouble de santé mentale. Les résultats de cette étude ont montré que, d’une part, de manière générale, les individus ayant un trouble anxieux présentent un niveau moyen d’II plus élevé que les individus n’ayant pas de troubles de santé mentale. D’autre part, les résultats ont montré que le niveau moyen d’II est plus élevé chez les individus ayant un TAG (qu’il soit primaire ou secondaire) que chez les individus ayant d’autres troubles anxieux. Les auteurs de ces études en ont conclu que l’II est un facteur spécifique au TAG et qu’elle est donc possiblement moins pertinente dans la compréhension et le traitement des autres troubles anxieux.

Néanmoins, plus récemment, certaines études ont montré que l’II ne serait pas spécifique au TAG, mais qu’elle serait plutôt un facteur commun à certains troubles anxieux spécifiques. Par exemple, Halloway, Heimberg et Coles (2006) ont comparé le niveau moyen d’II dans quatre groupes : 1- 156 individus n’ayant aucun diagnostic de santé mentale, 2- 33 individus ayant un diagnostic de TAG, 3- 38 individus ayant un diagnostic de TOC et 4- 38 individus ayant à la fois un diagnostic de TAG et un diagnostic de TOC. Les résultats de leurs analyses ont montré que le niveau moyen d’II des individus ayant un TAG est similaire à celui des individus ayant un TOC. De plus, leurs résultats ont montré que le groupe constitué d’individus ayant à la fois un TOC et un TAG est celui qui présente la moyenne la plus élevée d’II. Quant à eux, afin de tester l’hypothèse de la spécificité d’II comme prédicteur du TAG, Boelen et Reijntjes (2009) ont conduit une régression hiérarchique afin de prédire l’II par les symptômes du TOC,

du TAG, du trouble d'anxiété sociale et de dépression. Leurs résultats obtenus à partir de l'analyse des données provenant de 126 adultes ont montré que le niveau de symptômes du TOC est le prédicteur expliquant le plus de variance dans ce modèle. De leur côté, dans une étude portant sur une population clinique, Steketee, Frost et Cohen, (1998) ont comparé le niveau moyen d'II d'un groupe de 62 individus ayant un TOC, d'un groupe de 45 individus ayant un trouble anxieux autre que le TOC et d'un groupe de 34 individus n'ayant aucun trouble de santé mentale. Leurs résultats ont révélé que les individus ayant un TOC rapportent vivre davantage d'II que les individus ayant un autre trouble anxieux et que ceux d'un groupe contrôle. Ces études laissent donc croire que l'II est un phénomène qui n'est pas exclusivement spécifique au TAG, mais qu'il est également spécifique au TOC.

Cette inconsistance quant à la spécificité de l'II relativement aux troubles anxieux pourrait s'expliquer par le fait que les auteurs ayant trouvé une spécificité de l'II dans le TAG (p. ex., Dugas et al., 2005; Ladouceur et al., 1999) n'avaient pas inclus de groupe constitué exclusivement d'individus ayant un TOC, mais seulement des groupes mixtes d'individus ayant des troubles anxieux variés. En classant le TOC avec d'autres troubles anxieux moins liés à l'II, cette méthodologie ne permettait donc pas d'observer des liens existants entre l'II et le TOC. À la lumière de ces études, il apparaît que l'II est un construit relativement spécifique à certains troubles anxieux tels que le trouble d'anxiété généralisée et le TOC.

Modèle explicatif du TOC par l'II.

Certains chercheurs ont cherché à expliquer théoriquement l'importance du lien observé dans les études entre l'II et le TOC. Notamment, Grayson (2010) affirme que l'II est au cœur de presque toutes les manifestations du TOC. Selon lui, les individus ayant un TOC ont un besoin intrinsèque et impérieux de certitude et les symptômes du TOC auraient pour fonction de tenter d'atteindre une certitude absolue face à la possibilité qu'un événement négatif se produise (p. ex., vérifier plusieurs fois que le four est bien fermé afin d'être certain à 100 % qu'il n'y aura pas d'incendie). Or, partant du principe que la certitude est inatteignable, la fonction des comportements obsessionnels-compulsifs échoue. Ce modèle est soutenu par plusieurs recherches qui ont montré que le fait de vérifier compulsivement n'apaise pas réellement le sentiment d'incertitude et que paradoxalement, il le renforce (Boschen & Vuksanovic, 2007; van den Hout & Kindt, 2003; 2004). De plus, ce modèle a l'avantage d'expliquer les mécanismes cognitifs par lesquels les obsessions deviennent anxiogènes et par quels processus les compulsions agissent comme renforcement négatif et maintiennent le trouble. Ainsi, au plan cognitif, l'II fait paraître l'incertitude présente dans les pensées intrusives comme étant plus menaçantes et les compulsions peuvent être comprises comme une recherche de certitude qui maintient paradoxalement le trouble.

En plus des études portant sur la spécificité de l'II dans les troubles anxieux cités précédemment, ce modèle bénéficie d'appuis empiriques considérables. Tout d'abord, le lien entre l'II et les symptômes du TOC a été démontré dans plusieurs études.

Notamment, un haut niveau d'II a été associé à un score global plus élevé de symptômes du TOC chez des populations cliniques (Norton et al, 2005; Obsessive-Compulsive Cognition Working Group (OCCWG), 2003; 2005) et non clinique (Dugas, Gosselin, & Ladouceur, 2001) ainsi qu'à une augmentation de l'interférence et de la perte de temps causée par les compulsions (Tolin, Abramowitz, Brigidi, & Foa, 2003). De plus, dans l'étude de Steketee et al. (1998) citée précédemment, le lien entre le niveau de symptômes du TOC et différentes variables cognitives (l'II, la responsabilité excessive, le contrôle et la surestimation des dangers) a été vérifié à l'aide de régressions de type « pas à pas ». Leurs résultats ont montré qu'au-delà de l'humeur, de la sensibilité à l'anxiété et de l'inquiétude, toutes ces variables contribuent à l'explication de la variance des symptômes du TOC. Par ailleurs, des analyses plus approfondies dans lesquelles ces variables cognitives ont été testées indépendamment ont indiqué que l'II est la seule de ces variables cognitives permettant de prédire les symptômes obsessionnels-compulsifs au-delà de l'humeur, de la sensibilité à l'anxiété et des inquiétudes. Pris ensemble, ces considérations théoriques et les études empiriques les soutenant indiquent que l'II est une variable cognitive incontournable dans l'étude du TOC.

Rôle de l'Intolérance à l'incertitude dans les symptômes spécifiques du TOC.

Dans l'optique d'optimiser les interventions thérapeutiques, il est dans la culture de l'approche cognitive-comportementale de chercher à identifier des mécanismes de plus en plus spécifiques permettant d'expliquer des symptômes de plus en plus spécifiques. Ainsi, en plus des études portant sur le lien entre l'II et le TOC, des chercheurs se sont

intéressés au lien entre l'II et des symptômes spécifiques du TOC. Bien qu'il existe plusieurs manières de classer ces symptômes spécifiques, la plupart des chercheurs utilisent une classification en six différents sous-types (Foa, Kozak, Salkovskis, Coles, & Amir, 1998; Foa, et al., 2002). Cette classification inclue: 1. le nettoyage (la peur d'être contaminé et la tendance à nettoyer scrupuleusement), 2. les obsessions (occurrence de pensées intrusives), 3. l'ordre et la symétrie (préoccupation excessive pour que les choses soient ordonnées d'une manière précise), 4. l'accumulation (tendance à accumuler des objets de manière excessive), 5. la vérification (tendance à émettre des comportements de vérification compulsive dans différents contextes) et 6. la neutralisation (p. ex., répéter des chiffres mentalement afin d'annuler une pensée).

Les opinions de ces différents chercheurs quant au lien entre l'II et les symptômes spécifiques sont toutefois mitigées. À ce propos, certains chercheurs émettent l'opinion que l'II n'est liée qu'à la vérification compulsive. Dans une étude portant sur 55 individus ayant un TOC et 14 participants contrôles, Tolin, et al. (2003) ont obtenu des résultats suggérant que l'II serait seulement liée à la vérification et non aux autres symptômes du TOC. En effet, des ANOVAS ont révélé que les individus ayant un TOC sans vérification et les individus d'un groupe contrôle présentent le même niveau d'II, alors qu'en comparaison, les "vérificateurs compulsifs" présentent un niveau plus élevé d'II. De plus, une régression de type « pas à pas » a révélé qu'aucun symptôme du TOC ne permet de prédire l'II au-delà de la vérification compulsive. Ils ont ainsi conclu que les autres symptômes du TOC (p. ex., les obsessions et l'ordre), seraient peu liés à l'II.

Néanmoins, cette étude comporte certaines limites. Notamment, les sous-types de symptômes ont été mesurés avec l'échelle Y-BOCS (Goodman et al., 1989a; 1989b), laquelle ne comporte aucune mesure continue des sous-types. Tolin et al. (2003) ont donc simplement utilisé la « présence » de vérification pour classer les participants dans la catégorie "vérificateur", ce qui ne reflète pas nécessairement le symptôme principal et constitue donc une source de biais dans les ANOVAs. Cette explication est soutenue par le fait que 78,2 % de leur échantillon clinique avait des symptômes de vérification. De plus, dans leur régression de type « pas à pas », il est possible que le fait d'avoir entré la vérification à la première étape les ait empêchés d'observer des liens réels entre l'II et d'autres sous-types de symptômes en contrôlant arbitrairement pour ce symptôme. En somme, bien que ces résultats indiquent que la présence de vérification est fréquente et fortement associée à l'II, ils ne permettent pas de statuer sur la qualité du lien entre l'II et les autres sous-types de symptômes.

À l'inverse, certains chercheurs en sont venus à la conclusion que l'II est associée à tous les types de symptômes du TOC. Dans une étude portant sur 560 étudiants universitaires, Holaway et al. (2006) ont utilisé une mesure quantitative des symptômes du TOC pour mesurer le niveau de symptômes pour chaque sous-type. Leurs résultats ont montré que tous les sous-types de symptômes nommés précédemment sont liés à l'II. Ils rapportent également que la catégorie de symptômes « doute et vérification » est la dimension du TOC la plus liée à l'II, ce qui est cohérent avec les résultats de Tolin et al. (2003). Néanmoins, une limite de cette étude est qu'elle ne comporte aucune autre

variable cognitive, ce qui empêche d'évaluer les liens réels entre l'II et les symptômes du TOC à la lumière de covariables cognitives pertinentes. Afin de pallier à cette limite, Baillargeon, Morin, Routhier, Hébert et Gosselin (2008) ont étudié l'II et les sous-types de symptômes du TOC en incluant d'autres variables cognitives pertinentes dans des analyses de régressions hiérarchiques (p. ex., la responsabilité excessive). Ils ont observé que l'II est un prédicteur important des symptômes de vérification, de préoccupation pour l'ordre et la symétrie et d'obsessions. À l'inverse, ils n'ont pas trouvé de lien entre l'II et les autres symptômes nommés précédemment. Ces résultats permettent donc de clarifier les inconstances observées dans les études précédentes.

En somme, malgré les contradictions portant sur le lien entre l'II et différents sous-symptômes du TOC, il semble que son lien avec l'occurrence d'obsession et la préoccupation pour l'ordre et la symétrie soit bien démontré, puis que son lien avec la vérification compulsive fasse consensus.

Responsabilité excessive

Une autre variable ayant été mise en lien avec les symptômes du TOC est la responsabilité excessive (RE). Rhéaume, Ladouceur, Freeston et Letarte (1994), ainsi que Salkovskis, Rachman, Ladouceur et Freeston (1996) définissent ce construit comme étant la « croyance d'avoir un pouvoir crucial dans la cause ou la prévention des événements négatifs importants ». Les fondements théoriques soutenant l'importance de la RE dans le TOC proviennent principalement des travaux de Salkovskis (1985; 1989)

qui attribuent à cette variable un rôle central. Selon ce dernier, l'occurrence d'une pensée intrusive n'aurait aucun impact émotif en elle-même. Ce serait plutôt des pensées automatiques occasionnées par un schéma de RE qui susciteraient l'anxiété associée aux pensées intrusives. Ainsi, en présence d'une pensée intrusive, l'individu ayant un haut niveau de RE aurait tendance à croire que, si les choses tournent mal, cela sera de sa faute. Selon Salkovskis, ce serait cette interprétation erronée qui susciterait le sentiment de honte et de culpabilité ainsi que la crainte de blâme et de punition caractéristiques du TOC. Enfin, ces différentes craintes motiveraient l'individu ayant un sens élevé de responsabilité à accomplir des compulsions dans l'optique d'assumer cette responsabilité imaginée quant à la prévention de l'événement redouté.

Au plan empirique, plusieurs recherches ont appuyé ce modèle. À ce propos, les résultats de Foa, Sacks, Tolin, Prezworski et Amir (2002) ont montré qu'en situation de danger où ils ont peu de responsabilité objective, comparativement aux individus d'un groupe contrôle, les individus ayant des symptômes de vérification s'attribuent davantage de responsabilités, ressentent une plus grande pression à rectifier la situation et ressentent un plus grand soulagement lorsque la situation est rectifiée. De plus, certaines études menées par questionnaire ont révélé des corrélations qui lient la RE avec les symptômes du TOC (Rhéaume, Ladouceur, & Freeston, 2000; Salkovskis et al., 2000; Wilson & Chambless, 1999) ainsi qu'avec les symptômes spécifiques de vérification compulsive (Foa, Amir, Bogert, Molnar, & Prezworski, 2001). Puis, certains chercheurs ont tenté de valider ce modèle en manipulant le niveau de responsabilité des

participants. Par exemple, dans une étude portant sur un groupe d'individus ayant un diagnostic de TOC et un groupe contrôle, Arntz, Voncken et Goosen (2007) ont fait varier le niveau de responsabilité d'un scénario. Leurs résultats ont montré que les individus ayant un TOC émettent davantage de comportements de vérifications lorsqu'ils sont dans une condition de « responsabilité élevée », ce qui les a amenés à conclure qu'il y a un rôle causal de la RE sur les symptômes de vérification. Lopatka et Rachman (1995) ont également montré que le fait de placer des individus ayant des symptômes du TOC dans une condition de responsabilité élevée augmente la pression qu'ils ressentent à vérifier. L'ensemble de ces études suggère donc que la RE est une variable particulièrement importante dans l'explication des symptômes du TOC.

Liens entre la responsabilité excessive et les symptômes spécifiques du TOC. La plupart des études portant sur la RE qui sont citées précédemment ont principalement mis l'emphase soit sur le niveau général de symptômes du TOC, soit sur des symptômes spécifiques de vérification. Certains chercheurs en sont donc venus à se demander si la RE serait un facteur spécifique aux symptômes de vérification. Dans une étude menée auprès de 71 participants dont 49 ayant un diagnostic de TOC, Foa et al., (2002) ont montré qu'alors que le niveau de RE est plus élevé chez les individus ayant un TOC de vérification, le niveau de RE n'est pas plus élevé chez les individus ayant un TOC sans vérification que chez les individus d'un groupe contrôle. Ces auteurs, en ont donc conclu que la RE serait un facteur spécifique à la vérification. À l'inverse, dans une étude similaire menée auprès de 111 participants, dont 42 individus ayant un TOC, Coughle,

Lee et Salkovskis (2007) ont obtenu des résultats moins clairs. Alors que l'une de leurs mesures suggérait que la RE est spécifiquement plus élevée chez les "vérificateurs", leurs deux autres mesures montraient que, bien qu'il soit plus élevé que chez le groupe contrôle, le niveau de RE est similaire chez les vérificateurs et les individus ayant un TOC sans vérification. L'inconstance de ces observations pourrait s'expliquer par un biais méthodologique. En effet, bien que les auteurs de ces études aient eu la rigueur de séparer les individus ayant un TOC en "vérificateurs" et en "non-vérificateurs", les non-vérificateurs constituent un groupe hétérogène. En effet, il est possible qu'outre la vérification, certains symptômes du TOC soient liés à la RE alors que d'autres le soient moins. Dans cette optique, il est possible que la fluctuation du niveau de RE dans le groupe du TOC sans vérification soit attribuable, en partie, à sa composition hétérogène qui, en l'absence de contrôle, peut fluctuer d'une étude à l'autre. Outre la vérification compulsive, les connaissances sur le lien entre la RE et les sous-types de symptômes du TOC sont donc peu élaborées. Dans cet ordre d'idée, une étude de Fritzier, Hecker et Fawzy (2008) a permis d'avoir des données plus précises quant au symptôme spécifique de l'occurrence des obsessions. Ces chercheurs ont montré que chez les individus ayant un TOC, le fait de les placer dans une condition de responsabilité est associé à une augmentation de l'occurrence des pensées intrusives. Néanmoins, il est important de souligner que cette étude n'a inclus aucune mesure de la responsabilité excessive, ce qui ne permet pas d'observer un lien direct. Ainsi, il est possible que le lien entre la condition de responsabilité et l'occurrence des obsessions observée dans cette étude soit attribuable à d'autres facteurs que le sentiment de RE. Cette même critique des études de

manipulation des conditions a d'ailleurs été formulée de manière plus générale par Menzies et al. (2000) qui remettent en question la validité des études manipulant le niveau de responsabilité. Dans une de leurs études, le lien qu'ils ont observé entre la manipulation de la responsabilité et une autre variable (la perception de danger) les a amenés à conclure qu'il est difficile de manipuler la responsabilité sans manipuler incidemment d'autres variables. Dans cet ordre d'idée, il serait possible de penser que les symptômes du TOC générés par les conditions de « responsabilité élevée » soient aussi attribuables à d'autres variables. À la lumière de ces études, il semble que les liens entre la RE et les symptômes spécifiques du TOC soient mitigés. Alors qu'il semble y avoir un consensus à l'effet que la RE est fortement liée à vérification compulsive, ses liens avec les autres symptômes spécifiques du TOC demeurent à explorer.

Liens entre l'II et la RE

Les considérations théoriques et empiriques évoquées jusqu'à maintenant suggèrent que l'II et la RE sont des variables incontournables dans la compréhension des symptômes du TOC. Alors que la plupart des modèles cognitifs du TOC abordent ces deux variables comme des mécanismes parallèles, certaines considérations théoriques laissent croire qu'elles pourraient être intégrées dans un modèle séquentiel. Dans sa théorie sur la vérification compulsive, bien que Rachman (2002) reprenne les concepts clés de Salkovskis (1985; 1989) et fasse de la RE le cœur de son modèle, les explications de sa théorie laissent croire que l'II joue un rôle central dans le lien entre la responsabilité et les compulsions. Il écrit ainsi que « La vérification compulsive survient

lorsque les personnes qui croient avoir un sens élevé de responsabilité pour prévenir les dangers se sentent incertaines qu'une menace perçue a été suffisamment réduite ou éliminée ». (p. 629).

Il ajoute que la certitude étant souvent inatteignable, les compulsions sont répétées indéfiniment dans la recherche impossible d'une certitude de sécurité (Rachamn, 2002). Cette explication est soutenue empiriquement par une étude de Hinds, Woody, Schmidt, Van Ameringen et Szechtman (2015) qui ont testé un modèle explicatif de la vérification compulsive stipulant que ce type de symptômes a pour fonction de diminuer l'insécurité face à la possibilité d'être responsable d'avoir commis une erreur. Leur étude expérimentale menée auprès de 15 individus ayant un TOC ainsi que 8 individus issus d'un groupe contrôle consistait à placer ces derniers dans une simulation où ils avaient la responsabilité d'effectuer une tâche pour laquelle des erreurs pourraient avoir des conséquences dommageables sur la santé d'autrui. Dans l'une des conditions, il était permis aux participants de vérifier leurs tâches afin de s'assurer qu'ils n'avaient pas commis d'erreurs. Leurs résultats ont montré que lorsqu'ils ne pouvaient pas accomplir leurs compulsions, les individus ayant un TOC avaient un niveau d'inconfort ainsi qu'un niveau d'incertitude plus fort que le groupe contrôle. À l'inverse, lorsqu'ils pouvaient accomplir leurs compulsions, leur niveau d'incertitude et d'inconfort diminuait momentanément à un niveau similaire au groupe contrôle. Ceci a amené les auteurs de cette recherche à conclure que les compulsions auraient pour fonction de rechercher un sentiment de sécurité face à l'incertitude d'être responsable d'un événement négatif.

L'idée selon laquelle la responsabilité excessive stimule l'occurrence des symptômes du TOC et que celle-ci est elle-même stimulée par une recherche de certitude est cohérente avec le fait que c'est l'incertitude face à un événement qui ouvre la possibilité d'une responsabilité. En effet, lorsqu'un événement est certain, il n'y a aucune possibilité d'agir dessus, donc aucune responsabilité possible. À l'inverse, lorsqu'il y a une incertitude, ceci ouvre sur deux possibilités. D'une part, une personne peut décider de tolérer l'incertitude. Dans cette option, la tolérance face à l'incertitude permet à la personne d'assumer sa juste part de responsabilité et de remettre à l'extérieur la responsabilité qui ne lui appartient pas. Il en résulte ainsi un sentiment de déresponsabilisation et d'apaisement. D'autre part, une personne peut considérer qu'il est inacceptable de tolérer l'incertitude. Dans cette option, l'individu cherche à lutter contre l'incertitude en s'appropriant la part de responsabilité qui appartient à autrui ou au hasard. Il en résulte donc un sentiment d'imputabilité qui renforce la dynamique obsessionnelle-compulsive. Ainsi, ces considérations théoriques laissent entendre qu'en plus de son impact direct sur les symptômes du TOC, l'II favoriserait la manifestation des symptômes du TOC par l'intermédiaire d'une augmentation de la RE.

Justifications de l'II comme variable indépendante dans un modèle de médiation. La conception des modèles de médiation nécessite que l'ordre des variables soit théoriquement et (ou) empiriquement supporté (Frazier, Tix, & Barron, 2004; Preacher & Hayes, 2008). Jusqu'à maintenant, malgré le fait que les recherches portant

sur le TOC aient montré de fortes corrélations positives (variant de $r = 0,57$ à $r = 0,73$) entre l'II et la RE (OCCWG 2003; 2005), peu de chercheurs se sont avancées à inclure l'II et la RE dans la conception d'un tel modèle pour le TOC. Parmi ceux-ci, Lind et Boschen (2009) ont testé un modèle de médiation dans lequel ils ont montré que le lien entre la RE et les symptômes de vérification est totalement médié par l'II. Ces résultats les ont amenés à conclure que la RE ferait apparaître l'incertitude comme étant plus menaçante, favorisant ainsi augmentation de l'II; laquelle favoriserait, à son tour, des comportements de vérification pour contrer les menaces possibles. Bien que cela soit logiquement plausible, les auteurs de cette recherche ont amené peu de justifications quant à l'ordre des variables incluses dans leur modèle. De plus, dans une étude cherchant à vérifier ce modèle auprès d'une population d'enfants et d'adolescents, Farrell, Waters, Boschen et Milliner (2011) n'ont trouvé aucun lien significatif permettant de soutenir leur hypothèse. À l'inverse, les éléments théoriques précédemment abordés concernant le lien entre l'II et la RE soutiennent que c'est plutôt l'II qui serait une variable indépendante et la RE une variable médiatrice.

À cet effet, certaines données empiriques soutiennent cette hypothèse. Dans cet ordre d'idée, Borkovec et Newman (1998) ainsi que Zlomke et Young (2009) amènent l'idée que l'II se développe très tôt dans l'enfance et demeure relativement constante chez un individu. Cette constance a été soutenue par les résultats de certains chercheurs qui ont montré que les mesures de l'II présentent une fidélité test-retest dont les corrélations varient de 0,74 (Buhr & Dugas 2002) à 0,77 (OCCWG, 2003) sur une période de 5 à 12

semaines respectivement. Bien que ces études ne le démontrent pas hors de tout doute, il est donc logique de croire que l'II se développe plus tôt que d'autres variables cognitives telles que la RE. De plus, Gwilliam, Wells, et Cartwright-Hatton (2004) ainsi que Solem, Myers, Fisher, Vogel, et Wells (2010) ont critiqué les modèles cognitifs du TOC en proposant que des variables telles que la RE et l'II seraient des effets secondaires de certaines variables « métacognitives » (la fusion des pensées, les croyances relatives aux rituels et les signaux qu'une personne utilise pour déterminer l'arrêt d'un rituel). Or, en cherchant à tester leur modèle auprès 326 participants, dont 57 individus ayant un TOC, Solem et al. (2010) ont conduit des régressions hiérarchiques en incluant l'ensemble de ces variables. Les résultats de leur étude ont montré qu'alors que la RE ne prédit pas significativement les symptômes du TOC lorsque les autres variables sont incluses dans le modèle, l'II demeure un facteur indépendant.

Ainsi, étant donné les arguments théoriques précédemment évoqués et les données empiriques soutenant la précocité de son développement, sa stabilité temporelle et la robustesse de l'indépendance de son lien avec le TOC, il appert justifié de considérer l'II en tant que facteur indépendant dans le cadre d'un modèle de médiation.

Développement de la troisième vague de thérapies cognitives-comportementales.

Les dernières années ont été caractérisées par le développement de la troisième vague de thérapies cognitive comportementale, laquelle conceptualise différemment le rôle des cognitions dans le développement et le maintien des troubles. Ce nouveau paradigme est

caractérisé par certains principes de base distincts de la deuxième vague. Notamment les chercheurs œuvrant dans ce paradigme ont tendance à se désintéresser du contenu des cognitions spécifiques pour s'intéresser plutôt au rapport qu'un individu entretient avec celles-ci ainsi qu'avec l'ensemble de son expérience vécue. Cette troisième vague a ainsi permis la popularisation d'un concept étroitement lié à ce type de rapport à l'expérience ; celui de pleine conscience (PC).

Définition de la Pleine Conscience

La PC se définit comme le fait de : « faire attention d'une manière particulière : délibérément, au moment présent et sans jugement » (Kabat-Zin, 1994, p.24). Ce concept ayant récemment acquis une grande popularité et ayant de multiples définitions, il est important de distinguer différentes notions se rapportant à la PC.

La première distinction relative à ce concept est liée au processus de la PC. En effet, dans la littérature portant sur le sujet, il est important de distinguer les exercices de PC, l'état de PC et le trait de PC. Tout d'abord, « l'exercice » de la PC est une forme de méditation qui puise ses origines dans la tradition du bouddhisme zen (Suzuki, 2003) et qui peut se pratiquer d'une multitude de manières (André, 2011; Williams, Teasdale, Segal, & Kabat-Zinn, 2010). Généralement, la méditation PC inclue des exercices visant à porter son attention sur l'expérience du moment présent (p. ex., sensations, pensées et respiration) tout en adoptant une attitude de suspension du jugement. De plus, « l'état » de PC est un état de conscience qui peut être favorisé par la pratique de la méditation,

mais qui peut également émerger d'une multitude de contextes. Il s'agit donc d'un état d'esprit relativement impermanent qui est induit par un exercice ou par une situation propice. Enfin, la PC est également un « trait » qui se traduit par une tendance stable de l'individu (Brown & Ryan, 2003) à porter son attention sur le moment présent et à avoir une attitude d'ouverture et d'acceptation face à son expérience (Baer, Smith, Hopkins, Krietmeyer, & Toney, 2006).

La seconde distinction relative au concept de PC est relative à ses dimensions. Cette distinction a été approfondie par Bishop et al. (2004) qui divisent la PC en deux dimensions : 1) la régulation de l'attention vers l'expérience immédiate et 2) une attitude d'ouverture et d'acceptation. Ainsi, la première dimension met l'accent sur une composante attentionnelle et s'oppose à la tendance à chercher à prévoir le futur ou à ruminer le passé. La seconde, quant à elle, est plutôt relative à une attitude qui s'oppose à l'évitement, à la fuite et aux tentatives de censurer certains éléments de son vécu intérieur. Sans s'opposer à cette division en deux dimensions, Baer et al. (2006, 2008) ont précisé cinq facettes de la PC. 1) L'observation : porter attention à son expérience interne et externe (sensations, pensées, émotions), 2) la description : Utiliser des mots afin de décrire son expérience, 3) l'attention : Porter son attention sur l'expérience du moment présent, 4) la non-réactivité à l'expérience interne : Laisser les pensées et les émotions venir et partir sans se laisser emporter par elles et 5) Le non-jugement de l'expérience interne : Adopter une attitude non évaluative face à ses pensées et ses

émotions. Bien que ces cinq dimensions se rapportent toutes au même construit, la distinction entre chacune d'entre elles permet de mieux cerner les mécanismes de la PC.

Liens entre le TOC et la PC

Au plan théorique, les auteurs de la troisième vague de l'approche cognitive-comportementale expliquent les symptômes de la majorité des troubles psychologiques à l'aide du concept d'évitement expérientiel. Ce concept se définit comme étant la tendance à refuser de rester en contact ou d'expérimenter des événements désagréables en essayant de les éviter ou de les fuir (Hayes, & Feldman, 2004; Wetterneck, Steinberg, & Hart, 2014). Ce concept est donc diamétralement opposé à celui de la PC. Hayes, Strosahl et Wilson (2012) considèrent que la PC permet la défusion cognitive, attitude qui consiste à observer le contenu de ses pensées sans s'identifier à celles-ci. Selon eux, puisque dans la défusion, l'individu reste dans une position d'observation, cette attitude implique une mise à distance cognitive distincte de l'évitement expérientiel. Dans cet ordre d'idée, selon Shapiro, Carlson, Astin et Freedman, (2006) en favorisant l'observation de l'expérience, la PC et la défusion qui en résulte permettraient l'autorégulation, la flexibilité cognitive, émotionnelle et comportementale ainsi que la capacité de s'exposer.

Bien que ce concept soit considéré par la troisième vague comme un facteur commun aux différents troubles psychologiques, certains auteurs précisent le lien entre l'évitement expérientiel et le TOC. Reprenant une explication proche de celle des

behavioristes, Patel, Carmody et Simpson (2007) avancent que lorsqu'un individu ayant un TOC expérimente de l'anxiété liée à un doute, une pensée intrusive ou un inconfort, il a tendance à se mobiliser pour lutter contre cette expérience à l'aide des compulsions. Dans cet ordre d'idée, les compulsions seraient la manière spécifique par laquelle les individus ayant un TOC effectuent l'évitement expérientiel. Dans ce modèle, la méditation PC est considérée comme une stratégie ayant pour but d'augmenter le trait de PC et, par le fait même, de diminuer l'évitement expérientiel (et par le fait même, les compulsions) des individus.

Dans le même ordre d'idée, dans leur modèle du TOC incluant la PC, Hannan et Tolin (2005) expliquent que ce serait l'attitude d'ouverture et d'acceptation incluse dans la PC qui permet aux individus de tolérer les désagréments qui accompagnent l'occurrence des obsessions. L'acceptation se substituerait donc à l'évitement expérientiel et donc, aux compulsions. Ceci mettrait ainsi un terme au cercle vicieux des symptômes de deux manières. Premièrement, l'acceptation constitue une forme d'exposition et favorise donc le processus d'habituation à l'anxiété (Baer, 2003). Deuxièmement, en se substituant à l'évitement expérientiel, l'acceptation élimine la dynamique de renforcement négatif que constitue le soulagement associé aux rituels et autres comportements obsessionnels-compulsifs.

En plus des considérations théoriques appuyant le lien entre la dimension attitude de la PC et les symptômes du TOC, Shapiro et al. (2006) amène l'idée que l'attention joue

également un rôle crucial dans la santé mentale. Il considère que l'orientation de l'attention vers le moment présent permet de réguler les processus attentionnels et que cette régulation permet une forme d'inhibition des processus d'interprétation secondaires, lesquels renforcent habituellement l'inconfort occasionné par les obsessions (Clark, 2014). Bien qu'à notre connaissance, aucune étude empirique n'ait directement associé la dimension attentionnelle de la PC avec le TOC, ce lien est soutenu par trois études empiriques ayant inclus l'attention comme variable. Premièrement, dans une étude par observation "in vivo" effectuée auprès de 7 individus ayant un TOC, Zor, Hermesh, Szechtman et Eilam (2009) ont méticuleusement observé les gestes ritualisés d'individus ayant un TOC afin de les comparer à ceux d'un individu n'ayant aucun diagnostic de santé mentale. Afin d'analyser les comportements, ils ont décrit trois niveaux de complexité des comportements: 1) les gestes simples (p. ex., prendre son soulier avec sa main) 2) les épisodes comportementaux (p. ex., mettre sa chaussure) et 3) les scripts (p. ex., s'habiller afin d'aller au restaurant). Leurs résultats ont montré que chez les individus ayant un TOC, le nombre de comportements simples est beaucoup plus élevé que chez les individus du groupe contrôle. Ils en ont conclu que dans le TOC, il y aurait un biais attentionnel envers les détails qui seraient surinvestis, ce qui aurait pour effet de saturer la mémoire de travail et ainsi, d'interférer avec la capacité à se créer une représentation ordonnée et organisée de la situation. Les auteurs vont jusqu'à utiliser le terme de chaos psychique afin de qualifier l'état mental dans lequel se retrouvent les individus accomplissant leurs rituels. Cette description du rapport au réel est tout à fait à l'opposé de l'état attentionnel caractéristique de la PC qui est principalement un état de lucidité face au moment présent. Deuxièmement, dans une étude expérimentale portant sur 11

individus ayant un TOC, Radomsky et al. (2001) ont montré qu'en contexte de possibilité d'erreur, les participants présentent une excellente capacité mnésique, mais que leur niveau de confiance quant à leur mémoire est très faible. De plus, ils ont montré que la qualité de la mémoire est nettement supérieure pour les informations associées aux risques que pour les informations qui ne le sont pas. Ils ont donc suggéré l'hypothèse que, chez les individus ayant un TOC, l'attention est principalement portée sur les informations reliées aux risques, ce qui sature les ressources attentionnelles et les prive ainsi d'informations contextuelles. Par la suite, en l'absence de ces informations contextuelles, la confiance que ces individus ont sur leur mémoire est altérée, ce qui renforce le doute obsessionnel. Troisièmement, dans une étude portant sur 77 étudiants universitaires, Lapointe et al. (2003) ont également montré que, de manière générale, l'anxiété est associée à un biais attentionnel ainsi qu'à une altération de la mémoire à court terme.

Les résultats de ces trois études suggèrent donc que dans le TOC, une orientation de l'attention sur les détails ainsi que sur les risques, plutôt que sur une expérience complète du moment présent suscite un appauvrissement de la qualité de la représentation qui se répercute sur la confiance en ses propres capacités mnésiques. À cet effet, van den Houte et Kindt (2004) avancent que le doute concernant sa propre mémoire est l'un des facteurs qui motivent les compulsions. Cette explication permet donc de mieux comprendre certains mécanismes par lesquels les doutes et les incertitudes constituent

une caractéristique fondamentale du TOC et permet de clarifier le rôle de la dimension "attentionnelle" de la PC dans le TOC.

En plus des éléments théoriques et empiriques soutenant la pertinence des dimensions de la PC dans le TOC, le modèle de la PC bénéficie d'appuis empiriques considérables provenant d'études de traitement. En effet, de nombreuses études cliniques ont montré que l'utilisation de stratégies de PC avait un effet significatif sur la diminution des symptômes obsessionnels-compulsifs chez les individus ayant un TOC (Patel et al., 2007; Wilkinsin-Tough, Bocci, Thorne, & Herlihy, 2009) ainsi que chez les individus ayant des symptômes de ce trouble (Hanstede, Gidron, & Nyklicek, 2008).

En somme, les théoriques récentes incluant la PC pour expliquer le TOC ainsi que les études qui viennent d'être présentées suggèrent que la PC est une autre variable clé dans l'explication du développement et du maintien de ce trouble.

Lien entre la PC et les symptômes spécifiques du TOC

Tout comme pour l'II et la RE, certains chercheurs se sont intéressés au lien entre l'évitement expérientiel et des symptômes spécifiques du TOC. Dans une étude menée auprès de 83 individus ayant un TOC, Wetterneck et al. (2014) ont mesuré l'intensité de différents symptômes spécifiques du TOC ainsi que le niveau d'évitement expérientiel. Alors que leurs analyses n'ont montré aucun lien entre l'évitement expérientiel et les symptômes de vérification, d'accumulation et de contamination, ils ont révélé des résultats mitigés pour les symptômes d'ordre et de symétrie ainsi qu'un lien clair avec

l'occurrence des obsessions. Ces résultats laissent donc croire que l'évitement expérientiel, tel que conceptualisé par la troisième vague de l'approche cognitive-comportementale, n'affecte pas tous les symptômes du TOC de la même manière. Néanmoins, concernant la pleine-conscience, la rareté des études tenant compte des symptômes spécifiques du TOC et le fait que, à notre connaissance, aucune étude ne s'est intéressée directement au lien entre la PC et ces symptômes spécifiques font en sorte que l'état des connaissances sur ce point est encore peu développé.

Lien entre les dimensions de la PC et les symptômes du TOC

Bien que les études précédemment citées témoignent du lien entre la PC et le TOC, à notre connaissance, aucune étude ne s'est intéressée au lien entre les cinq dimensions de la PC décrites par Baer et al., (2006) et les symptômes du TOC. En effet, tenant pour acquis que la PC est un phénomène transdiagnostique, les études portant sur les dimensions de la PC se sont principalement intéressées à leurs liens avec des mesures de symptômes psychologiques généraux. Dans cette optique, Baer et al., (2008) ont montré que, d'une part, chez les participants ayant de l'expérience de méditation, toutes les dimensions de la PC sont négativement corrélées aux symptômes psychologiques. D'autre part, ils ont montré que chez les participants ne pratiquant pas la méditation, toutes les dimensions sont négativement corrélées avec ces symptômes, à l'exception de la dimension « observer ». De plus, dans un échantillon plus spécifique d'étudiants n'ayant pas d'expérience de méditation, la dimension observer est positivement corrélée aux symptômes psychologiques. Ces résultats pourraient s'expliquer par le fait que les

individus qui pratiquent la méditation attribuent un sens différent aux items de la sous-échelle observation, comparativement aux individus qui ne la pratiquent pas (Williams, Dalgeish, Anke, & Kuyken, 2014). Plus spécifiquement, pour les individus ayant de l'expérience de méditation, il est possible que les items de l'échelle observation évoque une forme de contemplation de l'expérience, alors que pour les individus n'en ayant pas, ces mêmes items évoquent plutôt une sorte d'hypervigilance.

Limites d'une conception transdiagnostique de la PC

Tel que mentionné dans les sections précédentes, les études menées sur le TOC et la PC présentent certaines limites. D'une part, elles ont surtout été réalisées en mesurant les symptômes avant et après l'application de techniques de méditation. Bien qu'elles aient démontré l'efficacité de ces techniques, Shapiro et al. (2006) critiquent le fait que les connaissances demeurent limitées quant à la manière dont la PC influence les symptômes du TOC. D'autre part, la rareté des observations empiriques relatives aux symptômes spécifiques du TOC constitue un obstacle à la conceptualisation de ces explications. L'objet de ces deux critiques pourrait s'expliquer par le fait que les concepteurs de modèles basés sur la PC (p. ex., Baer, 2003; Hannan & Tolin, 2005; Shapiro et al., 2006) considèrent la PC comme une variable commune à tous les troubles et qu'ils ne cherchent donc pas à étudier ses influences spécifiques.

Cette attitude des chercheurs est cohérente avec le paradigme de la troisième vague qui préconise une approche "transdiagnostique" de la santé mentale. Selon cette

approche, il est préférable de cibler des facteurs étiologiques et thérapeutiques communs aux différents troubles plutôt que des facteurs spécifiques en fonction des diagnostics (Mansell, Harvey, Watkins, & Shafran, 2009). Ceci contraste fortement avec la deuxième vague de thérapies cognitives comportementales dont la tradition est de cibler des facteurs de plus en plus spécifiques à des symptômes de plus en plus spécifiques afin de raffiner et d'optimiser la compréhension et l'intervention clinique. Toutefois, bien que l'approche transdiagnostique soit une perspective innovatrice et légitime, l'exploration des facteurs communs aux troubles ne devrait pas s'opposer à une démarche visant à préciser les mécanismes spécifiques au TOC.

Intégration de la deuxième et de la troisième vague

Dans l'optique d'intégrer la PC en tant que phénomène transdiagnostique et des variables plus spécifiques au TOC, la présente recherche part de l'hypothèse que l'II est liée à la PC d'une manière similaire à son lien avec la RE ; c'est-à-dire que le fait de ne pas tolérer l'incertitude serait associé à une diminution de la tendance à la PC, ce qui, à son tour serait associé à une augmentation de la tendance à présenter des symptômes du TOC. Bien qu'à notre connaissance, aucune étude portant sur le TOC n'ait été conduite pour tester cette hypothèse, celle-ci est soutenue par une étude de Lee, Orsillo, Roemer et Allen (2010) qui ont montré que chez les individus ayant un TAG, l'évitement expérientiel (construit opposé à la PC) est lié à l'II. De plus, certains éléments théoriques et empiriques permettent de préciser la manière dont l'II est liée aux deux dimensions de la PC décrites par Bishop et al. (2004).

Concernant "l'attention au moment présent", l'II est considérée comme une variable clé dans la tendance à appréhender le futur (Dugas, Freeston, & Ladouceur, 1997) et à ruminer le passé (Liao & Wei, 2011; Yook, Kim, Suh, & Lee, 2010); favorisant ainsi l'orientation de l'attention vers le futur et le passé plutôt que vers le moment présent. Il est donc possible de croire qu'en écartant l'attention loin du moment présent, la tendance à ne pas tolérer l'incertitude diminue le niveau de PC ce qui, à son tour, augmente la propension à vivre des symptômes du TOC. Cette idée est cohérente avec les études de Radomski et al. (2001) et de Zor et al. (2009) qui ont montré que l'altération de l'attention dans le TOC suscite des incertitudes et avec les considérations théoriques de van den Hout et Kindt (2004) qui soutiennent que ces doutes et incertitudes contribuent au déploiement des compulsions.

Concernant "l'attitude d'ouverture et d'acceptation", l'II est un construit qui, par sa définition, reflète une attitude de « non-acceptation ». Dans cet ordre d'idée, Berenbaum, Bredemeier et Thompson (2008) ont montré que l'II est négativement liée à l'ouverture à l'expérience telle que mesurée par le Big-Five (International Personality Item Pool, 2001). Il est donc raisonnable de croire que, dans un premier temps, l'II diminue la composante "acceptation" de la PC face aux incertitudes et que, dans un deuxième temps, cette non-acceptation de l'incertitude ait pour effet de stimuler la fonction d'évitement expérientiel qu'ont les compulsions. Cette hypothèse a été testée dans une étude de Drouin (2014) qui a montré que la composante acceptation de la PC a un effet

médiateur dans le lien entre l'II et les symptômes du TAG. Il est donc tout à fait probable qu'il en soit de même pour les symptômes du TOC.

En somme, il est possible de croire que l'II influence négativement les processus attentionnels et attitudinaux de la PC, lesquels auraient ensuite un impact sur la diminution des symptômes du TOC.

Objectif et hypothèses

À la lumière des éléments théoriques et empiriques présentés précédemment, il appert que l'II, la RE et la PC soient des variables incontournables dans l'explication des symptômes du TOC. De plus, il apparaît que l'II pourrait avoir un rôle clé dans la prédiction de ces symptômes, et ce, notamment par l'intermédiaire de ces deux autres mécanismes cognitifs. L'objectif de la présente étude est donc de tester ce modèle intégratif à l'aide de données empiriques. Dans l'optique de tester ce modèle, la présente recherche formule trois hypothèses principales.

Premièrement, afin de confirmer les liens entre les variables décrites précédemment, la première hypothèse de cette recherche est que l'II, la RE, la PC et les symptômes du TOC seront liés. Plus précisément, l'hypothèse soutient que l'II sera positivement liée à la RE ainsi qu'aux symptômes du TOC, puis qu'elle sera négativement liée à la PC. De plus, elle précise que la RE sera négativement liée à la PC et positivement liée aux symptômes du TOC. Enfin, elle précise que la PC sera négativement liée aux symptômes

du TOC. De plus, afin d'enrichir la compréhension des symptômes spécifiques du TOC, ces liens seront également observés pour les symptômes spécifiques du TOC dont la littérature scientifique a montré un lien clair ou ambigu avec l'II; c'est à dire: 1) la vérification compulsive, 2) l'occurrence des obsessions et 3) les préoccupations pour l'ordre et la symétrie. Enfin, afin d'enrichir la compréhension de la PC, quatre des sous-dimensions de la PC décrites précédemment seront prises en compte dans les analyses : 1, la description 2, l'attention 3, le non-jugement et 4, la non-réactivité.

Deuxièmement, afin de vérifier s'il est vrai que l'II, la RE et la PC sont des variables centrales dans l'explication des symptômes du TOC, la deuxième hypothèse de cette étude stipule que l'II, la RE et la PC apporteront toutes une contribution unique à la prédiction des symptômes du TOC.

Troisièmement, afin de vérifier si l'II influence les symptômes du TOC en modifiant le niveau de RE et en influençant le niveau de PC des individus, la troisième hypothèse de cette étude stipule que l'II a un effet indirect sur les symptômes du TOC par l'intermédiaire de la RE et de la PC.

Méthode

La présente section fait état de la procédure utilisée pour réaliser cette étude. Elle inclut des informations sur le déroulement, les participants, les considérations éthiques et les instruments de mesure utilisés.

Déroulement et participants

Les données de la présente recherche ont été recueillies par l'intermédiaire de questionnaires. Au total, 400 étudiants universitaires recrutés dans deux universités québécoises de la région de l'Estrie ont pris part à cette étude de manière volontaire. Afin de participer à l'étude, les participants devaient être inscrits dans un programme universitaire et avoir entre 18 et 65 ans. Afin d'obtenir l'autorisation de procéder à la passation des questionnaires, deux assistantes de recherche ont contacté des professeurs et chargés de cours des universités ciblées. Ayant obtenu l'autorisation et la collaboration de ces derniers, les assistantes de recherche se sont présentées au début des cours afin d'expliquer verbalement le déroulement et le but de la présente recherche. Elles ont donc précisé que les participants devraient répondre à plusieurs questionnaires et que leurs réponses étant anonymes, il leur serait impossible de se retirer de l'étude suite à la passation. Suite à ces explications, les assistantes ont obtenu le consentement libre et éclairé des étudiants souhaitant participer à l'étude. Ces derniers ont reçu une lettre reprenant les informations transmises oralement par les assistantes de recherche ainsi que la batterie de questionnaires. Les participants disposaient d'environ 30 minutes pour

répondre aux questionnaires, lesquels ont été remis directement aux assistantes de recherche une fois qu'ils étaient complétés. Afin d'éliminer autant que possible les risques d'erreurs d'entrée de données, ces dernières ont été saisies à l'ordinateur par deux chercheurs indépendants et comparés à l'aide du logiciel Microsoft Excel.

Le tableau 1 présente les données relatives aux variables sociodémographiques pour l'échantillon utilisé dans le cadre de la présente étude. Comme le montre le tableau 2, l'échantillon est majoritairement constitué de participants de sexe féminin, célibataires, nés au Québec et dont l'âge se situe entre 18 et 24 ans.

Tableau 1

Distribution des participants en fonction des variables sociodémographiques

Variable	N	%
Genre		
Hommes	121	30,33
Femmes	278	69,67
Manquante	1	0,25
Âge		
18-24 ans	362	91,18
25-34 ans	26	6,55
35-44 ans	6	1,51
45 à 54 ans	3	0,76
Manquante	3	0,75
Naissance au Québec		
Oui	316	79,20
Non	83	20,80
Manquante	1	0,25
Dernier niveau de scolarité complété		
Secondaire	37	9,32
Collégial	297	74,81
Universitaire	63	15,87
Manquante	3	0,75
Statut conjugal		
Couple	121	30,33
Célibataire	278	69,67
Manquante	1	0,25
Site de recrutement		
Université 1	296	74
Université 2	104	26
Perception de la situation financière		
Très satisfaisant	24	6,02
Satisfaisant	109	27,32
Acceptable	176	44,11
Insatisfaisant	71	17,79
Très insatisfaisant	19	4,76
Manquante	1	0,25

Instruments de mesure

Dans le cadre de cette étude, une batterie de questionnaires a été utilisée afin de mesurer les variables. De plus, un questionnaire d'informations générales a permis d'évaluer différentes variables socio-démographiques.

Intolérance à l'incertitude

L'Inventaire d'intolérance à l'incertitude (Gosselin et al., 2008) comporte deux sous-échelles. La partie A comporte 15 items et la partie B comporte 30 items mesurant différentes conséquences entraînées par l'II. Pour chacun des items, les participants indiquent leur degré d'accord sur une échelle de type Likert variant de 1 (*jamais*) à 5 (*extrêmement*). La présente étude utilisera le score total composé des résultats de la partie A et B, lequel peut s'étendre de 45 à 220. Plus le score d'un individu est élevé, plus son niveau d'II est élevé. L'article de validation présente d'excellents indices de fidélité. Les deux échelles présentent une bonne cohérence interne ($\alpha = 0,96$ pour la partie A ; $\alpha = 0,97$ pour la partie B) ainsi qu'une bonne fidélité test-retest après un intervalle de 5 semaines, puis une analyse factorielle confirmatoire montre une bonne structure de cet instrument (Gosselin et al., 2008). Elle présente également des indices de validité convergente de l'instrument à travers de fortes corrélations avec le Questionnaire d'intolérance à l'incertitude (Freeston et al., 1994) ainsi qu'avec une mesure d'anxiété ; le Questionnaire sur les inquiétudes de Penn State (Gosselin, Dugas, Ladouceur & Freeston, 2001).

Pleine conscience

Le Five Facets Mindfulness Questionnaire (Baer et al., 2006; Traduction francophone : Heeren, Douilliez, Peschard, Debrauwere, & Philippot, 2011) comporte 39 items évaluant la tendance à vivre un état de PC. Pour chaque item, les participants indiquent leur degré d'accord sur une échelle de type Likert variant de 1 (*jamais vrai*) à 5 (*toujours vrai*). Le score total peut donc s'étendre de 39 à 195 et plus le score est élevé, plus la personne présente de la PC. Selon l'article de validation initiale, chacune des sous-échelles présente une bonne cohérence interne (1. Observation: $\alpha = 0,78$; 2. Description: $\alpha = 0,88$; 3. Attention: $\alpha = 0,89$; 4. Non-jugement : $\alpha = 0,89$; 5. Non-réactivité : $\alpha = 0,76$) ainsi qu'une bonne fidélité test-retest ($r = 0,64$). La structure du questionnaire présente une bonne validité ($GFI = 0,89$; $AGFI = 0,88$; $PGFI = 0,80$). Les travaux de Baer et al., (2008) révèlent des corrélations positives entre celui-ci et une mesure de bien-être ainsi que des corrélations négatives entre les dimensions de la PC et des échelles de symptômes psychologiques, ce qui soutient la validité convergente. Toutefois, tel qu'évoqué plus haut, il est à noter qu'à l'instar de Baer et al., 2006, Williams et al., (2014) observent certaines inconsistances dans les résultats obtenus pour la sous-échelle « observer ». À cet effet, les résultats des analyses factorielles confirmatoires effectuées sur les items du FFMQ par Williams et al., (2014) suggèrent de retirer les items de l'échelle observation dans le contexte d'études utilisant un échantillon d'individus ne pratiquant pas la méditation. Pour ces raisons, seuls les items des quatre autres sous-échelles ont été inclus dans les analyses.

Responsabilité excessive

L'Échelle d'attitude face à la responsabilité (Salkovskis et al., 2000) comporte 26 items mesurant la tendance d'une personne à se sentir excessivement responsable. Pour chaque item, les participants indiquent leur degré d'accord sur une échelle de type Likert variant de 1 (*totalemment en accord*) à 7 (*totalemment en désaccord*). Le score total doit donc être inversé et peut varier de 26 à 182. Plus le score est élevé, plus la personne présente de la RE. Les travaux de Salkovskis et al., (2000) révèlent que la version originale anglophone présente une bonne fidélité test-retest sur deux semaines ($r = 0.94$) ainsi qu'une bonne cohérence interne ($\alpha = 0,92$). En ce qui concerne la validité convergente de l'instrument, l'étude de validation initiale révèle une convergence entre l'instrument et des mesures de symptômes du TOC. Elle révèle également une absence de contribution unique de l'instrument quant à la prédiction des symptômes d'anxiété et de dépression, ce qui témoigne d'une bonne validité discriminante. Une traduction francophone a été effectuée par le chercheur principal. Les indices de fidélité seront vérifiés à partir des données de l'étude.

Symptômes obsessionnels-compulsifs

L'Inventaire des Obsessions et des Compulsions-Révisé (OCI-R; Foa et al., 2002; traduction francophone; Zermatten, Van der Linden, Jermann, & Ceschi, 2004) comprends 18 énoncés qui présentent des symptômes du TOC. Le participant indique à quel point cet énoncé s'applique à lui sur une échelle de type Likert allant de 0 (pas du tout) à 4 (extrêmement). Le score total peut donc s'étendre de 0 à 64 et plus le score est

élevé, plus la personne présente un haut niveau de symptômes du TOC. L'OCI-R se divise également en sous-échelles mesurant différents symptômes spécifiques du TOC, dont la vérification, l'occurrence d'obsessions et les préoccupations pour l'ordre et la symétrie. La version originale présente une bonne cohérence interne ($\alpha = 0,88$ ainsi qu'une fidélité test-retest adéquate ($r = 0,70$; Hajcak, Huppert, Simons, & Foa 2004). Les sous-échelles présentent des α de Cronbach s'échelonnant de 0,62 à 0,85. La validité convergente de l'instrument a été démontrée par des coefficients de corrélation allant de 0,65 à 0,75 avec d'autres mesures de symptômes du TOC. Quant à elle, la validité discriminante a été démontrée par des corrélations plus modestes ($r = 0,42$) avec une échelle d'inquiétude et une échelle de dépression ($r = 0,39$; Hajcak et al., 2004).

Considérations éthiques

La présente étude a été approuvée par le comité d'éthique de la recherche de la faculté des Lettres et Sciences Humaines de l'Université de Sherbrooke. Afin de respecter les exigences éthiques de la recherche, différentes mesures ont été prises. Tout d'abord, aucune donnée nominative n'a été associée aux questionnaires, ce qui assurait la confidentialité des réponses. De plus, des mesures ont été prises afin que seuls les chercheurs aient accès aux données. D'une part, les questionnaires sont conservés dans un classeur verrouillé et d'autre part, les données informatiques ont été compilées dans un ordinateur verrouillé par un mot de passe, lequel se situe dans un local verrouillé. Puis, les explications verbales ainsi que la lettre d'information a permis l'obtention d'un consentement libre et éclairé de la part des participants. En effet, la lettre d'information

précisait le but de l'étude, les avantages et les inconvénients liés à la participation ainsi que les modalités de la confidentialité. Il était également explicitement précisé que le fait de remplir les questionnaires signifiait leur consentement libre et éclairé, mais qu'ils pouvaient se retirer de l'étude à n'importe quel moment de la passation. De plus, le nom et les coordonnées du chercheur principal ont été indiqués comme référence advenant le cas où un participant aurait des questions. Enfin, bien que les risques d'inconforts pouvant être suscités par la passation étaient extrêmement faibles, les coordonnées du Centre d'intervention psychologique de l'Université de Sherbrooke et du Service de psychologie et d'orientation de l'Université de Sherbrooke ont été fournies comme références au cas où un participant éprouverait le besoin d'obtenir du soutien psychologique suite à sa participation.

Analyses et résultats

Analyse des données

Afin de répondre aux questions et hypothèses de la présente étude, différentes analyses ont été effectuées. Dans un premier temps, des analyses préliminaires ont été conduites afin d'assurer la qualité des analyses inférentielles et d'identifier les variables contrôles à inclure dans celles-ci. Dans un deuxième temps, les analyses principales ont permis de vérifier les hypothèses. Dans cette optique, des analyses corrélationnelles ont permis de vérifier les liens entre les différentes variables à l'étude et de déterminer les variables pertinentes à inclure dans les analyses de médiation. Des régressions multiples hiérarchiques ont ensuite permis de vérifier la contribution unique de chaque variable dans la prédiction des différents symptômes du TOC. Puis, afin de confirmer les effets indirects de l'II sur les symptômes du TOC par l'intermédiaire de la RE et de la PC, des analyses de médiation multiple basées sur la procédure non paramétrique avec méthode par ré-échantillonnage « Bootstrap » ont été réalisées à l'aide de la macro SPSS conçue par Preacher et Hayes (2008). Pour toutes les analyses, un nombre de 5000 ré-échantillonnage a été effectué. Afin d'évaluer la signification des résultats, un seuil alpha de 0,05 a été choisi.

Pour ce qui est des analyses de médiation, celles-ci génèrent différents résultats. Tout d'abord, les chemins β indiquent les B obtenus pour la prédiction des médiateurs par la

variable indépendante, alors que les chemins b indiquent les bêtas obtenus pour la prédiction de la variable dépendante par chaque médiateur, et ce, en contrôlant pour les autres prédicteurs. Ensuite, le chemin c indique le B obtenu pour la prédiction de la variable dépendante par la variable indépendante (effet total). De plus, le chemin c' indique le B obtenu pour la prédiction de la variable dépendante par la variable indépendante en contrôlant pour les médiateurs (effet direct). Puis, le chemin ab indique le B obtenu pour l'effet indirect de la variable indépendante sur la variable dépendante par l'intermédiaire des variables médiatrices (effet indirect). Enfin, la procédure génère des intervalles de confiance permettant de tester si les effets indirects observés sont significatifs.

Bien que Preacher et Hayes (2008) considèrent comme inutile d'effectuer des régressions lorsque leur méthode est utilisée, les régressions multiples hiérarchiques décrites plus haut ont tout de même été conduites pour deux raisons. Premièrement, dans leurs suggestions d'interprétation des résultats, ces derniers ne mettent l'emphase que sur les effets indirects et omettent d'interpréter en profondeur les chemins a , b , c et c' . Or, certaines hypothèses de cette étude reposent sur l'interprétation de ces chemins. Deuxièmement, les B générés par leur méthode sont des coefficients non-standardisés et la force des liens est donc plus difficile à interpréter.

Résultats préliminaires

Statistiques descriptives de l'échantillon

Afin de représenter les données relatives aux variables à l'étude, le Tableau 2 présente également les moyennes, écarts-types, minimum, maximum ainsi que les indices d'asymétrie et d'aplatissement pour celles-ci. Pour 19 participants, un nombre significatif de données manquantes ont été observées pour certaines échelles. Ces participants ont donc été exclus des analyses utilisant les questionnaires qu'ils n'avaient pas remplis.

Afin de s'assurer de la qualité des propriétés psychométriques des différentes échelles au sein du présent échantillon, des analyses de cohérence interne ont été effectuées avec les items de chaque questionnaire. Le Tableau 2 présente des α de Cronbach allant de 0,72 à 0,98, ce qui indique une cohérence interne allant d'acceptable à excellente.

Tableau 2
Description des variables à l'étude

Variabiles	Moyenne	Écart-Type	Min	Max	Asymétrie	Aplatissement	α de Cronbach
II	103,54	33,63	45	200	0,45	-0,43	0,98
RE	98,21	22,82	42	177	0,10	0,19	0,92
PC							
Échelle totale	125,20	15,85	87	175	0,45	0,33	0,85
Description	26,94	6,30	10	40	-0,11	-0,50	0,89
Attention	27,68	6,04	8	40	-0,14	-0,11	0,87
Non-jugement	27,87	6,69	8	40	-0,34	-0,17	0,89
Non-réaction	19,49	4,76	7	35	0,05	0,22	0,81
OCI-R							
Échelle totale*	14,21	10,91	0	58	0,41	-0,15	0,91
Vérification*	2,56	2,40	0	12	0,69	0,32	0,72
Obsession*	2,95	2,64	0	12	0,34	-0,58	0,78
Ordre et symétrie	3,30	2,70	0	12	0,85	0,43	0,79

Note. *Afin de respecter le postulat de normalité, ces échelles ont subi une transformation par la racine carrée; OCI-R = Obsessive Compulsive Inventory- Revised.

Lien entre les variables étudiées et les variables sociodémographiques

Préalablement aux analyses principales, des tests t ainsi que des ANOVAs ont permis de vérifier la présence de liens entre les symptômes du TOC et les variables sociodémographiques afin de déterminer les variables pertinentes à inclure comme variables contrôles.

Premièrement, des tests t ont permis de vérifier la présence de liens entre, d'une part, le genre (hommes et femmes), le statut conjugal (en couple ou célibataire), le lieu de recrutement (Université 1 ou Université 2), le lieu de naissance des participants et des parents (naissance ou non au Québec), et d'autre part, les symptômes du TOC. En ce qui concerne le genre et le statut conjugal, aucune différence significative n'a été observée entre les hommes et les femmes, puis entre les individus en couple ou célibataires quant à leurs résultats aux échelles de symptômes du TOC. En ce qui concerne le site de recrutement, de manière générale, les participants recrutés à l'université 1 présentent davantage de symptômes du TOC que ceux recrutés à l'université 2. Ces différences ne sont toutefois significatives que pour l'échelle OCI-R_total ($t(396) = 2,97, p < 0,01$) et l'échelle OCI-R_vérification ($t(394) = 2,14, p < 0,05$). En ce qui concerne le lieu de naissance des participants, les résultats obtenus ont montré que pour l'ensemble des échelles des symptômes du TOC, les individus nés à l'extérieur de la province ont un résultat supérieur à ceux des individus nés au Québec. Ces différences sont significatives pour les quatre échelles de symptômes du TOC: OCI-R_totale ($t(395) = -4,57, p < 0,001$); OCI-R_vérification ($t(395) = -4,13, p < 0,001$); OCI-R_obsession ($t(395) = -$

2,62, $p < 0,01$); OCI-R_ordre ($t(395) = -2,45$, $p < 0,05$). En ce qui concerne le lieu de naissance des parents des participants, de manière générale, les participants dont les parents sont nés à l'extérieur du Québec ont des résultats plus élevés aux échelles de symptômes du TOC que ceux dont les parents sont nés au Québec. Toutefois, ces résultats ne sont significatifs que pour l'échelle OCI-R_total ($t(394) = -3,93$, $p < 0,001$) et pour l'échelle OCI-R_vérification ($t(394) = -2,93$, $p < 0,01$).

Deuxièmement, des ANOVAs ont permis de vérifier la présence de liens entre d'une part, la perception de la situation financière et le niveau de scolarité complété et d'autre part, les symptômes du TOC. En ce qui concerne le niveau de scolarité complété, les résultats ont montré que plus les participants ont un niveau de scolarité élevé, moins ils présentent de symptômes obsessionnels-compulsifs. Cette différence est significative pour les quatre échelles de symptômes : OCI-R_total ($F(2) = 19,80$, $p < 0,001$); OCI-R_obsession ($F(2) = 4,63$, $p < 0,05$); OCI-R_vérification ($F(2) = 3,20$, $p < 0,001$); OCI-R_ordre ($F(2) = 6,17$, $p < 0,01$). En ce qui concerne la perception de la situation financière, de manière générale, les résultats ont montré qu'il n'y a pas de différence significative quant au niveau de symptômes du TOC en fonction de la perception de la situation financière.

Vérification des postulats

Afin d'assurer la qualité des analyses statistiques, les postulats de base ont préalablement été vérifiés. Pour toutes les analyses, la taille de l'échantillon ($n = 385$)

dépasse la taille d'échantillon recommandée par Tabachnick et Fidell (1989) et ce, pour toutes les analyses utilisées ($20 \times P = 20 \times 7 = 140$). Comme en témoignent les indices d'asymétrie et d'aplatissement (voir Tableau 2), la normalité des distributions des variables à l'étude est respectée. Pour les analyses de régression et de médiation, pour chaque analyse, le test de colinéarité a indiqué que le postulat de multicolinéarité est respecté (tous les indices de tolérance sont supérieurs à 0,20). Les postulats d'homoscédasticité et de linéarité sont également rencontrés, puisque les nuages de points des régressions ont montré qu'ils se répartissent de manière uniforme. Enfin, le postulat d'absence de valeurs extrêmes standardisées a été rencontré, puisque la vérification des indices de distance de Cook ont montré des résultats inférieurs à 1,00.

Analyses principales

Corrélations entre les variables étudiées

Afin de vérifier les hypothèses à l'étude, des corrélations partielles contrôlant pour les variables socio-démographiques pertinentes ont été réalisées. Le tableau 3 présente les résultats de ces analyses et les balises de Cohen (1988) relatives à la taille de l'effet ont été utilisées afin de qualifier la force des liens.

En ce qui concerne les symptômes du TOC, les analyses révèlent des liens positifs, forts et significatifs entre toutes les échelles de l'OCI-R, ce qui signifie que plus un individu présente un type de symptômes du TOC, plus il a tendance à avoir d'autres types symptômes de ce trouble.

En ce qui concerne l'II, les résultats montrent des liens positifs et significatifs allant de modérés à forts avec tous les symptômes du TOC, un lien positif, significatif et modéré avec la responsabilité excessive ainsi qu'un lien négatif, significatif et modéré avec la PC. Ceci signifie que plus un individu a du mal à tolérer l'incertitude, plus il a tendance à présenter des symptômes du TOC, plus il a tendance à se sentir excessivement responsable et moins il a tendance à présenter des traits de PC. De manière plus précise, l'analyse des sous-échelles de la PC montre que l'II a des liens négatifs et significatifs allant de faible à modéré avec toutes les sous-échelles de la PC.

En ce qui concerne la RE, les analyses montrent des liens positifs et significatifs modérés avec tous les symptômes du TOC ainsi qu'un lien négatif, significatif et modéré avec la PC. Cela signifie que plus un individu a tendance à se sentir responsable, plus il a tendance à présenter des symptômes du TOC et moins il a tendance à présenter des traits de PC. Plus précisément, les analyses révèlent des liens négatifs et significatifs allant de faible à modéré avec toutes les sous-échelles de la PC, à l'exception de la non-réactivité dont le lien n'est pas significatif.

Concernant l'échelle totale de la PC, les analyses révèlent des liens positifs, significatifs et forts avec toutes les sous-échelles de la PC, ce qui signifie que la tendance à porter son attention sur le moment présent, puis à décrire, à ne pas juger et à ne pas réagir négativement face à son expérience se rapportent bien au construit général

de la PC. Néanmoins, l'examen des liens entre les différentes sous-échelles entre elles montre que la description n'est liée qu'à la non-réactivité (vice-versa) et l'attention n'est liée qu'au non-jugement (vice-versa). L'absence de corrélation entre certaines sous-échelles a été observée dans d'autres études de validation (Heeren et al., 2001). D'une part, la présence de corrélation entre les sous-échelles et l'échelle totale, puis d'autre part, l'absence de corrélation entre certaines sous-échelles, soutiennent les conclusions de Baer et al. (2008) qui affirment que les facettes sont à la fois reliées, mais distinctes. Enfin, contrairement aux autres échelles de la PC qui présentent toutes des liens négatifs et significatifs allant de faible à modéré avec l'ensemble des symptômes du TOC, l'échelle décrire n'est significativement liée qu'aux symptômes généraux du TOC.

Tableau 3
Corrélations des variables à l'étude

Variabes	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
OCI-R										
1 Échelle totale ^a	0,73***	0,71***	0,70***	0,51***	0,35***	-0,41***	-0,11*	-0,31***	-0,34***	-0,19***
2 Obsession ^b		0,41***	0,39***	0,43***	0,29***	-0,43***	-0,04	-0,29***	-0,43***	-0,15**
3 Vérification ^a			0,39***	0,37***	0,32***	-0,23***	-0,07	-0,13*	-0,21***	-0,13*
4 Ordre ^b				0,39***	0,21***	-0,20***	-0,03	-0,18***	-0,12*	-0,15**
5 II					0,38***	-0,44***	-0,15***	-0,27***	-0,37***	-0,29***
6 RE						-0,46***	-0,19***	-0,29***	-0,48***	-0,09
PC										
7 Échelle totale							0,63***	0,53***	0,47***	0,49***
8 Description								0,06	0,04	0,20***
9 Attention									0,41***	-0,03
10 Non-jugement										-0,04
11 Non-réactivité										

^a a Les corrélations entre l'échelle OCI-R totale et l'OCI-R vérification utilisent la nationalité du participant, celle des parents, le dernier niveau de scolarité complété ainsi que le site de recrutement comme covariables.

^b b Les corrélations entre l'échelle OCI-R obsession et OCI-R_ordre utilisent la nationalité du participant ainsi que le dernier niveau de scolarité complété comme covariables.

Contribution unique des prédicteurs dans l'explication des symptômes du TOC

La deuxième hypothèse de cette étude stipulait que l'II, la RE et la PC apporteraient toutes une contribution unique à la prédiction des symptômes du TOC. Afin de tester cette hypothèse, huit régressions multiples hiérarchiques ont été réalisées en incluant les différentes échelles de symptômes du TOC comme variables dépendantes. Pour chaque analyse, les variables socio-démographiques pertinentes ont été introduites à la première étape. À la seconde étape, l'II, la RE ainsi que la PC ont été incluses comme prédicteurs. Pour ce qui est de l'inclusion de la PC, afin d'éviter des problèmes de colinéarité, les quatre premières analyses ont inclus l'échelle globale de la PC en tant que prédicteur, alors que les quatre autres ont inclus les sous-échelles de la PC. Les tableaux 4 et 5 présentent les résultats des quatre régressions hiérarchiques multiples incluant l'échelle FFMQ_totale.

Pour les quatre analyses, lors de la première étape, les variables contrôles ont constitué un modèle expliquant 10 % de la variance ($R2^{aj} = 0,09$) des résultats à l'échelle OCI-R_total ($F(4,380) = 10,511$) $p < 0,001$), 6,7 % de la variance ($R2^{aj} = 0,06$) des résultats à l'échelle OCI-R_vérification ($F(4,380) = 6,805$) $p < 0,001$), 2,6 % de la variance ($R2^{aj} = 0,02$) des résultats à l'échelle OCI-R_obsession ($F(2,383) = 5,023$) $p < 0,01$) et 2,9 % de la variance ($R2^{aj} = 0,02$) des résultats à l'échelle OCI-R_ordre ($F(2,383) = 5,704$) $p < 0,01$). L'observation des bêtas a montré qu'à cette étape, seule la nationalité du participant contribue à la prédiction des quatre variables dépendantes.

Quant au dernier niveau de scolarité complété, cette variable contribue significativement à la prédiction des symptômes globaux du TOC ainsi qu'aux symptômes de vérification.

À l'étape 2, l'introduction de l'II, de la RE et de la PC a permis d'obtenir un modèle de prédiction significatif expliquant 37,9 % ($R2^{aj} = 0,37$) de la variance des résultats au OCI-R_total ($F(7,377) = 56,643$) $p < 0,001$), 23,0 % de la variance ($R2^{aj} = 0,22$) des résultats à l'échelle OCI-R_vérification ($F(7,377) = 26,534$) $p < 0,001$), 27,2 % de la variance ($R2^{aj} = 0,26$) des résultats au OCI-R_obsession ($F(5,380) = 42,894$) $p < 0,001$) et 18,2 % de la variance ($R2^{aj} = 0,17$) des résultats au OCI-R_ordre ($F(5,380) = 23,635$) $p < 0,001$). L'examen des bêtas a montré qu'à cette étape, l'II contribue significativement à la prédiction de tous les symptômes du TOC. Ainsi, plus une personne est intolérante à l'incertitude, plus elle présente de symptômes du TOC de tout type. Pour sa part, la RE contribue significativement à la prédiction des symptômes globaux et des symptômes spécifiques de vérification. Ainsi, plus une personne a un sentiment de RE élevé, plus son niveau de symptômes généraux du TOC est élevé et plus spécifiquement, plus son niveau de vérification compulsive est élevé. Quant à elle, la PC contribue significativement à la prédiction des symptômes globaux et des symptômes spécifiques d'obsession. Ainsi, plus un individu possède des attitudes liées à la PC, moins elle présente de symptômes généraux du TOC et, plus spécifiquement, moins elle présente d'obsessions.

Tableau 4

Prédiction du résultat à l'OCI-R_total et à l'OCI-R_vérification par les VI

Variables	OCI-R total			OCI-R vérification		
	β	t	p	β	t	P
Étape 1						
Nationalité du participant	0,29	3,78	0,000	0,23	2,84	0,005
Nationalité des parents	0,00	0,02	0,984	-0,02	-0,26	0,793
Dernier niveau de scolarité complété	-0,14	-2,78	0,006	-0,15	-2,94	0,003
Site de recrutement	0,09	1,37	0,171	0,07	1,05	0,296
Étape 2						
Nationalité du participant	0,17	2,54	0,012	0,13	1,68	0,095
Nationalité des parents	0,00	0,01	0,984	-0,02	-0,32	0,752
Dernier niveau de scolarité complété	-0,10	-2,55	0,016	-0,13	-2,80	0,005
Site de recrutement	0,00	0,01	0,938	0,00	0,05	0,959
II	0,36	7,72	0,000	0,28	5,31	0,000
RE	0,13	2,67	0,008	0,21	3,95	0,000
PC	-0,18	-3,64	0,000	-0,01	-0,25	0,804

Note : $\Delta R^2 = 0,280$ à l'étape 2 pour le OCI-R_total; $\Delta R^2 = 0,163$ à l'étape 2 pour le OCI-R_vérification.

Tableau 5

Prédiction du résultat à l'OCI-R_obsession et à l'OCI-R_ordre par les VI

Variables	OCI-R_obsession			OCI-R_ordre		
	β	t	p	β	t	P
Étape 1						
Nationalité du participant	0,13	2,56	0,011	0,11	2,15	0,032
Dernier niveau de scolarité complété	-0,06	-1,10	0,271	-0,10	-1,92	0,055
Étape 2						
Nationalité du participant	0,06	1,35	0,177	0,06	1,31	0,192
Dernier niveau de scolarité complété	-0,03	-0,54	0,592	-0,09	-1,80	0,073
II	0,28	5,62	0,000	0,36	6,76	0,000
RE	0,07	1,45	0,148	0,08	1,42	0,157
PC	-0,27	-5,03	0,000	-0,00	-0,05	0,961

Note : $\Delta R^2 = 0,247$ à l'étape 2 pour le OCI-R_obsession; $\Delta R^2 = 0,153$ à l'étape 2 pour le OCI-R_ordre.

Les tableaux 6 et 7 présentent les résultats des quatre autres régressions hiérarchiques multiples incluant les sous-échelles de la PC. À l'étape 2, l'introduction de l'II, de la RE et des sous échelles de la PC a permis d'obtenir un modèle de prédiction significatif expliquant 39,2 % ($R^{2aj} = 0,38$) de la variance des résultats au OCI-R_total ($F(10,374) = 29,955$) $p < 0,001$), 23,2 % de la variance ($R^{2aj} = 0,21$) des résultats à l'échelle OCI-R_vérification ($F(10,374) = 13,427$) $p < 0,001$), 32,8 % de la variance ($R^{2aj} = 0,31$) des résultats au OCI-R_obsession ($F(8,377) = 28,281$) $p < 0,001$) et 19,6 % de la variance ($R^{2aj} = 0,18$) des résultats au OCI-R_ordre ($F(8,377) = 12,953$) $p < 0,001$).

L'examen des bêtas a montré qu'à cette étape, l'II contribue à la prédiction de tous les symptômes du TOC. Pour sa part, la RE contribue significativement à la prédiction des

symptômes globaux et des symptômes spécifiques de vérification et d'ordre. Concernant la PC, l'utilisation des sous-échelles de la PC révèlent des résultats plus spécifiques que lorsque l'échelle globale est utilisée. Pour ce qui est de l'échelle description, elle ne contribue significativement à la prédiction d'aucun symptôme du TOC. Pour ce qui est de l'échelle attention, elle contribue significativement à la prédiction des symptômes globaux du TOC ainsi qu'aux symptômes spécifiques d'obsession et de préoccupation pour l'ordre et la symétrie. Ainsi, plus une personne agit avec conscience, moins elle présente de symptômes généraux du TOC et moins elle présente de symptômes spécifiques d'obsession et de préoccupation pour l'ordre et la symétrie. Pour ce qui est de l'échelle non-jugement, elle contribue significativement seulement à la prédiction des symptômes spécifiques d'obsession. Ainsi, la tendance à ne pas juger son expérience est liée à un niveau d'obsession plus faible. Pour ce qui est de l'échelle non-réactivité, elle ne contribue à la prédiction d'aucun symptôme du TOC.

Tableau 6

Prédiction du résultat à l'OCI-R_obsession et à l'OCI-R_ordre par les VI

Variables	OCI-R_total			OCI-R_vérification		
	β	t	p	β	t	p
Étape 1						
Nationalité du participant	0,29	3,78	0,000	0,23	2,84	0,005
Nationalité des parents	0,00	0,02	0,984	-0,02	-0,26	0,793
Dernier niveau de scolarité complété	-0,14	-2,78	0,006	-0,15	-2,94	0,003
Site de recrutement	0,09	1,37	0,171	0,07	1,05	0,296
Étape 2						
Nationalité du participant	0,16	2,45	0,015	0,13	1,71	0,088
Nationalité des parents	-0,00	-0,01	0,992	-0,02	-0,28	0,781
Dernier niveau de scolarité complété	-0,10	-2,30	0,022	-0,13	-2,74	0,006
Site de recrutement	0,00	0,03	0,974	0,00	0,07	0,945
II	0,35	7,24	0,000	0,28	5,10	0,000
RE	0,13	2,74	0,006	0,20	3,75	0,000
PC						
Description	-0,01	-0,15	0,884	0,01	0,30	0,767
Attention	-0,14	-2,99	0,003	0,01	0,15	0,882
Non-jugement	-0,10	-1,89	0,059	-0,02	-0,36	0,719
Non-réactivité	-0,07	-1,70	0,091	-0,03	-0,70	0,483

Note : $\Delta R^2 = 0,292$ à l'étape 2 pour le OCI-R_total; $\Delta R^2 = 0,165$ à l'étape 2 pour le OCI-R_vérification.

Tableau 7

Prédiction du résultat à l'OCI-R_obsession et à l'OCI-R_ordre par les VI

Variables	OCI-R_obsession			OCI-R_ordre		
	β	t	p	β	t	p
Étape 1						
Nationalité du participant,	0,13	2,56	0,011	0,11	2,15	0,032
Dernier niveau de scolarité complété	-0,06	-1,10	0,271	-0,10	-1,92	0,055
Étape 2						
Nationalité du participant,	0,06	1,34	0,180	0,06	1,27	0,205
Dernier niveau de scolarité complété	-0,02	-0,44	0,661	-0,08	-1,61	0,109
II	0,25	5,13	0,000	0,34	6,32	0,000
RE	0,03	0,59	0,558	0,11	2,00	0,047
PC						
Description	0,03	0,68	0,495	0,05	0,94	0,346
Attention	-0,10	-1,99	0,048	-0,11	-2,09	0,037
Non-jugement	-0,33	-6,25	0,000	0,10	1,66	0,098
Non-réactivité	-0,09	-1,96	0,051	-0,05	-0,92	0,361

Note : $\Delta R^2 = 0,302$ à l'étape 2 pour le OCI-R_obsession; $\Delta R^2 = 0,166$ à l'étape 2 pour le OCI-R_ordre.

Présentation des modèles de médiation pour la prédiction des symptômes du TOC.

Afin de tester le modèle de médiation élaboré dans cette étude, huit analyses de médiation multiple basées sur la méthode par ré-échantillonnage « Bootstrap » ont été réalisées. Chaque analyse comportait comme variable dépendante un type de symptôme du TOC (échelle totale, vérification, obsession et ordre/symétrie).

Pour toutes les analyses, les variables sociodémographiques pertinentes ont été introduites comme variables contrôles, l'II a été introduite comme variable indépendante

et la RE comme variable médiatrice. Pour ce qui est de l'inclusion de la PC comme variable médiatrice, afin d'éviter des problèmes de colinéarité, quatre analyses ont inclus l'échelle totale de la PC en tant que médiateur, alors que les quatre autres ont plutôt inclus les sous-échelles de la PC.

Puisqu'une médiation requiert que les médiateurs soient liés à la fois à la variable indépendante et à la variable dépendante, seules les variables corrélées à l'II et aux symptômes du TOC ont été incluses comme médiateurs dans les modèles. Pour cette raison, la sous-échelle description de la PC n'a pas été incluse comme médiateur dans les modèles ayant les symptômes de vérification, d'obsession et d'ordre comme variables dépendantes.

Afin d'éviter de perdre des degrés de liberté, associées à l'inclusion de variables inutiles, une première série d'analyses incluant les variables socio-démographiques pertinentes comme variables contrôles a préalablement été effectuée. Par la suite, les variables contrôles qui n'étaient pas liées aux VD ont été jugées non pertinentes et ont été retirées afin d'effectuer les analyses de médiation finales.

Les figures 1 à 4 présentent les analyses incluant le RE et la PC comme médiateurs. Ces figures incluent les effets directs (chemins c') et totaux (chemins c) de l'II sur les symptômes du TOC ainsi que les liens entre l'II et les médiateurs (chemins a), puis les liens entre les médiateurs et les symptômes du TOC (chemins b).

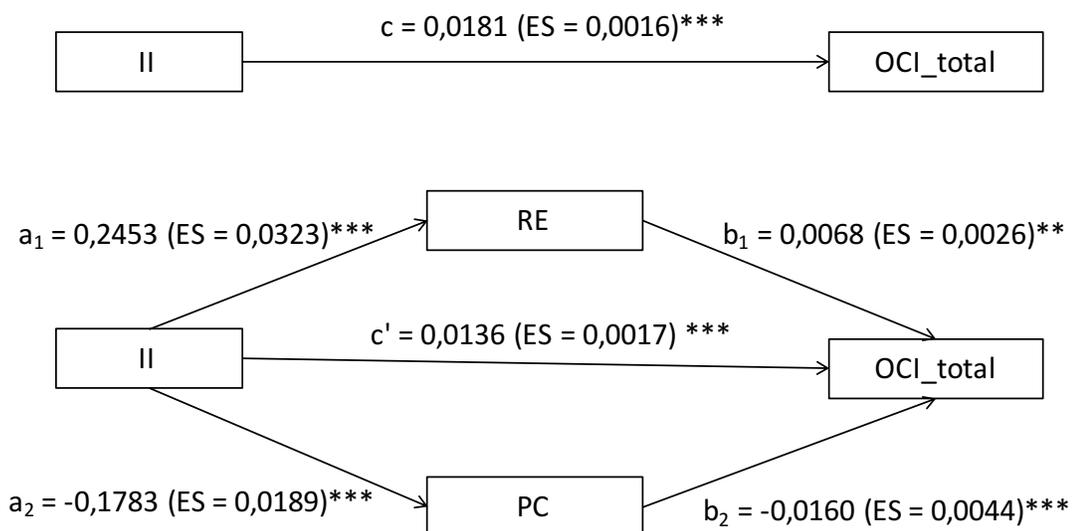


Figure 1. Médiation multiple illustrant le rôle de la responsabilité excessive et de la pleine conscience dans la relation entre l'intolérance à l'incertitude et les symptômes globaux du TOC en contrôlant pour la scolarité et la nationalité du participant.

* $p < 0,05$. ** $p < 0,01$. *** $p < 0,001$.

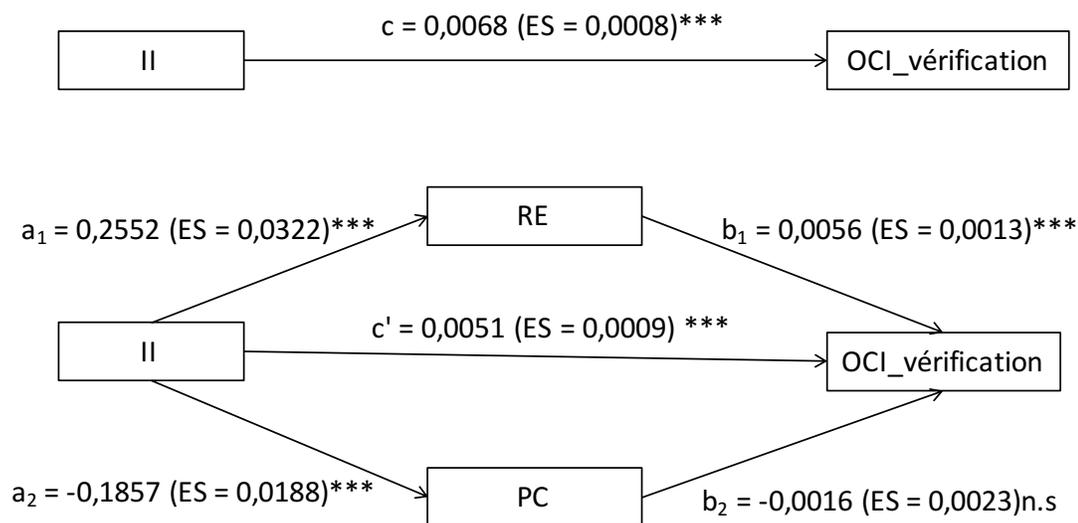


Figure 2. Médiation multiple illustrant le rôle de la responsabilité excessive et de la pleine conscience dans la relation entre l'intolérance à l'incertitude et les symptômes de vérification. * $p < 0,05$. ** $p < 0,01$. *** $p < 0,001$.

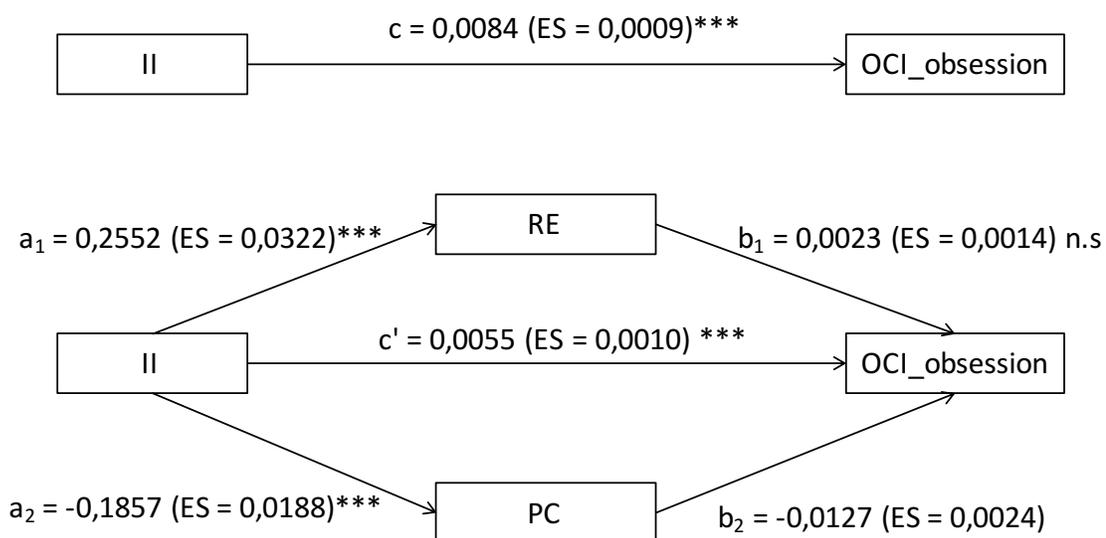


Figure 3. Médiation multiple illustrant le rôle de la responsabilité excessive et de la pleine conscience dans la relation entre l'intolérance à l'incertitude et les symptômes d'obsession. * $p < 0,05$. ** $p < 0,01$. *** $p < 0,001$.

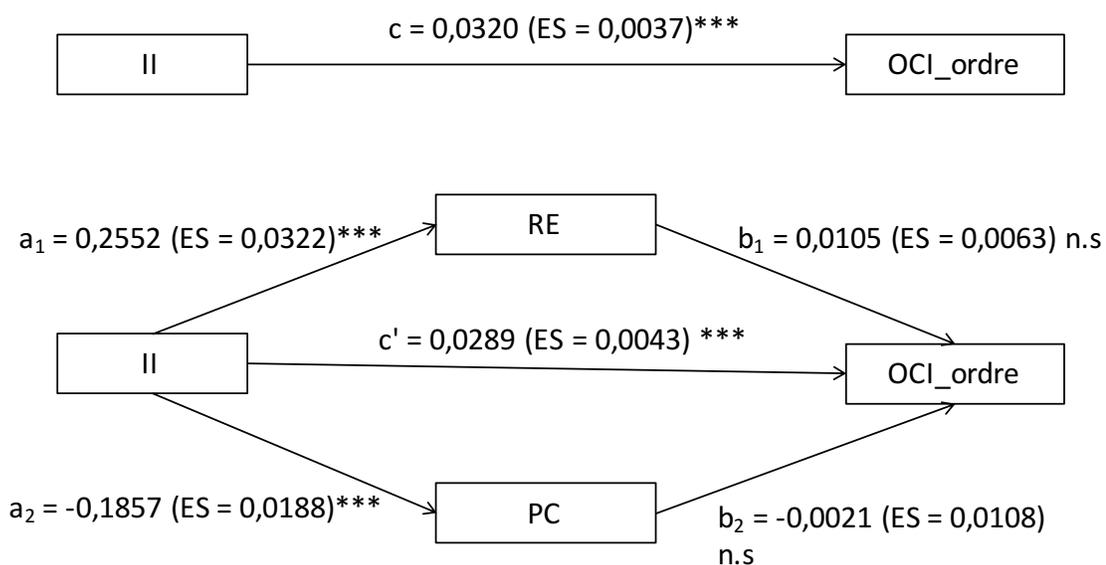


Figure 4. Médiation multiple illustrant le rôle de la responsabilité excessive et de la pleine conscience dans la relation entre l'intolérance à l'incertitude et les symptômes d'ordre. * $p < 0,05$. ** $p < 0,01$. *** $p < 0,001$.

Vérification des effets directs et indirects de l'II sur les symptômes du TOC.

Afin de vérifier les effets médiateurs de la RE et de la PC dans le lien entre l'II et les symptômes du TOC, les indices relatifs aux effets indirects issus des analyses de médiation ont été utilisées. Conformément à la recommandation de Preacher et Hayes (2008), l'intervalle de confiance de 95 % corrigé pour les biais a été utilisé pour estimer les paramètres et confirmer les effets de médiation. Ainsi, lorsque 0 n'est pas contenu dans l'intervalle, l'effet indirect est jugé significatif.

Analyses incluant l'échelle totale de la PC et la RE comme médiateurs.

Concernant les symptômes généraux du TOC, la médiation incluant la RE et l'échelle totale de la PC permet d'obtenir un modèle significatif ($F(5; 380) = 46,63, p < 0,001$) expliquant 38,03 % de la variance ($R^{2aj} = 0,37$). Comme le montre le tableau 8, l'examen des effets indirects a révélé un effet indirect total significatif de l'II sur les symptômes globaux du TOC par l'intermédiaire des médiateurs ainsi que des effets indirects spécifiques significatifs par l'intermédiaire de la RE et de la PC. En effet, comme le montre la figure 1, plus un individu rapporte un niveau d'II élevée, plus son niveau de RE est élevé, ce qui est à son tour associé à un plus haut niveau de symptômes du TOC. En parallèle, plus un individu rapporte un niveau d'II élevé, plus son niveau de PC est faible, ce qui est à son tour associé à un plus haut niveau de symptômes du TOC.

Concernant les symptômes spécifiques de vérification, l'analyse incluant la RE et l'échelle totale de la PC permet d'obtenir un modèle significatif ($F(3; 385) = 31,64, p <$

0,001) expliquant 19,78 % de la variance $R^{2aj} = 0,19$). Comme le montre le tableau 8, l'examen des effets indirects a révélé un effet indirect total significatif de l'II sur les symptômes de vérification par l'intermédiaire des médiateurs ainsi qu'un effet indirect spécifique significatif par l'intermédiaire de la RE. En effet, comme le montre la figure 2, plus un individu rapporte un niveau d'II élevée, plus son niveau de RE est élevé, ce qui est à son tour associé à un plus haut niveau de symptômes de vérifications.

Tableau 8

Médiation de l'effet de l'II sur les symptômes globaux du TOC et les symptômes de vérification par l'intermédiaire de la RE et de la PC.

	OCI-R_total				OCI-R_vérification			
	Effet indirect	ES	IC 95 %		Effet indirect	ES	IC 95 %	
			bas	haut			bas	haut
Total	0,0045	0,0009	0,0028	0,0066	0,0017	0,0005	0,0007	0,0028
RE	0,0017	0,0007	0,0004	0,0033	0,0014	0,0004	0,0007	0,0028
PC	0,0028	0,0008	0,0014	0,0047	0,0003	0,0004	- 0,0005	0,0012

Note: Les analyses incluent la nationalité du participant, celle des parents, le dernier niveau de scolarité complété ainsi que le site de recrutement comme variables contrôle. ES = Erreur standard. IC = Intervalle de confiance à 95 % corrigé pour les biais.

Concernant les symptômes spécifiques d'obsession, l'analyse incluant la RE et l'échelle totale de la PC permet d'obtenir un modèle significatif ($F(3; 385) = 46,77$, $p < 0,001$) expliquant 26,71 % de la variance $R^{2aj} = 0,26$). Comme le montre le tableau 9, l'examen des effets indirects a révélé un effet indirect total significatif de l'II sur les symptômes d'obsession par l'intermédiaire des médiateurs ainsi qu'un effet indirect spécifique significatif par l'intermédiaire de la PC. En effet, comme le montre la figure 3, plus un individu rapporte un niveau d'II élevée, plus son niveau de PC est faible, ce qui est à son tour associé à un plus haut niveau d'obsessions.

Concernant les symptômes spécifiques d'ordre et de symétrie, l'analyse incluant la RE et l'échelle totale de la PC permet d'obtenir un modèle significatif ($F(3; 385) = 25,55$, p

< 0,001) expliquant 16,60 de la variance $R^{2aj} = 0,16$). Comme le montre le tableau 9, l'analyse des effets indirects n'a révélé aucun effet médiateur significatif entre l'II et les symptômes d'ordre.

Tableau 9

Médiation de l'effet de l'II sur les obsessions et les symptômes d'ordre par l'intermédiaire de la RE et de la PC.

	OCI-R_obsession				OCI-R_ordre			
	Effet indirect	ES	IC 95 %		Effet indirect	ES	IC 95 %	
			bas	haut			bas	haut
Total	0,0029	0,0005	0,0019	0,0041	0,0031	0,0021	-0,0014	0,0075
RE	0,0006	0,0004	- 0,0002	0,0014	0,0027	0,0016	- 0,0003	0,0059
PC	0,0024	0,0005	0,0014	0,0034	0,0004	0,0020	- 0,0044	0,0049

Note: Les analyses incluent la nationalité du participant et le dernier niveau de scolarité complété comme variables contrôles. ES = Erreur standard. IC = Intervalle de confiance à 95 % corrigé pour les biais.

Analyses incluant les sous-dimensions de la PC et la RE comme médiateurs.

Afin d'être encore plus précis dans l'examen du lien entre l'II et les symptômes du TOC, l'examen des effets indirects de l'II sur les symptômes du TOC par l'intermédiaire des dimensions de la PC a également été effectué.

Les figures 5 à 8 présentent les modèles de médiations issues des analyses incluant le RE et les dimensions de la PC comme médiateurs. Ces figures incluent les effets directs (chemins c') et totaux (chemins c) de l'II sur les symptômes du TOC ainsi que les liens entre l'II et les médiateurs (chemins a), puis les liens entre les médiateurs et les symptômes du TOC (chemins b).

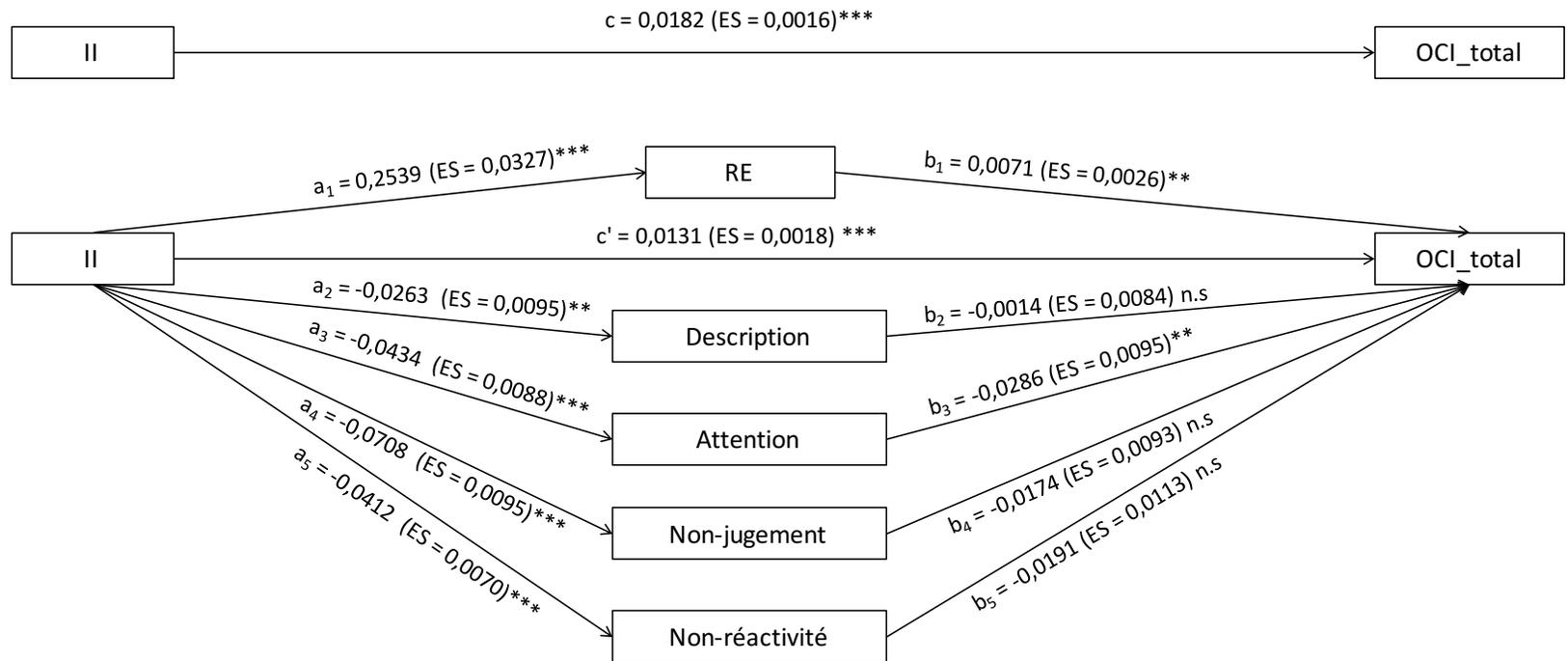


Figure 5. Médiation multiple illustrant le rôle de la responsabilité excessive et des sous-dimensions de la pleine conscience dans la relation entre l'intolérance à l'incertitude et les symptômes globaux du TOC en contrôlant pour la scolarité et la nationalité du participant. * $p < 0,05$. ** $p < 0,01$. *** $p < 0,001$.

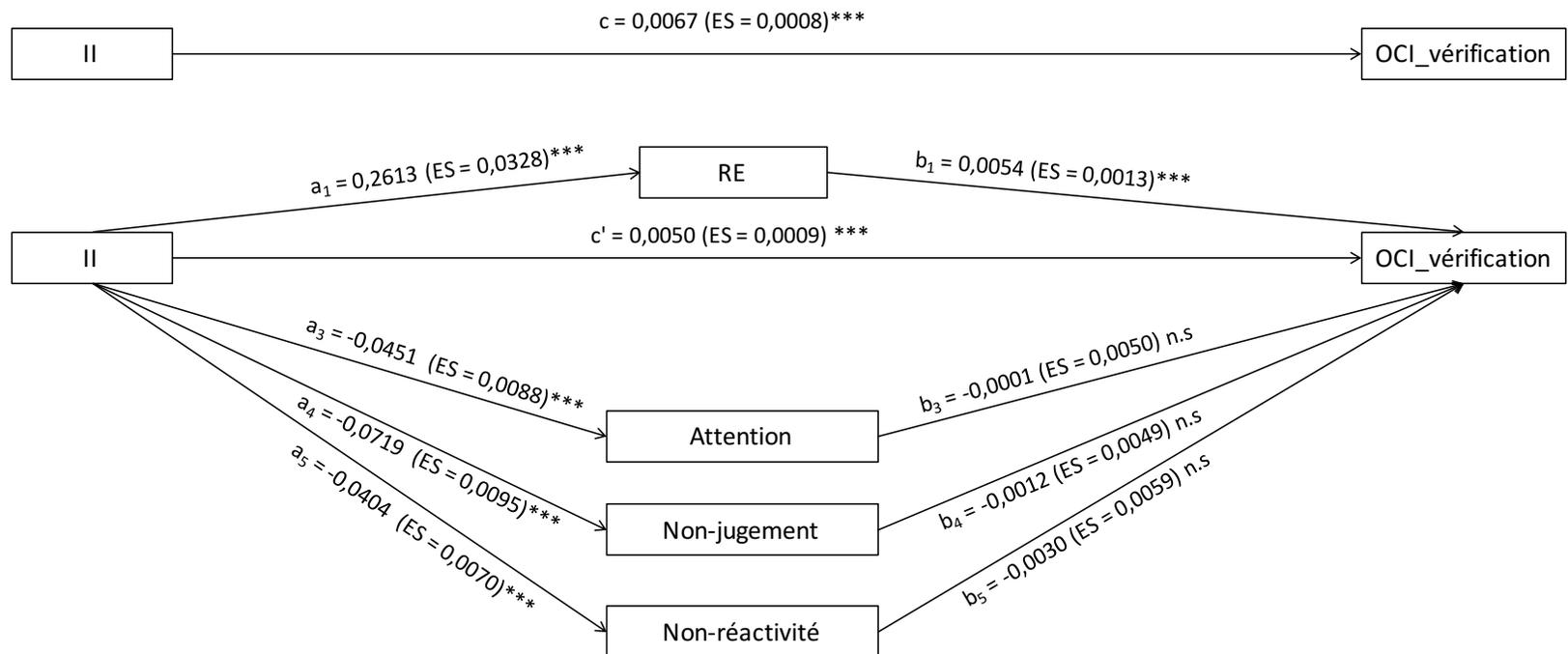


Figure 6. Médiation multiple illustrant le rôle de la responsabilité excessive et des sous-dimensions de la pleine conscience dans la relation entre l'intolérance à l'incertitude et les symptômes de vérification en contrôlant pour la scolarité.

* $p < 0,05$. ** $p < 0,01$. *** $p < 0,001$.

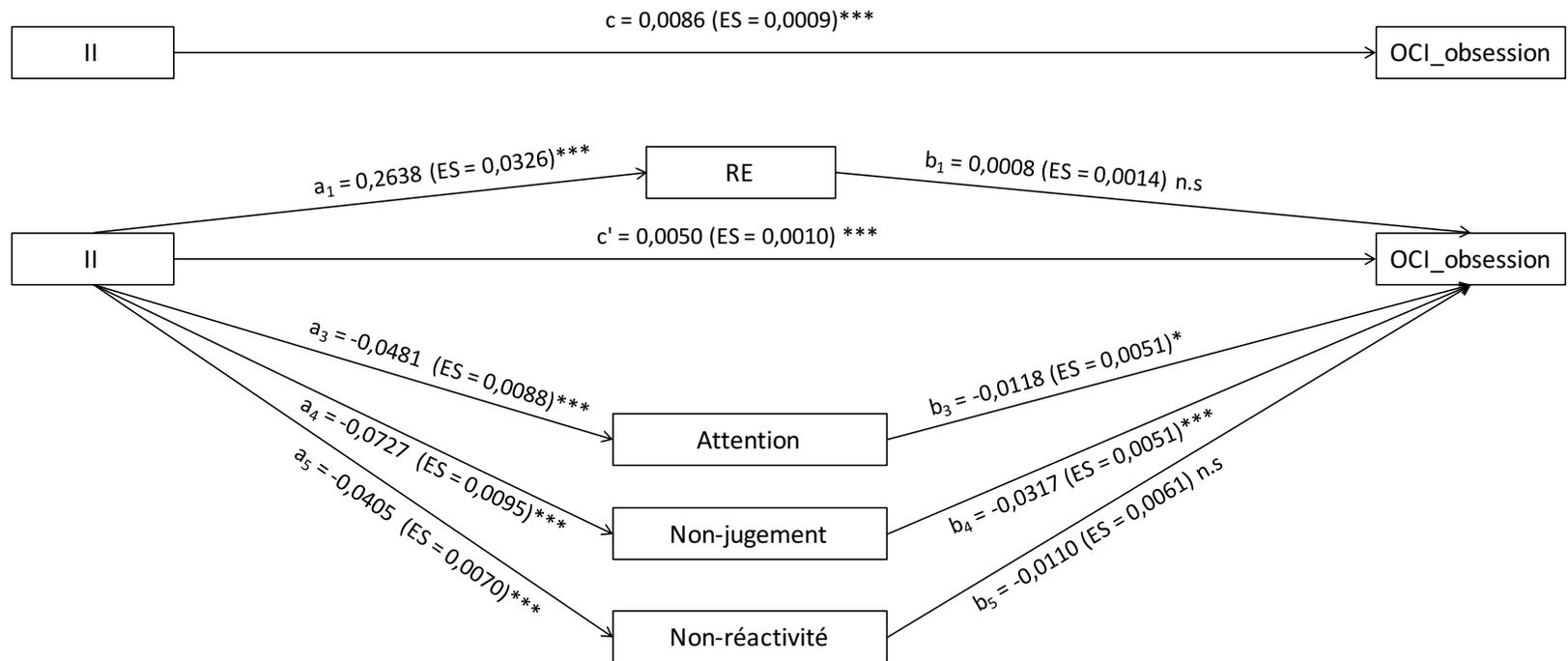


Figure 7. Médiation multiple illustrant le rôle de la responsabilité excessive et des sous-dimensions de la pleine conscience dans la relation entre l'intolérance à l'incertitude et les symptômes d'obsession.

* $p < 0,05$. ** $p < 0,01$. *** $p < 0,001$.

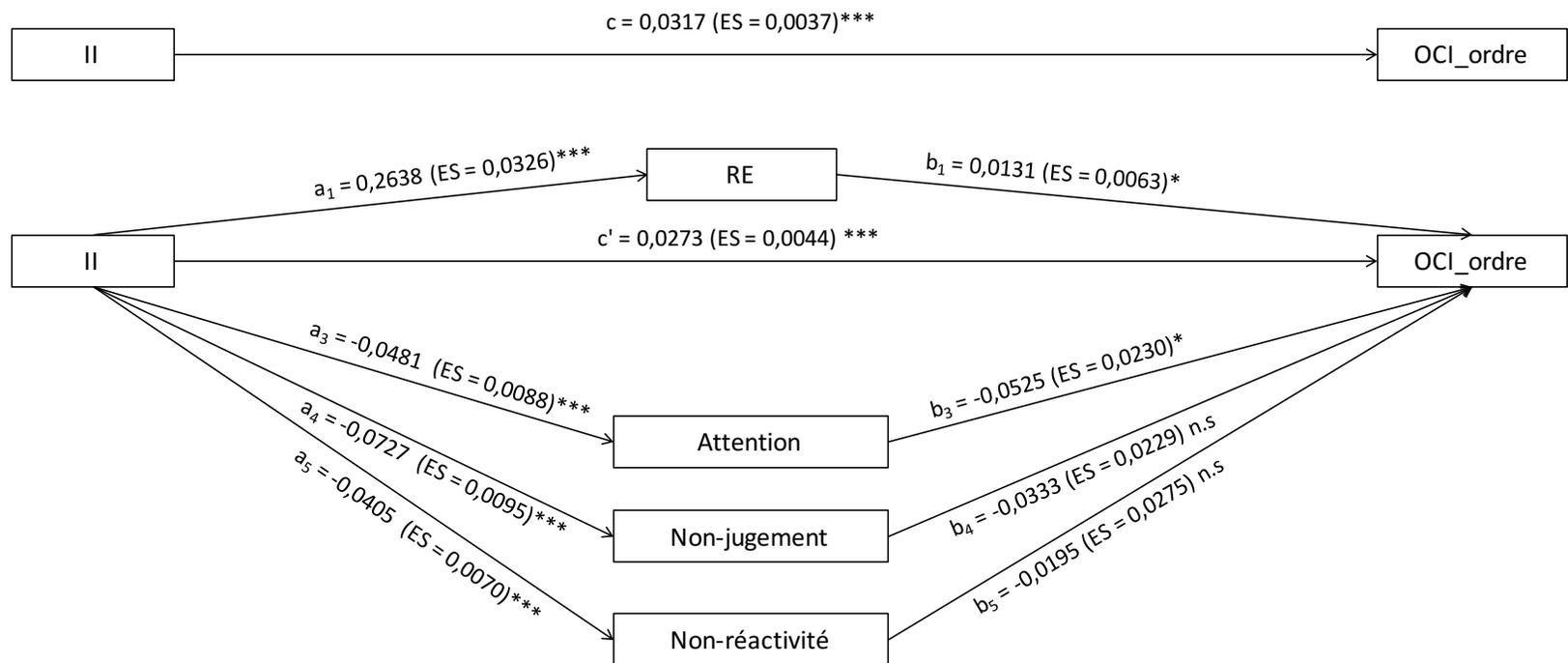


Figure 8. Médiation multiple illustrant le rôle de la responsabilité excessive et des sous-dimensions de la pleine conscience dans la relation entre l'intolérance à l'incertitude et les symptômes d'ordre et de symétrie.

* $p < 0,05$. ** $p < 0,01$. *** $p < 0,00$

Concernant les symptômes généraux du TOC, l'analyse incluant la RE et les sous-échelles de la PC permet d'obtenir un modèle significatif ($F(8; 377) = 30,45, p < 0,001$) expliquant 39,25 % de la variance ($R^{2aj} = 0,38$). Comme le montre le tableau 10, l'examen des effets indirects a révélé un effet indirect total significatif de l'II sur les symptômes globaux du TOC par l'intermédiaire des médiateurs ainsi que des effets indirects spécifiques significatifs par l'intermédiaire de la RE et de l'attention. En effet, comme le montre la figure 5, plus un individu rapporte un niveau d'II élevée, plus son niveau de RE est élevé, ce qui est à son tour associé à un plus haut niveau de symptômes du TOC. En parallèle, plus un individu rapporte un niveau d'II élevé, plus son niveau d'attention est faible, ce qui est à son tour associé à un plus haut niveau de symptômes globaux du TOC.

Concernant les symptômes spécifiques de vérification, l'analyse incluant la RE et les sous-échelles de la PC permet d'obtenir un modèle significatif ($F(6; 379) = 18,13, p < 0,001$) expliquant 22,30 % de la variance ($R^{2aj} = 0,21$). Comme le montre le tableau 10, l'examen des effets indirects a révélé un effet indirect total significatif de l'II sur les symptômes de vérification par l'intermédiaire des médiateurs ainsi qu'un effet indirect spécifique significatif par l'intermédiaire de la RE. En effet, comme le montre la figure 6, plus un individu rapporte un niveau d'II élevée, plus son niveau de RE est élevé, ce qui est à son tour associé à un plus haut niveau de symptômes de vérifications.

Tableau 10

Médiation de l'effet de l'II sur les symptômes globaux du TOC et les symptômes de vérification par l'intermédiaire de la RE de la description, de l'attention, du non-jugement et de la non-réactivité

	OCI-R total				OCI-R vérification			
	Effet indirect	ES	CI 95 %		Effet indirect	ES	CI 95 %	
			bas	haut			Bas	haut
Total	0,0051	0,0011	0,0031	0,0073	0,0016	0,0006	0,0004	0,0028
RE	0,0018	0,0008	0,0004	0,0035	0,0014	0,0004	0,0007	0,0023
Attention	0,0012	0,0005	0,0004	0,0024	0,0000	0,0002	-0,0005	0,0005
Non-jugement	0,0012	0,0007	-0,0002	0,0026	0,0001	0,0004	-0,0007	0,0009
Non-réactivité	0,0008	0,0005	-0,0001	0,0018	0,0001	0,0002	-0,0003	0,0006

Note: Les analyses incluent la nationalité du participant, celle des parents, le dernier niveau de scolarité complété ainsi que le site de recrutement comme variables contrôle. ES = Erreur standard. IC = Intervalle de confiance à 95 % corrigé pour les biais.

Concernant les symptômes d'obsession, l'analyse incluant la RE et les sous-échelles de la PC permet d'obtenir un modèle significatif ($F(5; 383) = 36,59, p < 0,001$) expliquant 32,33 % de la variance ($R^{2aj} = 0,31$). Comme le montre le tableau 11, l'examen des effets indirects a révélé un effet indirect total significatif de l'II sur les symptômes d'obsession par l'intermédiaire des médiateurs ainsi que des effets indirects spécifiques significatifs par l'intermédiaire de l'attention et du non-jugement. En effet, comme le montre la figure 7, plus un individu rapporte un niveau d'II élevée, plus son niveau d'attention et de non-jugement est faible, ce qui est à son tour associé à un plus haut niveau d'obsessions.

Concernant les symptômes d'ordre, l'analyse incluant la RE et les sous-échelles de la PC permet d'obtenir un modèle significatif ($F(5; 383) = 16,72, p < 0,001$) expliquant 17,92 % de la variance ($R^{2aj} = 0,16$). Comme le montre le tableau 11, l'analyse des effets indirects n'a révélé aucun effet indirect total significatif entre l'II et les symptômes d'ordre. Toutefois, les analyses ont révélé des effets indirects spécifiques significatifs de l'II sur les symptômes d'ordre par l'intermédiaire de la RE et de l'attention. En effet, comme le montre la figure 8, plus un individu rapporte un niveau d'II élevée, plus son niveau de RE est élevé, ce qui est à son tour associé à un plus haut niveau de symptômes globaux du TOC. En parallèle, plus un individu rapporte un niveau d'II élevée, plus son niveau d'attention est faible, ce qui est à son tour associé à un plus haut niveau de symptômes d'ordre.

Tableau 11

Médiation de l'effet de l'II sur les obsessions et les symptômes d'ordre par l'intermédiaire de la RE de la description, de l'attention, du non-jugement et de la non-réactivité.

	OCI-R_obsession				OCI-R_ordre			
	Effet indirect	ES	CI 95 %		Effet indirect	ES	CI 95 %	
			bas	haut			bas	haut
Total	0,0035	0,0006	0,0023	0,0049	0,0043	0,0025	-0,0007	0,0094
RE	0,0002	0,0004	-0,0006	0,0010	0,0034	0,0016	0,0004	0,0070
Attention	0,0006	0,0003	0,0001	0,0012	0,0025	0,0013	0,0002	0,0054
Non-jugement	0,0023	0,0005	0,0015	0,0035	-0,0024	0,0020	-0,0066	0,0010
Non-réactivité	0,0004	0,0003	0,0000	0,0010	0,0008	0,0012	-0,0015	0,0032

Note: Les analyses incluent la nationalité du participant et le dernier niveau de scolarité complété comme variables contrôles. ES = Erreur standard. IC = Intervalle de confiance à 95 % corrigé pour les biais.

Discussion

L'objectif de cette étude était de tester l'hypothèse selon laquelle l'II joue un rôle clé dans la prédiction des symptômes du TOC et ce, de manière directe ainsi que de manière indirecte par l'intermédiaire de la PC et de la RE. Afin d'élaborer des pistes d'explications, cette section reprend les principaux résultats de l'étude afin de les mettre en lien avec les connaissances théoriques et empiriques contenues dans les écrits scientifiques actuels.

Liens entre les différentes variables à l'étude.

La première hypothèse de cette recherche était que l'II, la RE, la PC et les symptômes du TOC seraient liés. L'ensemble des corrélations significatives observées entre les variables principales de l'étude ont permis de confirmer cette hypothèse. Ceci est cohérent avec les études qui ont suggéré des liens entre l'II et la RE (Lind & Boschen 2009; OCCWG, 2003; 2005), puis des liens entre l'II et l'évitement expérientiel (Lee et al., 2010).

À notre connaissance, cette étude est la première à établir des liens entre une mesure de PC et la responsabilité excessive. Ce lien pourrait être expliqué de plusieurs manières. Ainsi, il est important de rappeler que la responsabilité excessive consiste à se considérer imputable des événements négatifs pouvant survenir. Il est donc logique de croire que cette imputabilité soit liée à une évaluation négative de sa propre expérience.

D'ailleurs, le fait que, parmi les sous-échelles de la PC, la corrélation négative entre la RE et le non-jugement soit la plus élevée soutient cette idée. À l'inverse, il est possible qu'en jugeant de manière négative certaines pensées (p. ex., en la jugeant immorale ou en ayant peur qu'elle se réalise), une personne ayant un faible niveau de non-jugement se sente davantage responsable d'en modifier le contenu. Enfin, certains chercheurs (Shapiro et al., 2006) associent la PC à une définition particulière du soi. Selon leur théorie, la PC serait associée à une vision de soi en tant que « contexte » plutôt qu'à une vision de soi en tant que « contenu ». Cette vision du soi en tant que contexte permettrait à l'individu de s'identifier davantage au processus de son esprit, puis de se désidentifier du contenu de celui-ci. De cette manière, en s'identifiant moins au contenu qu'au contenant, une personne ayant un haut niveau de PC risque davantage de ne pas évaluer le contenu de ses pensées comme étant le reflet de sa propre personne. En corollaire, elle risque d'avoir moins tendance à se sentir responsable d'en modifier le contenu.

Tel qu'attendu, tous les symptômes du TOC sont positivement liés à l'II et à la RE, puis négativement liés à la PC. Ces résultats confirment donc aussi la première hypothèse de l'étude et démontrent que l'II, la RE et la PC sont toutes liées aux symptômes du TOC. Néanmoins, certains résultats suggèrent de nuancer cette conclusion. En effet, la corrélation observée entre la sous-échelle description et les symptômes généraux du TOC est très faible et aucune corrélation entre cette échelle et les symptômes spécifiques n'était significative. Ceci pourrait s'expliquer par le fait qu'il est possible d'imaginer qu'une personne entretienne à la fois un rapport descriptif et un rapport évaluatif sur son expérience.

Ainsi, il est possible que la tendance à décrire verbalement son expérience ne soit pas suffisante pour diminuer les symptômes anxieux et qu'il soit important que la suspension du mode évaluatif soit présente pour observer un effet. Cette idée est soutenue par les résultats de Drouin (2014) qui a montré que lorsque les autres facettes de la PC sont incluses dans un modèle de prédiction des symptômes du TAG, la description ne permet pas de prédire significativement ces symptômes.

Contribution unique des variables dans la prédiction des symptômes du TOC

Les analyses de régression multiple hiérarchique ont permis de vérifier la deuxième hypothèse stipulant que l'II, la RE et la PC apportent une contribution unique à la prédiction des symptômes du TOC.

Contribution unique de l'II

Concernant l'II, les résultats ont montré qu'en contrôlant pour les autres variables, plus une personne est intolérante à l'incertitude, plus son niveau de symptômes du TOC est élevé. Ceci soutient la seconde hypothèse de l'étude et va dans le sens de plusieurs études qui ont révélé des liens similaires (Boelen & Reijntjes, 2009; Dugas et al., 2001; Norton et al., 2005; Obsessive-Compulsive Cognition Working Group (OCCWG), 2003, 2005; Tolin et al., 2003). Pris ensemble, ces résultats suggèrent que les individus ayant un TOC ont un besoin intrinsèque de certitude et que les symptômes du TOC sont une stratégie dysfonctionnelle pour tenter d'atteindre une certitude absolue (mais impossible) face à la possibilité qu'un événement négatif se produise.

En ce qui concerne les symptômes spécifiques, les régressions multiples hiérarchiques ont montré des liens significatifs pour l'ensemble des échelles de symptômes du TOC. Le fait que l'II prédise ces derniers de manière aussi générale est cohérent avec la théorie de Grayson (2010) ainsi qu'avec les résultats de Baillargeon et al., (2008) et de Holaway et al., (2006) qui avancent que l'II est au cœur de nombreuses manifestations du TOC. Ces résultats sont toutefois divergeant de ceux Tolin et al. (2003) qui considèrent que l'II est seulement liée à la vérification. Cette divergence pourrait être expliquée par le fait que, contrairement à l'étude de ces derniers qui ont classé les participants en « vérificateurs » et « non-vérificateurs », la recherche actuelle inclue une mesure permettant de quantifier le niveau de chacun des symptômes du TOC.

L'ensemble de ces liens peuvent être expliqués de différentes manières. Premièrement, le lien entre l'II et la vérification pourrait s'expliquer par les résultats de nombreuses études qui ont identifié un niveau très élevé d'incertitudes dans le TOC (Hinds et al., 2015; Radomsky et al., 2001) ainsi qu'un effet paradoxal d'augmentation de l'incertitude lorsque l'on tente de les éliminer par des compulsions (Boschen & Vuksanovic, 2007; van de Houte & Kindt, 2003, 2004). Ainsi, il est plausible que l'II favorise un cercle vicieux dans lequel une personne s'enfonce dans un sentiment anxigène d'incertitude en cherchant à lutter contre celles-ci.

Deuxièmement, le lien entre l'II et les symptômes spécifiques d'obsession pourraient s'expliquer par le fait que les pensées intrusives comportent souvent une dimension d'incertitude. Alors que chez une personne qui tolère l'incertitude, cette pensée ne prendra pas une grande importance, chez une personne qui tolère mal l'incertitude, cette pensée risque de déclencher un désir d'éliminer la possibilité que cette pensée se réalise et par le fait même, de capter une grande part de son attention. Ainsi, en suscitant un surinvestissement des pensées intrusives, l'II pourrait augmenter la fréquence et l'intensité de celles-ci, les rendant ainsi obsessionnelles.

Troisièmement, les résultats de cette étude montrent que l'II apporte une contribution unique à la prédiction des symptômes d'ordre et de symétrie. Ceci est corroboré par les résultats d'autres recherches qui ont montré des liens similaires (Taylor et al., 2010; Wheaton, Abramowitz, Berman, Riemann, & Hale, 2010). Une explication possible est que les symptômes d'ordre et de symétrie peuvent avoir plusieurs fonctions. Alors que certains auteurs ont mis l'emphase sur le fait que ces symptômes spécifiques aient pour fonction la réduction d'un sentiment d'incomplétude (Ecker & Gönner, 2008), Wheaton et al. (2010) ainsi que Summerfeldt (2007) avancent l'idée que les symptômes d'ordre et de symétrie servent effectivement à cette fonction, mais qu'elles servent parfois aussi à diminuer la crainte qu'un événement négatif survienne. Bien que le lien entre la préoccupation pour l'ordre et la symétrie et la difficulté à tolérer la possibilité qu'un événement négatif survienne puisse paraître illogique, le concept de pensée magique pourrait permettre d'expliquer ce lien. En effet, Spears (2015) avance l'idée que dans le

TOC, certaines compulsions pouvant paraître anodines sont souvent motivées par la croyance selon laquelle le fait de ne pas les accomplir pourrait porter malchance. Dans son étude portant sur 246 étudiants universitaires, Spears (2015) a effectivement montré que la pensée magique était liée aux symptômes spécifiques d'ordre et de symétrie. Ainsi, il apparaît plausible qu'en contexte d'incertitude, les individus ayant un niveau d'II élevé cherchent à contrôler l'incertitude par l'intermédiaire de comportements superstitieux tels que les compulsions d'ordre et de symétrie.

Contribution unique de la RE

Les résultats aux analyses de régression multiples hiérarchiques ont montré que la RE apporte une contribution unique à la prédiction des symptômes du TOC, ce qui soutient également la deuxième hypothèse. Ces résultats apportent donc un soutien empirique à la théorie de Salkovskis (1985, 1989) et sont cohérents avec les nombreuses études ayant identifié un lien entre la RE et les symptômes du TOC (Arntz et al., 2006; Foa et al., 2001; Foa et al., 2002; Lopatka & Rachman, 1995; Rhéaume et al., 2000; Salkovskis et al., 2000; Wilson & Chambless, 1999). Pris ensemble, ces résultats soutiennent l'idée que le fait de s'attribuer un haut niveau de responsabilité suscite un sentiment anxigène d'imputabilité auquel les individus souhaitent répondre à l'aide de leurs compulsions.

En ce qui concerne les symptômes spécifiques du TOC, la RE a permis d'apporter une contribution unique à la prédiction des symptômes de vérification compulsive. Ce

résultat est cohérent avec Rachman (2002) qui met l'emphase sur les symptômes de vérification dans sa théorie de la responsabilité excessive.

Ce n'est toutefois pas le cas pour les symptômes d'obsession et d'ordre. Concernant les obsessions, il est étonnant de ne pas constater de liens significatifs avec la RE. En effet, ces résultats contrastent avec les résultats de Fritzier et al. (2008) qui ont trouvé que, lorsque le contenu d'une pensée est menaçant, la présence d'un sentiment de responsabilité est associée à une augmentation significative de l'occurrence de cette pensée. Cette différence de résultats pourrait être expliquée par le fait que l'occurrence des pensées intrusives soit principalement liée à la PC et à l'II; co-variables que Fritzier et al. (2008) n'ont pas incluses dans leur étude. Par ailleurs, les résultats de la présente étude concordent avec les travaux d'autres chercheurs. Dans une étude portant sur des individus ayant différents symptômes anxieux, Cogle et al. (2007) ont utilisé plusieurs mesures de responsabilité excessive. L'une d'elles évaluait le niveau de conviction qu'avaient les participants quant à leur sentiment de responsabilité et leurs résultats ont montré que tous les symptômes du TOC sont associés à cette mesure de la responsabilité excessive. Toutefois, alors que le niveau de responsabilité permet de distinguer les individus ayant un TOC de type vérification d'avec les individus ayant un autre trouble anxieux, il ne permet pas de distinguer les individus ayant un TOC sans vérification d'avec les individus ayant un autre trouble anxieux. De la même manière, en comparant des individus ayant un TOC de type vérification et des individus ayant un TOC d'autres types, Foa et al. (2002) ont montré qu'un niveau élevé de responsabilité excessive est

une caractéristique spécifique des symptômes de vérification compulsive. En somme, conjointement aux résultats de Cougle et al. (2007) et de Foa et al. (2002), la présente étude suggère que la responsabilité excessive est un bon prédicteur des symptômes du TOC et plus spécifiquement pour les symptômes de vérification compulsive.

Contribution unique de la PC

Les résultats des analyses de régression multiple hiérarchiques ont également montré que la PC contribue de manière unique à la prédiction des symptômes du TOC, ce qui soutient la deuxième hypothèse.

Ces résultats soutiennent les modèles théoriques incluant la PC qui soutiennent qu'une orientation de l'attention sur le moment présent et une attitude de non-jugement sont associées à un plus faible niveau de symptômes du TOC. Par ailleurs, l'observation plus approfondie des différentes sous-échelles de la PC a révélé que seule l'attention contribue de manière unique à la prédiction des symptômes du TOC. La capacité à orienter son attention sur le moment présent semble donc être la dimension essentielle de l'effet de la PC sur les symptômes du TOC. Ceci est cohérent avec les études qui montrent que le surinvestissement des détails (Zor et al., 2009) et le surinvestissement des informations relatives aux risques (Radomsky et al., 2001) suscitent une altération de l'attention qui, par la suite, occasionne un chaos mental ainsi que des incertitudes, qui permettent d'expliquer les comportements obsessionnels-compulsif (van den Houte et Kindt, 2004).

En ce qui concerne les symptômes spécifiques du TOC, les résultats ont permis de montrer que la PC apporte une contribution unique à la prédiction des symptômes d'obsession. Ceci est cohérent avec les résultats de Wetterneck et al. (2014) qui ont montré un lien clair entre l'évitement expérientiel et les obsessions. Ce lien pourrait être expliqué par le fait que ces deux construits reflètent des états mentaux totalement opposés. D'un côté, l'obsession est un contenu mental associé à une attitude de non-acceptation (APA, 2013), alors que la PC est un état cognitif caractérisé par la souplesse et l'acceptation des contenus mentaux (Kabat-Zin, 1994). Cette idée est cohérente avec le fait que l'observation plus approfondie des différentes sous-échelles de la PC a révélé que c'est principalement le non-jugement et, dans une moindre mesure, l'attention qui permet de prédire les obsessions.

Concernant la vérification, tout comme pour l'échelle globale, aucune sous-échelle de la PC n'apporte une contribution unique à la prédiction de ces symptômes spécifiques. Ceci est cohérent avec les résultats de Wetterneck et al. (2014) qui n'ont pas trouvé de lien entre l'évitement expérientiel et la vérification compulsive. Ceci pourrait notamment s'expliquer par la force du lien entre, d'une part, ce type de symptômes et d'autre part, l'II et la RE qui ont été incluses comme covariables. Ainsi, ces résultats suggèrent que l'II et la RE seraient des prédicteurs plus pertinents que la PC pour les symptômes spécifiques de vérification.

Enfin, concernant l'ordre et la symétrie, bien que l'échelle globale de la PC n'apporte aucune contribution unique à la prédiction de ces symptômes spécifiques, l'attention est la seule sous-échelle apportant une telle contribution. Ceci est cohérent avec les résultats Wetterneck et al. (2014) qui ont obtenu des résultats mitigés entre l'évitement expérientiel et ces symptômes. Le lien observé ici entre l'attention et ces symptômes spécifiques pourrait s'expliquer par le fait que porter son attention sur le moment présent diminue l'attention portée sur la prévention des risques imaginés et qu'en conséquence, diminue le besoin d'accomplir des rituels à connotation superstitieuse. Une autre explication possible du lien entre l'attention et les symptômes d'ordre et de symétrie inclut la notion de préoccupation pour l'esthétique. En effet, Summerfeldt, Gilbert et Reynolds (2015) ont montré que le sentiment d'incomplétude caractéristique du symptôme d'ordre et de symétrie est associé à une plus forte sensibilité ainsi qu'à une recherche d'esthétique. En complément, Dias (2012) ainsi que Harrison et Clark (2016), ont montré que la PC est associée à une amplification de l'appréciation esthétique. Pris conjointement, ces résultats laissent croire qu'il est possible que le fait d'orienter son attention vers le moment présent contribue à satisfaire les besoins esthétiques, ce qui diminue le caractère impérieux du désir de satisfaire ce besoin à travers des compulsions d'ordre et de symétrie.

Pris ensemble, les résultats de ces régressions confirment partiellement la deuxième hypothèse. En effet, ils suggèrent que l'II est un prédicteur général de tous les symptômes du TOC inclus dans cette étude, alors que la RE est un prédicteur plutôt

spécifique des symptômes de vérification et que la PC est un prédicteur plutôt spécifique des obsessions et des symptômes d'ordre et de symétrie.

Effets indirects de l'II sur les symptômes du TOC

La troisième hypothèse de cette étude était que l'II a un effet indirect sur les symptômes du TOC par l'intermédiaire de la RE et de la PC. Les analyses ont révélé que la RE et la PC médient significativement le lien entre l'II et les symptômes globaux du TOC, ce qui soutient cette hypothèse.

Effets indirects par l'intermédiaire de la RE

L'effet indirect par l'intermédiaire de la RE observé dans la présente étude pourrait s'expliquer par des éléments théoriques amenés par Rachman (2002) qui stipule que les individus ayant de la difficulté à tolérer l'incertitude peuvent avoir tendance à se sentir plus responsables de prévenir les possibilités qu'un événement négatif se produise et, qu'en conséquence, ils peuvent avoir tendance à émettre davantage de comportements compulsifs visant à contrôler l'incertitude. Par ailleurs, l'emphase que ces explications mettent sur les symptômes de vérification est cohérente avec le fait que l'examen des effets indirects de l'II sur les sous-types de symptômes n'ait révélé un effet médiateur de la RE que pour ce type de symptôme.

Effets indirects par l'intermédiaire de la PC

Quant à lui, l'effet indirect par l'intermédiaire de la PC observé dans la présente étude pourrait s'expliquer par le fait que l'II prédispose à ne pas accepter les aspects incertains de l'expérience vécue et à orienter l'attention sur l'évaluation des menaces (Dugas, et al., 1997) ainsi que sur le passé et le futur plutôt que sur le moment présent (Liao & Wei, 2011; Yook, Kim, Suh, & Lee, 2010). Par la suite, cette altération de l'acceptation et de l'attention pourrait favoriser l'émergence de symptômes du TOC.

En lien avec cette explication, il est pertinent de rappeler que l'II, par l'intermédiaire de l'attention, présente de nombreux effets indirects spécifiques; c'est à dire sur les symptômes globaux du TOC, sur les symptômes spécifiques d'obsession ainsi que sur les symptômes spécifiques d'ordre et de symétrie. Ceci soutient l'hypothèse que l'altération du rapport au moment présent est une explication clé dans le lien indirect entre l'II et les symptômes du TOC. Un exemple typique permettant d'illustrer cet enchaînement est le suivant : un individu qui verrouille sa porte et qui ne tolère pas l'incertitude aura tendance à porter son attention sur les risques futurs, ce qui aura pour effet de saturer sa mémoire de travail et, ainsi, de le déconnecter de son expérience immédiate. Par la suite, cette altération attentionnelle, interférant avec l'encodage, aura pour effet de semer des doutes quant au fait d'avoir bien verrouillé la porte et, en conséquence, pourra avoir un impact sur l'occurrence d'intrusions cognitives associées à des vols par effraction ainsi qu'à des comportements superstitieux tels que les compulsions d'ordre et de symétrie. En plus d'être soutenue par les résultats de la

présente étude, cette explication est cohérente avec les résultats de Radomsky et al., (2001) qui ont montré qu'en situation d'incertitude face à une menace, l'attention est principalement portée sur les informations reliées aux risques, ce qui sature la mémoire de travail, diminue l'encodage d'informations contextuelles et par le fait même, renforce le sentiment d'incertitude. Cette explication est également cohérente avec les travaux de van den Hout et Kindt (2004) qui avance que l'incertitude motive les individus à accomplir des compulsions.

De plus, il est pertinent de rappeler que le non-jugement est l'échelle dont l'effet médiateur est le plus fort entre l'II et les symptômes d'obsession. Ceci pourrait s'expliquer par un phénomène appelé la fusion pensée-action. Cette croyance très fréquente dans le TOC (Amir, Freshman, Ramsey, Neary, & Brigidi, 2001; Bailey, Wu, Valentin, & McGrath, 2014) consiste notamment à considérer que le fait d'avoir une obsession liée à un événement ouvre la porte à la possibilité que cet événement se réalise. Ainsi, dans un contexte où l'occurrence d'une pensée ouvre la porte sur la possibilité incertaine qu'elle se réalise, il est possible de croire que l'II diminue l'acceptation face au contenu de ces pensées. Par la suite, la non-acceptation pourrait, à son tour, entraîner des stratégies compulsives ayant pour but d'éliminer l'incertitude qu'occasionne l'occurrence de ces pensées intrusives.

Commentaires généraux sur les effets médiateurs observés

À la lumière de ces analyses, il apparaît que l'II présente un effet direct sur l'ensemble des symptômes globaux et spécifiques du TOC. Ceci confirme l'ensemble des travaux qui soulignent le caractère incontournable de l'II comme facteur de développement et de maintien du TOC. De plus, il apparaît qu'en fonction du type de symptômes, les effets indirects de l'II sur les symptômes du TOC ne soient pas les mêmes. En effet, pour la vérification compulsive, l'II présente un effet indirect par l'intermédiaire de la RE, alors que pour les symptômes obsession cet effet indirect passe plutôt par l'intermédiaire de la PC et plus précisément, de l'attention et du non-jugement. Bien que difficile à comprendre à la lumière des théories existantes, cette divergence pourrait s'expliquer par la différence entre l'aspect comportemental et cognitif de l'expérience subjective des individus ayant un TOC. D'une part, la responsabilité excessive, tout comme les symptômes de vérification, concerne essentiellement la dimension comportementale de l'expérience. En effet, bien que les items du RAS évaluent plusieurs aspects associés aux pensées, la majorité de ses items incluent une dimension comportementale (p. ex., "J'ai fait plusieurs choses dans le passé afin de prévenir du mal aux autres"). D'autre part, la PC, tout comme les symptômes d'obsession, concerne principalement la dimension cognitive de l'expérience. En effet, les items du FFMQ évaluent principalement la dimension cognitive (p. ex., J'observe mes sentiments sans me laisser emporter par eux). Cette explication est cohérente avec une étude de Wetterneck et al. (2014), dont les résultats ont montré que l'occurrence d'obsessions est le seul type de symptômes obsessionnel-compulsif ayant un lien clair avec l'évitement expérientiel (concept

apparenté à la PC). Il convient toutefois de nuancer ces propos puisque, malgré l'absence d'effet indirect par l'intermédiaire de la PC prise dans son ensemble, l'attention a un effet médiateur sur le lien entre l'II et les symptômes d'ordre et de symétrie.

Implications cliniques et théoriques

Au plan clinique, ces résultats ouvrent des pistes d'intervention intéressantes. Tout d'abord, considérant le fait que l'II a un lien fort avec l'ensemble des symptômes du TOC ainsi qu'avec l'ensemble des médiateurs à l'étude, il apparaît important de considérer l'inclusion de l'II dans les traitements pour ce trouble. À cet effet, des études récentes montrent qu'une exposition ciblée sur les incertitudes est efficace pour le traitement du TAG (Dugas et al., 2010; Robichaud, 2013). Les résultats de la présente étude suggèrent qu'une telle stratégie pourrait être pertinente pour le traitement du TOC. De plus, certains chercheurs évoquent qu'en fonction du sous-type de symptômes, les individus ayant un TOC répondent différemment aux thérapies cognitives-comportementales (Starcevic & Brakoulias, 2008). Dans cet ordre d'idée, la présente recherche apporte de nouvelles connaissances quant aux mécanismes sous-jacents aux différents sous-types de symptômes. En effet, les résultats suggèrent que pour la vérification compulsive, il serait pertinent de cibler la RE, alors que pour l'occurrence d'obsession et pour les symptômes d'ordre et de symétrie, les stratégies visant la PC seraient plus appropriées. Enfin, dans une étude qualitative portant sur la perception des participants d'un groupe de méditation de type PC, Moss, Waugh et Barnes (2008) décrivent que ceux-ci considèrent généralement les exercices de méditation comme étant

un défi incertain et difficile. En effet, malgré la psychoéducation portant sur la PC incluse dans les séances, les participants de cette étude rapportaient avoir parfois du mal à saisir le sens de la PC ainsi que le but de la pratique. Dans cet ordre d'idée, la recherche actuelle montre que l'attention et le non-jugement sont les dimensions de la PC les plus liées aux symptômes du TOC. Ainsi, dans l'optique de minimiser une incertitude conceptuelle inconfortable pour les individus ayant un TOC, il pourrait être pertinent de mettre l'emphase sur ces deux dimensions dans le contexte d'un traitement pour le TOC utilisant des stratégies de méditation. Une telle adaptation de la psychoéducation pourrait avoir l'avantage d'être plus concrète et de cibler plus spécifiquement le vécu subjectif impliqué dans les symptômes des individus ayant un TOC.

Au plan de la recherche scientifique, la présente thèse apporte de nouvelles connaissances. Tout d'abord, pris ensemble, ces résultats soulignent l'importance de s'intéresser aux mécanismes cognitifs spécifiques associés aux symptômes spécifiques du TOC et soulignent ainsi les limites des approches transdiagnostiques dans lesquelles les différents troubles proviendraient essentiellement de facteurs communs. En effet, la présente recherche montre que les mécanismes cognitifs (y compris la PC qui est considérée comme un facteur commun) se déploient différemment selon le type de symptômes, et ce, à l'intérieur d'un même trouble. Une explication possible à ces observations est qu'alors que la PC reflète un vaste construit caractérisé par une orientation de l'attention sur le moment présent et une attitude générale d'acceptation, l'II reflète un construit précis caractérisé par une orientation spécifique de l'attention vers

le passé et le futur ainsi que par une attitude de non-acceptation spécifique de l'incertitude. Il est donc raisonnable de croire que l'II et la PC (tout en étant distincts) mesurent des phénomènes similaires, mais qui divergent quant à leur niveau de spécificité. Ceci permettrait d'expliquer pourquoi la PC a un pouvoir explicatif dans de nombreux troubles de santé mentale tels que le trouble de personnalité limite (Linehan, 1993), la dépression (Teasdale et al., 2000), le TAG (Roemer & Orsillo, 2002), l'abus de substance (Marlat, 2002) et les troubles alimentaires (Telch, Agras, & Linehan, 2001), alors que l'II a un pouvoir explicatif beaucoup plus solide lorsqu'il se déploie dans des troubles qui lui sont spécifiques tels que le TOC. De plus, cette recherche permet de clarifier le rôle respectif des différents mécanismes cognitifs à l'étude. En effet, les résultats des analyses de médiation suggèrent qu'il est possible de considérer ces mécanismes dans un modèle séquentiel où l'II présente à la fois des effets directs et indirects sur les différents symptômes du TOC. Ceci répond en partie aux pistes proposées par Shapiro et al. (2006) qui suggèrent de tester des modèles de médiations afin de mieux comprendre les mécanismes de la PC.

Limites de cette étude

Bien que la présente thèse apporte de nouvelles connaissances pertinentes à la clinique et à la recherche, les résultats et les conclusions rapportés dans cette étude doivent être interprétés dans le contexte des limites relatives à sa méthodologie.

Premièrement, cette étude est basée sur des données provenant de questionnaires auto-rapportés. Il est à noter que ce type de mesure peut être sensible à certaines sources de biais tels que la désirabilité sociale des participants. La méthode par questionnaire est toutefois largement utilisée dans les recherches actuelles sur le TOC. De plus, afin de limiter cette source de biais, les propriétés psychométriques de l'ensemble des questionnaires utilisés dans cette étude ont été validées et ceux-ci ont été utilisés dans plusieurs autres études. Par ailleurs, une attention particulière a été portée à l'utilisation du FFMQ (mesure de la PC) en suivant les recommandations de Williams et al. (2014) qui suggèrent d'exclure certains items lorsque cette échelle est utilisée auprès d'un échantillon d'individus n'ayant pas d'expérience de méditation.

Deuxièmement, l'échantillon inclue dans cette étude a été constitué à partir d'une population d'étudiants universitaires. Ainsi, en plus d'être exclusivement étudiants, la majorité des participants sont célibataires, nés au Québec, de sexe féminin et âgés entre 18 et 24 ans. L'homogénéité des participants limite donc la possibilité de généraliser les résultats à l'ensemble de la population. Néanmoins, il est à noter qu'afin de pallier à cette source de biais, l'impact de ces variables a été vérifié à l'aide de tests t et d'ANOVA, puis que les variables pertinentes ont été incluses comme variables contrôles dans les analyses subséquentes.

Troisièmement, l'échantillon utilisé dans cette étude est non clinique et aucune évaluation diagnostique n'a été effectuée afin d'identifier la présence d'un TOC chez les

participants. Dans cet ordre d'idée, la moyenne des résultats à l'échelle OCI-R ($M = 14,206$; $ÉT = 10,908$) obtenue dans cette étude était plus faible que celles observées dans des échantillons cliniques tels que celles rapportées par Peng, Yang, Miao, Jing et Chan (2011; $M = 22,52$ $ÉT = 12,43$) et par Abramowitz, Tolin et Diefenbach (2005; $M = 29,10$; $ÉT = 11,70$). Ceci suggère donc de demeurer prudent dans la généralisation des résultats de cette étude à la population des individus ayant un diagnostic de TOC. Il convient toutefois de préciser que la moyenne obtenue dans cette étude est comparable à celles obtenues auprès d'autres échantillons d'étudiants tels que celles rapportées par Peng et al., (2011; $M = 16,53$; $ÉT = 8,76$) et par Hajcak et al. (2004; $M = 18,91$ $ÉT = 11,38$).

Quatrièmement, les résultats de cette étude reposent sur des analyses de type corrélationnelles. Bien que ces analyses soient utiles afin de quantifier le lien entre deux variables, elles sont limitées quant à leur capacité à statuer hors de tout doute sur le sens du lien entre celles-ci. Ainsi, dans cette étude, les résultats soutiennent l'hypothèse selon laquelle l'II influence les symptômes du TOC de manière directe ainsi que de manière indirecte par l'intermédiaire de la RE et de la PC. Or, la vérification empirique d'un modèle dont la logique est causale nécessite une méthodologie qui dépasse les analyses de type corrélationnelles (Preacher & Hayes, 2004; 2008). La méthodologie actuelle n'exclut donc pas la possibilité d'envisager certaines explications alternatives. Par exemple, il serait justifié d'imaginer qu'en favorisant l'acceptation, la PC ait pour effet de diminuer la tendance d'un individu à ne pas tolérer les incertitudes, puis que cette

modification de l'attitude face aux incertitudes résulte en une diminution des symptômes du TOC. La présence de possibilités d'explications alternatives suggère donc de préserver une ouverture d'esprit face aux différents modèles qui pourraient être envisagés afin de comprendre la manière dont les variables à l'étude sont interreliées.

Cinquièmement, bien que cette étude ait inclus un très grand nombre de variables, certains mécanismes particulièrement importants dans l'explication du TOC tels que le perfectionnisme (Bouchard et al., 2001; OCCWG 2003; 2005), la tendance à chercher à contrôler ses pensées (Purdon et Clark, 1999; OCCWG 2003; 2005), la tendance à surestimer les risques (Menzies et al., 2000; OCCWG 2003; 2005), l'importance attribuée aux pensées (OCCWG 2003; 2005), ainsi que la tendance à douter de sa mémoire (Van den Houte & Kindt, 2004; 2009) n'ont pas été inclus dans les analyses. Cette thèse ne doit donc pas être comprise comme une tentative de créer un modèle final ayant pour but d'expliquer l'ensemble des phénomènes obsessionnels-compulsifs. Elle doit plutôt être envisagée comme un processus visant à contribuer à l'unification de certaines variables centrales à ce trouble.

Pistes de recherche futures

De manière générale, le fait que les hypothèses présentées dans cette recherche aient été soutenues par les analyses indique qu'il serait pertinent de poursuivre les recherches visant l'intégration des mécanismes cognitifs dans l'explication des symptômes du TOC.

Premièrement, en raison de l'importance des liens observés entre l'II et l'ensemble des variables à l'étude, celle-ci apparaît comme un mécanisme incontournable dans le TOC et devrait donc systématiquement être incluse dans les recherches portant sur les mécanismes cognitifs du TOC.

Deuxièmement, en raison du caractère prometteur du modèle présenté dans cette thèse, il serait pertinent de le tester dans le cadre d'études palliant aux limites méthodologiques de celle-ci. Il serait donc pertinent de reproduire cette étude auprès d'un échantillon d'individus ayant un diagnostic de TOC et ayant un profil sociodémographique plus représentatif de la population générale. De plus, il serait pertinent de classer les participants selon le sous-type de symptômes spécifiques du TOC qu'ils présentent. Une telle classification auprès d'une population clinique permettrait d'établir des liens beaucoup plus clairs entre ces symptômes spécifiques et leurs mécanismes psychologiques respectifs.

Troisièmement, en s'inspirant des stratégies thérapeutiques ciblant l'II dans le TAG (Dugas et al., 2010; Robichaud, 2013), il serait pertinent d'effectuer une étude de traitement similaire pour le TOC, tout en mesurant de manière répétée les différentes variables utilisées dans la présente étude. En plus d'avoir l'utilité de vérifier de manière empirique si cette stratégie est efficace pour le TOC, une telle étude permettrait de tester plus en profondeur la logique causale du modèle présenté dans cette thèse. En effet, en intervenant directement sur le niveau d'II, le devis expérimental permettrait de postuler

une antécédence temporelle de l'II sur les autres variables. Il deviendrait alors possible d'observer plus rigoureusement l'effet des fluctuations de l'II sur la RE et la PC en tant que médiateurs de la diminution des symptômes du TOC.

Quatrièmement, la présente étude révèle que la PC ainsi que ses différentes dimensions ne sont pas toutes liées de la même manière aux symptômes du TOC, ce qui suggère qu'elles pourraient avoir des effets spécifiques. Dans cet ordre d'idée, il serait pertinent d'effectuer davantage de travaux afin de mieux comprendre les effets spécifiques la PC sur les différents symptômes d'autres troubles psychologiques.

Conclusion

En conclusion, la présente thèse s'inscrivait dans une tentative d'unifier les perspectives issues de la deuxième et de la troisième vague de modèles cognitivo-comportementales. Elle visait à explorer la manière dont différents mécanismes cognitifs issus de ces modèles sont liés entre eux afin de prédire les symptômes du TOC. Dans cette optique, cette recherche est la première à inclure l'II, la RE et la PC dans un modèle intégratif visant à prédire les symptômes du TOC. De plus, elle est la première à tester un modèle de médiation visant à expliquer la manière dont ces variables sont interreliées.

Les résultats de cette recherche ont permis de souligner le rôle incontournable de l'II dans l'explication des symptômes généraux du TOC ainsi que dans l'explication des symptômes spécifiques de vérification, d'obsessions et de doute et de symétrie. Ils ont également permis de clarifier les rôles de la RE et de la PC en tant que médiateurs de ces liens. Enfin, ils ont permis de préciser le rôle respectif des différentes dimensions de la PC dans l'explication des différents symptômes du TOC.

Les conclusions qui ressortent de cette recherche permettent de concilier la perspective valorisant l'identification des facteurs spécifiques que l'on retrouve dans la deuxième vague de modèles cognitivo-comportementales avec la perspective transdiagnostique de la troisième vague. D'une part, la PC, variable considérée par la

troisième vague comme un facteur commun aux différents troubles psychologiques, contribue effectivement à expliquer les symptômes du TOC, et ce, même lorsque d'autres variables pertinentes sont incluses dans le modèle. Ceci souligne l'importance de la PC dans le TOC et soutient ainsi l'idée que ce mécanisme transdiagnostique est pertinent dans l'explication de ce trouble. D'autre part, le fait que les effets médiateurs de la RE et des dimensions de la PC soient différents en fonction des symptômes spécifiques du TOC souligne l'importance de considérer les facteurs spécifiques en jeu dans ce trouble. Ce modèle ouvre donc la voie à un dialogue plus riche entre les différentes vagues de modèles cognitivo-comportementales.

Au plan clinique, les résultats de cette recherche suggèrent de considérer l'II comme étant une cible prioritaire dans le traitement du TOC. Ils suggèrent également d'accorder une importance particulière à la RE dans le traitement des symptômes de vérification, ainsi qu'à la PC dans le traitement des symptômes d'obsession, d'ordre et de symétrie. Enfin, ces résultats suggèrent de cibler principalement les dimensions attention et non-jugement de la PC lorsque des stratégies de méditation sont utilisées pour le traitement du TOC.

Bien qu'au plan empirique et clinique, le modèle présenté dans cette thèse est prometteur, la méthodologie utilisée comporte certaines limites. La réplication de cette étude auprès d'échantillons plus représentatifs de la population et auprès d'échantillons cliniques permettrait de pallier à certaines d'entre elles. De plus, des études intervenant

sur le niveau d'II permettraient de tester de manière plus rigoureuse la logique causale de ce modèle. Enfin, l'inclusion d'autres variables cognitives pertinentes permettrait de poursuivre le travail d'intégration des différents modèles cognitivo-comportementales qui se côtoient actuellement.

Références

- Abramowitz, J. S., Tolin, D. F., & Diefenbach, G. J. (2005). Measuring Change in OCD: Sensitivity of the Obsessive-Compulsive Inventory-Revised. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *27*(4), 317-324. doi:10.1007/s10862-005-2411-y
- Adam, Y., Meinschmidt, G., Gloster, A. T., & Lieb, R. (2012). Obsessive-compulsive disorder in the community: 12-month prevalence, comorbidity and impairment. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *47*, 339-349. doi: 10.1007/s00127-010-0337-5
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4e éd.). Washington, D.C.: APA.
- Amir, N., Freshman, M., Ramsey, B., Neary, E., & Brigidi, B. (2001). Thought-action fusion in individuals with OCD symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, *39*(7), 765-776. doi:10.1016/S0005-7967(00)00056-5
- André, C. (2011). *Méditer jour après jour*. Paris, Iconoclastes. 304p.
- Arntz, A., Voncken, M., & Goosen, A. (2007). Responsibility and obsessive-compulsive disorder: An experimental test. *Behaviour Research and Therapy* *45*, 425-435. doi: 10.1016/j.brat.2006.03.016
- Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *10*, 125-143.
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietmeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, *13*(1), 27-45.
- Baer, R. A., Smith, G. T., Lykins, E., Button, D., Krietmeyer, J., Sauer, S., Walsh, E, Duggan, D., & William, J. M. (2008). Mindfulness Questionnaire in Meditating and Nonmeditating Samples. *Assessment*, *15*, 329-342. doi: 10.1177/1073191107313003
- Baillargeon, A., Morin, K., Routhier, S., Hébert, R., & Gosselin, P. (avril, 2008). Perfectionnisme dysfonctionnel, responsabilité excessive, intolérance à l'incertitude et indécision : rôle distinctif aux niveaux des obsessions et des compulsions. Communication présentée au colloque annuel du Département de psychologie de l'Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Québec.

- Bailey, B. E., Wu, K. D., Valentiner, D. P., & McGrath, P. B. (2014). Thought–action fusion: Structure and specificity to OCD. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, *3*(1), 39-45. doi:10.1016/j.jocrd.2013.12.003
- 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*, 117-125. doi:10.1016/j.janxdis.2007.01.004
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carslon, L., Anderson, N. D., Carmody, J., Segal, Z. V. et al. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *11*, 230-241. doi:10.1093/clipsy/bph077
- Boelen, P. A., & Reijntjes, A. (2009). Intolerance of uncertainty and social anxiety. *Journal of Anxiety Disorders*, *23*, 130-135. doi: 10.1016/j.janxdis.2008.04.007
- Borkovec, T. D., & Newman, M. G. (1998). Worry and generalized anxiety disorder. Dans A. S. Bellack, M. Hersen, et P. Salkovskis (Éds), *Comprehensive clinical psychology: Vol. 6. Adults: Clinical formulation and treatment*. (pp. 439-459). Oxford, England: Pergamon Press.
- Boschen, M. J., & Vuksanovic, D. (2007). Deteriorating memory confidence, responsibility perceptions and repeated checking: Comparisons in OCD and control samples. *Behaviour Research and Therapy*, *45*, 2098-2109.
- Bouchard, C., Rhéaume, J., & Ladouceur, R. (2001). Responsibility and perfectionism in OCD: An experimental study. *Behaviour Research And Therapy*, *37*, 239-248.
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, *84*, 822–848.
- Buhr, K., & Dugas, M. J. (2002). The intolerance of uncertainty scale: Psychometric properties of the English version *Behaviour Research and Therapy*, *40*, 931 - 945.
- Clark, D. A. (2014). *Cognitive-Behavioral Therapy for OCD*. The Guilford press, London, 324 p.
- Cogle, J. R., Lee, H., & Salkovskis. (2007). Are responsibility beliefs inflated in non-checking OCD patient? *Journal of Anxiety Disorders*, *21*, 153-159.
- Crino, R., Slade, T., & Andrews, G. (2005). The Changing Prevalence and Severity of Obsessive-Compulsive Disorder Criteria From DSM-III to DSM-IV. *American Journal of Psychiatry*, *162*, 876-882.

- Diaz, F. M. (2012). A preliminary investigation into the effects of a brief mindfulness induction on perceptions of attention, aesthetic response, and flow during music listening. *Dissertation Abstracts International Section A*, 72, 3188.
- Dionne, F., Blais, M-C, Boisvert, J-M., Beaudry, M., & Cousineau, P. (2010). Optimiser la thérapie comportementale et cognitive avec les innovations de la troisième vague. *Revue francophone de clinique comportementale et cognitive*, Vol. XV (1), 1-15
- Drouin, D. (2014). *Mécanismes psychologiques prédictifs des symptômes du TAG : intolérance à l'incertitude et pleine conscience* (thèse de Doctorat), Université de Sherbrooke, Sherbrooke.
- Dugas, M. J., Brillon, P., Savard, P., Turcotte, J. Gaudet, A. Ladouceur, R., Leblanc, R., & Gervais, N. J. (2010) A randomized clinical trial of cognitive-behavioral therapy and applied relaxation for adults with generalized anxiety disorder, *Behavior Therapy*, 41, 46–58.
- Dugas, M. J., Freston, M. H. et Ladouceur, R. (1997). Intolerance of uncertainty and problem orientation in worry. *Cognitive Therapy and Research*, 21, 593-606.
- Dugas, M. J., Gosselin, P., & Ladouceur, R. (2001). Intolerance of uncertainty and worry: Investigating specificity in a nonclinical sample. *Cognitive Therapy and Research*, 25, 551-558.
- Dugas, M. J., Marchand, A., & Ladouceur, R. (2005). Further validation of a cognitive-behavioral model of generalized anxiety disorder: Diagnostic and symptom specificity. *Journal of Anxiety Disorders*, 19, 329–343.
- Ecker, W., & Gönner, S. (2008). Incompleteness and harm avoidance in OCD symptom dimensions *Behaviour Research and Therapy*, 46, 895–904. doi:10.1016/j.brat.2008.04.002
- Eisen, J. L., Mancebo, M. A., Pinto, A., Coles, M. E., Pagano, M. E., Stout, R., & Rasmussen, S. A. (2006). Impact of obsessive-compulsive disorder on quality of life. *Comprehensive Psychiatry*, 47, 270-275.
- Fairfax, H. (2008). The use of mindfulness in obsessive compulsive disorder: Suggestions for its application and intergration in existing treatment. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 15, 53-59. DOI: 10.1002/cpp.557
- Farrell, L. J., Waters, A. M., Boschen, M. J., & Milliner, E. L. (2011). Responsibility Beliefs, Memory Confidence, Intolerance of Uncertainty and the Urge to Check in

- Childhood Obsessive-Compulsive Disorder: An Examination of Cognitive Theory. *Behaviour Change*, 28(3), 128-142. doi:10.1375/bech.28.3.128
- Foa, E. B., Amir, N., Bogert, K. V., Molnar, C., & Prezworski, A. (2001). Inflated perception of responsibility for harm in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 15, 259-275.
- Foa, E. B., Huppert, J. D., Leiberg, S., Langner, R., Kichic, R., Hajcak, G., & Salkovskis, P. M. (2002). The Obsessive-Compulsive Inventory: Development and Validation of a Short Version. *Psychological Assessment*, 14, 485-496. DOI: 10.1037//1040-3590.14.4.485
- Foa, E. B., Kozak, M. J., Salkovskis, P., Coles, M. E., & Amir, N. (1998). The validation of a new obsessive-compulsive disorder scale: The Obsessive-Compulsive Inventory. *Psychological Assessment*, 10, 206-214.
- Foa, E. B., Sacks, M. B., Tolin, D. F., Prezworski, A., & Amir, N. (2002) Inflated perception of responsibility for harm in OCD patients with and without checking compulsions: A replication and extension. *Journal of Anxiety Disorders*, 16, 443-43.
- Frazier, P. A., Tix, A. P., & Barron, K. E. (2004). Testing Moderator and Mediator Effects in Counseling Psychology Research. *Journal of Counseling Psychology*, 51, 115 - 134. doi: 10.1037/0022-0167.51.1.115
- Fritzler, B., Hecker, J. E., & Fawzy, T. I. (2008). From intrusive thought to obsessions: The role of perceptions of responsibility, salience and thought suppression. *Journal of Behavior Therapy*, 39, 610-624.
- Freeston, M. H., Rheaume, J., Letarte, H., Dugas, M. J., & Ladouceur, R. (1994). Why do people worry? *Personality and Individual Differences*, 17, 791-802.
- Fullana, M. A., Mataix-Cols, D., Caspi, A., Harrington, H., Grisham, J. R., Moffitt, T. E., & Poulton, R. (2009). Obsessions and Compulsions in the Community: Prevalence, Interference, Help-Seeking, Developmental Stability, and Co-Occurring Psychiatric Conditions. *American Journal of Psychiatry*, 166(3), 329-336. doi:10.1176/appi.ajp.2008/08071006
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Delgado, P., Heninger, G. R., & Charney, D. S. (1989a). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: II. Validity. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1012-1016.
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischmann, R. L., Hill, C. L., & Charney, D. S. (1989b). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: I. Development, use, and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1006-1011.

- 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, 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, 1427-1439.
- Grayson, J. B. (2010). OCD and Intolerance of Uncertainty: Treatment Issues. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 24, 3-15.
- Gwilliam, P., Wells, A., & Cartwright-Hatton, S. (2004). Does Meta-cognition or Responsibility Predict Obsessive-Compulsive Symptoms: A Test of the Metacognitive Model. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11, 137-144. doi: 10.1002/cpp.402
- Hannan, S. E., & Tolin, D. F. (2005). Mindfulness And Acceptance-Based Behavior Therapy For Obsessive-Compulsive Disorder. Dans S. M Orsillon et L. Roemer (Éds), *Acceptance and mindfulness-Based approaches to Anxiety: Conceptualisation and Treatments*. (pp. 271-299). New-York: Springer.
- Hajcak, G., Huppert, J. D., Simons, R. F., & Foa, E. B. (2004). Psychometric properties of the OCI-R in a college sample. *Behaviour research and therapy*, 42, 115 - 123.
- Hanstede. M., Gidron. Y., & Nyklicek. I. (2008). The effects of a mindfulness intervention on obsessive-compulsive symptoms in a non-clinical student population, *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 196, 776-779.
- Harrison, N. R., & Clark, D. A. (2016). The observing facet of trait mindfulness predicts frequency of aesthetic experiences evoked by the arts. *Mindfulness*, doi:10.1007/s12671-016-0536-6
- Hayes, A. M., & Feldman, G. (2004). Clarifying the construct of mindfulness in the context of emotion regulation and the process of change in therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, 255-262.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change* (2e éd.). New York, NY US: Guilford Press.
- Heeren, A., Douilliez, C., Peschard, V., Debrauwere, L., & Philippot, P. (2011). Cross-cultural validity of the Five Facets Mindfulness Questionnaire: Adaptation and

- validation in a French-speaking sample. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, 61, 147–151.
- Hinds, A. L., Woody, E. Z., Schmidt, L. A., Van Ameringen, M., & Szechtman, H. (2015). In the wake of a possible mistake: Security motivation, checking behavior, and OCD. *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry*, 49, 133-140. doi:10.1016/j.jbtep.2015.03.016
- Holaway. R. M., Heimberg. R. G., & Coles. M. E. (2006). A comparison of intolerance of uncertainty in analogue obsessive-compulsive disorder and generalised anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 20, 158 - 174. doi: 10.1016/j.janxdis.2005.01.002
- International Personality Item Pool (2001). A scientific collaboratory for the development of advanced measures of personality traits and other individual differences. Repéré à <http://ipip.ori.org>.
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Où tu vas, tu es : apprendre à méditer en tous lieux et en toutes circonstances*. New York: Hyperion.
- Ladouceur, R., Dugas, M. J., Freeston, M. H., Rheaume, J., Blais, F., Boisvert, J. et al. (1999). Specificity of generalized anxiety disorder symptoms and processes. *Behaviour Research and Therapy*, 30, 191–207.
- Lapointe, M. B., Blanchette, I., Duclos, M., Langlois, F., Provencher, M. D., & Tremblay, S. (2013). Attentional bias, distractibility and short-term memory in anxiety. *Anxiety, Stress et Coping*, 26, 293-313 21p. doi:10.1080/10615806.2012.687722
- Lee, J. K., Orsillo, S. M., Roemer, L., & Allen, L. B. (2010). Distress and avoidance in generalized anxiety disorder: Exploring the relationships with intolerance of uncertainty and worry. *Cognitive Behaviour Therapy*, 39, 126-136.
- Lind, C., & Boschen, M. J. (2009). Intolerance of uncertainty mediates the relationship between responsibility beliefs and compulsive checking. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 1047 - 1052. doi:10.1016/j.janxdis.2009.07.005
- Linehan, M. M. (1993a). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press, 558p.
- Liao, K. Y., & Wei, M. (2011). Intolerance of Uncertainty, Depression, and Anxiety: The Moderating and Mediating Roles of Rumination. *Journal of Clinical Psychology*, 67, 1220 - 1239. doi: 10.1002/jclp.20846

- Lopatka, C., & Rachman, S. (1995). Perceived responsibility and compulsive checking: An experimental analysis. *Behaviour Research and Therapy*, *33*, 673 - 684.
- Mancebo, M. C., Greenberg, B., Grant, J. E., Pinto, A., Eisen, J. L., Dyck, I., & Rasmussen, R. A. (2008). Correlates of occupational disability in a clinical sample of obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, *49*, 43-50. doi: 10.1016/j.comppsy.2007.05.016
- Marlat, G. A. (2002). Buddhist philosophy and the treatment of addictive behavior. *Cognitive and Behavioral Practice*, *9*, 44-49.
- Mayerovitch, J. L., du Fort, G. G., Kakuma, R., Bland, R. C., Newman, S. C., & Pinard, G. (2003). Treatment Seeking for Obsessive-Compulsive Disorder: Role of Obsessive-Compulsive Disorder Symptoms and Comorbid Psychiatric Diagnoses. *Comprehensive Psychiatry*, *44*, 162-168.
- Mansell, W., Harvey, A., Watkins, E., & Shafran, R. (2009). Conceptual foundations of the transdiagnostic approach to CBT. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, *23*, 6-19.
- Menzies, R. G., Harris, L. M., Cumming, S. R., & Einstein, D. A. (2000). The relationship between inflated personal responsibility and exaggerated danger expectancies in obsessive-compulsive concerns. *Behaviour Research and Therapy*, *38*, 1029 - 1037.
- Moss, D., Waugh, M., & Barnes, R. (2008). A Tool for Life? Mindfulness as self-help or safe uncertainty. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, *3*, 123-142.
- Norton, P. J., Sexton, K. A., Walker, J. R., & Norton, G. R. (2005). Hierarchical model of vulnerabilities for anxiety - Replication and extension with a clinical sample. *Cognitive Behaviour Therapy*, *34*, 50-63. doi: 10.1080/16506070410005401
- Obsessive-Compulsive Cognitions Working Group. (2003). Psychometric validation of the obsessive belief questionnaire and interpretation of intrusions inventory—Part 1. *Behaviour Research and Therapy*, *41*, 863-878. doi: 10.1016/S0005-7967(02)00099-2
- Obsessive-Compulsive Cognitions Working Group. (2005). Psychometric validation of the obsessive belief questionnaire and interpretation of intrusions inventory—Part 2: Factor analyses and testing of a brief version. *Behaviour Research and Therapy*, *43*, 1527-1542. doi: 10.1016/j.brat.2004.07.010

- Patel, S. R., Carmody, J., & Simpson, H. B. (2007). Adapting Mindfulness-based Stress Reduction for the Treatment of Obsessive-compulsive Disorder: A Case Report, *Cognitive and Behavioral Practice*, *14*, 375-380.
- Peng, Z.-w., Yang, W.-h., Miao, G.-d., Jing, J., & Chan, R. C. K. (2011). The Chinese version of the Obsessive-Compulsive Inventory-Revised scale: Replication and extension to non-clinical and clinical individuals with OCD symptoms. *BMC Psychiatry*, *11*. doi:10.1186/1471-244X-11-129
- Preacher, K. J., & Hayes, A. F. (2004). SPSS and SAS procedures for estimating indirect effects in simple mediation models. *Behavior Research Methods, Instruments et Computers*, *36*(4), 717-731. doi:10.3758/BF03206553
- Preacher, K. J., & Hayes, A. F. (2008). Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behavior Research Methods*, *40*, 879-891. doi: 10.3758/BRM.40.3.879
- Purdon, C., & Clark, D. A. (1999). Metacognition and obsessions. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *6*, 102-110.
- Rachman, S. (2002). A cognitive theory of compulsive checking. *Behaviour Research and Therapy*, *40*, 625-639.
- Rachman, S., & De Silva, P. (1978). Abnormal and Normal Obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, *16*, 233-248.
- Radomsky, A. S., Rachman, S., & Hammond, D. (2001). Memory bias, confidence and responsibility in compulsive checking. *Behaviour Research and Therapy*, *39*, 813-822.
- Rh eaume, J., Ladouceur, R., & Freeston, M. H. (2000). The prediction of obsessive-compulsive tendencies: does perfectionism play a significant role? *Personality and Individual Differences* *28*, 583-592.
- Rh eaume, J., Ladouceur, R., & Freeston, M. H., et Letarte, H. (1994). Inflated responsibility in obsessive-compulsive disorder: Validation of an operational definition. *Behaviour Research and Therapy*, *33*, 159-169.
- Robichaud, M. (2013). Cognitive Behavior Therapy Targeting Intolerance of Uncertainty: Application to a Clinical Case of Generalized Anxiety Disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, *20*, 251-263.

- Roemer, L., & Orsillo, S. M. (2002). Expanding our conceptualization of and treatment for generalized anxiety disorder: Integrating mindfulness/acceptance-based approaches with existing cognitive-behavioral models. *Clinical Psychology: Science et Practice*, 9, 54–68.
- Rosa-Alcázar, A. I., Sánchez-Meca, J., Gómez-Conesa, A., & Marín-Martínez, F. (2008). Psychological treatment of obsessive-compulsive disorder. A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 28, 1310–1325.
- Salkovskis, P. M., & Harrison, J. (1984). Abnormal and Normal Obsessions - A replication. *Behaviour Research and Therapy*, 22, 549-552.
- Salkovskis, P. M. (1985). Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 571-583.
- Salkovskis, P. M. (1989). Cognitive-behavioural factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 677-682.
- Salkovskis, P. M., Rachman, S. J., Ladoucer, R., & Freeston, M. (1996). Defining responsibility in obsessional problems. *Proceedings of the Toronto Cafeteria*.
- Salkovskis, P. M., Wroe, A. L., Gledhill, A., Morrison, N., Forrester, E., Richards, C., Reynolds, M., & Thorpe, S. (2000). Responsibility attitudes and interpretations are characteristic of obsessive compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 347-372. doi: 10.1016/S0005-7967(99)00071-6
- Shafran, R. (2005). Cognitive-behavioral models of OCD Dans J. S. Abramowitz, et A. C. Houts (Éds), *Concepts and controversies in Obsessive-Compulsive Disorder* (pp. 229-260). New-York: Springer.
- Shapiro, S. L., Carlson, L. E., Astin, J. A., & Freedman. B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 373-386. doi: 10,1002/jclp.20237
- Sharon, R., Thordarson, D. S., & Rachman, S. (1996). Thought–action fusion in obsessive compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 10, 379–391
- Solem, S., Myers, S. G., Fisher, P. L., Vogel, P. A., & Wells, A. (2010). An empirical test of the metacognitive model of obsessive-compulsive symptoms: Replication and extention, *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 79-86. doi: 10.1016/janxdis.2009.08.009
- Spears, L. N. (2015). An examination of magical beliefs as predictors of obsessive-compulsive symptom dimensions. (76), ProQuest Information & Learning, US.

- Stein, M. B., Forde, D. R., Anderson, G., & Walker, J. R. (1997). Obsessive-Compulsive Disorder in the Community: An Epidemiologic Survey With Clinical Reappraisal. *American Journal of Psychiatry*, *154*, 1120-1126.
- Stanley, M. A., & Turner, S. M. (1995). Current Status of Pharmacological and Behavioral Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder. *Behaviour Therapy*, *26*, 163-186.
- Starcevic, V., & Brakoulias, V. (2008). Symptom subtypes of obsessive-compulsive disorder: Are they relevant for treatment? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *42*, 651-661.
- Steketee, G., Frost, R. O., & Cohen, I. (1998). Beliefs in Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of anxiety disorders*, *6*, 525-537.
- Summerfeldt, L. J. (2007). Treating Incompleteness, Ordering, and Arranging Concerns. In M. Antony, C. Purdon, L. J. Summerfeldt (Éds), *Psychological treatment of obsessive-compulsive disorder: Fundamentals and beyond* (pp. 187-207). Washington, DC, American Psychological Association. doi:10.1037/11543-008
- Summerfield, L. J., Gilbert, S. J., & Reynolds, M. (2015). Incompleteness, aesthetic sensitivity, and the obsessive-compulsive need for symmetry. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *49*, 141-149.
- Suzuki, D. T. (2003). *Essaies sur le bouddhisme zen*, Paris: Albin Michel, 1236 p.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2007). *Using Multivariate Statistics*. Boston, Pearson/Allyn & Bacon.
- Taylor, S. (2002). Cognition in obsessive compulsive disorder: An overview. Dans R. O. Frost, G. Steketee Gail (Éds), *Cognitive approaches to obsessions and compulsions: Theory, assessment, and treatment* (pp. 1-12). Amsterdam: Pergamon/Elsevier Science.
- Taylor, S., Coles, M. E., Abramowitz, J. S., Wu, K. D., Olatunji, B. O., Timpano, K. R., & Tolin, D. F. (2010). How are dysfunctional beliefs related to obsessive-compulsive symptoms? *Journal of Cognitive Psychotherapy*, *24*, 165-176. doi: 10.1891/0889-8391.24.3.165
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M. G., Ridgeway, V. A., Soulsby, J. M., & Lau, M. A. (2000). Prevention of relapse recurrence in major depression by mindfulnessbased cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *68*, 615-623.

- Telch, C. F., Agras, W. S., & Linehan, M. M. (2001). Dialectical behavior therapy for binge eating disorder. *Journal of Consulting & Clinical Psychology, 69*, 1061–1065.
- Tolin, D. F., Abramowitz, J. S., Brigidi, B. D., & Foa, E. B. (2003). Intolerance of uncertainty on obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 17*, 233-242.
- Torres, A. R., Prince, M. J., Bebbington, P. E., Bhugra, D., Brugha, T. S., Farrell, M., Jenkins, R., Lewis, G., Meltzer, H., & Singleton, N. (2006). Obsessive-Compulsive Disorder: Prevalence, Comorbidity, Impact, and Help-Seeking in the British National Psychiatric Morbidity Survey of 2000. *American Journal of Psychiatry, 163*, 1978-1985.
- Yook, K., Kim, K., Suh, S. Y., & Lee, K. S. (2010). Intolerance of uncertainty, worry, and rumination in major depressive disorder and generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 24*, 623-628.
- van den Hout, M., & Kindt, M. (2003). Repeated checking causes memory distrust. *Behaviour Research and Therapy, 41*, 301-316.
- van den Hout, M., & Kindt, M. (2004). Obsessive-compulsive disorder and the paradoxical effects of perseverative behaviour on experienced uncertainty. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry, 35*, 165-181.
- Wheaton, M. G., Abramowitz, J. S., Berman, N. C., Riemann, B. C., & Hale, L. R. (2010). The relationship between obsessive beliefs and symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy, 48*, 949-954. doi: 10.1016/j.brat.2010.05.027
- Wetterneck, C. T., Steinberg, D. S., & Hart, J. (2014) Experiential avoidance in symptom dimensions of OCD. *Bulletin Of The Menninger Clinic, 78*, 253-269
- Williams, M. J., Dalgleish, T., Karl, A., & Kuyken, W. (2014). Examining the Factor Structures of the Five Facet Mindfulness Questionnaire and the Self-Compassion Scale. *Psychological Assessment, 26*(2), 407-418. doi:10.1037/a0035566
- Williams, M., Teasdale, J., Segal, Z., & Kabat-Zinn, J. (2010). *Méditer pour ne plus déprimer*. Odile Jacob, Paris, 328p.
- Wilkinsin-Tough, M., Bocci, L., Thorne, K., & Herlihy, J. (2009). Is mindfulness-based therapy an effective intervention for obsessive-intrusive thought: A case series. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 17*, 250-268. doi: 10.1002/cpp.665

- Wilson, K. A., & Chambless, D. L. (1999). Infated perceptions of responsibility and obsessive-compulsive symptoms. *Behaviour Research and Therapy, 37*, 325-335. doi: 10.1016/S0005-7967(98)00146-6
- Yook, K., Kim, K.-H., Suh, S. Y., & Lee, K. S. (2010). Intolerance of uncertainty, worry, and rumination in major depressive disorder and generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 24*(6), 623-628. doi:10.1016/j.janxdis.2010.04.003
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 67*, 361 - 370.
- Zermatten, A., Van der Linden, M., Jermann, F., & Ceschi, G. (2004). Validation of a French Version of the Obsessive-Compulsive Inventory – Revised in a Non-Clinical Sample. *European Review of Applied Psychology, 56*, 151-155.
- Zlomke, K. R., & Young, J. N. (2009). A retrospective examination of the role of parental anxious rearing behavior in contributing to intolerance of uncertainty. *Journal of Child and Family Study, 18*, 670-679.
- Zor, R., Hermesh, H., Szechtman, H., & Eilam, D. (2009). Turning order into chaos through repetition and addition of elementary acts in obsessive-compulsive disorder (OCD). *The World Journal of Biological Psychiatry, 10*, 480-487.

Appendice A

Lettre d'information

LETTRE D'INFORMATION

Vous êtes invités à participer à une recherche portant sur différentes manifestations de l'anxiété. Le présent document vous renseigne sur les modalités de ce projet.

Titre du projet

Compréhension des mécanismes psychologiques impliqués dans les symptômes du TOC: Intolérance à l'incertitude, Responsabilité Excessive et Pleine Conscience.

Responsables du projet

Les responsables de ce projet sont Socrate Magnan, étudiant au doctorat en psychologie clinique à l'Université de Sherbrooke et Patrick Gosselin, professeur au Département de psychologie de l'Université de Sherbrooke.

Pour toutes informations supplémentaires ou pour tout problème relié au projet de recherche, vous pouvez joindre Monsieur Gosselin au numéro de téléphone (819) 821-8000 poste 65030 ou lui écrire à l'adresse Patrick.Gosselin@usherbrooke.ca.

Objectifs du projet et nature de la participation à l'étude

Les objectifs de cette recherche sont de 1) préciser les liens entre l'intolérance à l'incertitude et les symptômes du trouble obsessionnel-compulsif et 2) clarifier le lien entre l'intolérance à l'incertitude, la pleine conscience et la responsabilité excessive dans l'explication des symptômes du trouble obsessionnel-compulsif.

L'étude s'adresse aux étudiants âgés entre 18 et 55 ans. Votre participation consiste à remplir un questionnaire sociodémographique, ainsi que des mesures évaluant les symptômes du trouble obsessionnel-compulsif, l'intolérance à l'incertitude, la pleine conscience, la responsabilité excessive et des symptômes anxio-dépressifs. Cette participation vous demandera environ 25 minutes.

Avantages, inconvénients et risques pouvant découler de votre participation

Votre participation à cette recherche vous permettra de contribuer à l'avancement des connaissances scientifiques relatives aux mécanismes psychologiques impliqués dans l'anxiété et les symptômes du TOC. Votre participation est également une occasion de réfléchir sur vous-même, pouvant ainsi favoriser une meilleure connaissance de vous-même.

Cette participation ne devrait pas comporter d'inconvénient significatif, ni de risque connu au plan de la santé physique ou psychologique. Néanmoins, le fait de répondre à certaines questions pourrait vous faire vivre un inconfort émotionnel. Si tel est le cas, nous vous rappelons que vous pouvez interrompre à tout moment votre participation à l'étude et ce, sans avoir à fournir de justification. De plus, si un inconfort vous amène à ressentir le besoin d'obtenir un soutien psychologique, nous vous suggérons de consulter le site de l'Ordre des Psychologues (<http://www.ordrepsy.qc.ca>) qui pourra vous orienter vers une ressource psychologique

extérieure à la recherche actuelle ou encore, nous vous suggérons de contacter le CSSS de votre région.

Droit de vous retirer de l'étude sans subir de préjudice

Votre participation à ce projet est effectuée sur une base volontaire. À tout moment, Vous demeurez libre d'interrompre votre participation à l'étude et ce, sans avoir à justifier votre décision ni à subir de préjudice.

Confidentialité

Conformément aux lois et aux réglementations éthiques liées à la recherche en psychologie, toutes les informations recueillies par les questionnaires sont strictement confidentielles. Votre participation demeure anonyme et aucun renseignement qui permettrait d'identifier les personnes ayant participé à cette étude ne sera recueilli. Les données recueillies seront conservées sous forme numérique dans un ordinateur et protégées par un mot de passe pour une période maximale de cinq ans.

À des fins de surveillance et de contrôle, le dossier de recherche pourrait être consulté par une personne mandatée par le Comité d'éthique et de recherche Lettres et sciences humaines ou par des organismes gouvernementaux mandatés par la loi.

Résultats de la recherche et publication

Il est possible que les données recueillies à l'aide des questionnaires de la présente étude fassent l'objet de communications scientifiques. Dans de tels cas, les communications porteront uniquement sur des résultats généraux garantissant leur anonymat. Si vous le désirez, vous pourrez être informé des résultats obtenus en contactant le chercheur responsable.

Surveillance des aspects éthiques et identification du président du Comité d'éthique et de recherche des Lettres et sciences humaines

Le Comité d'éthique et de recherche des Lettres et sciences humaines a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi (*numéro de certificat d'approbation éthique de la recherche*). De plus, toutes révisions ou modifications apportées au formulaire d'information, ainsi qu'au protocole de recherche devront être approuvées au préalable par le Comité.

Pour tout problème éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation dans le cadre de ce projet, vous pouvez communiquer avec le responsable du projet ou expliquer vos préoccupations à Mme. Dominique Lorrain, présidente du Comité d'éthique de la recherche Lettres et sciences humaines, en communiquant par l'intermédiaire du secrétariat du Comité au numéro suivant : 819-821- 8000 poste 62644, ou encore par courriel à: cer_lsh@USherbrooke.ca.

À la lecture de cette lettre de présentation, vous êtes informés sur la nature et le motif de votre participation à ce projet. En remplissant ces questionnaires, vous consentez à participer au projet. Nous vous remercions du temps que vous avez bien voulu y consacrer.

Appendice B

Questionnaire Sociodémographique

Questionnaire d'informations générales

1. Âge : _____ ans
2. Sexe : Féminin
 Masculin
3. Dernier niveau de scolarité complété :
 - Primaire
 - Secondaire
 - Collégial
 - Universitaire, précisez le programme : _____
 - Baccalauréat
 - Maîtrise
 - Doctorat
 - Autres, précisez : _____
 - Autres, précisez : _____
4. Êtes-vous né au Québec ?
 - Oui
 - Non, s.v.p., précisez : _____
5. Vos parents sont-ils nés au Québec ?
 - Oui
 - Non, s.v.p., précisez : _____
6. Quel est votre statut civil actuel? (cochez une seule case)
 - Marié(e)
 - En couple ou conjoint(e) de fait
 - Célibataire
 - Veuf(ve)
 - Séparé(e)
 - Divorcé(e)
7. Comment percevez-vous votre situation financière ?
 - Très satisfaisante
 - Satisfaisante
 - Acceptable
 - Insatisfaisante
 - Très insatisfaisante

OCCUPATION PRINCIPALE ACTUELLE

8. Quelle est votre occupation actuelle ? S.V.P. cochez tous les choix qui s'appliquent à votre situation.

- Emploi rémunéré à temps plein
- Emploi rémunéré à temps partiel
- Emploi saisonnier
- Aux études à temps plein
- Aux études à temps partiel
- Retraité(e)
- Ni retraité(e), ni aux études, ni en emploi
- Précisez votre situation : _____

Si vous avez un emploi rémunéré, à temps partiel ou à temps plein, passez à la QUESTION SUIVANTE.

Si vous êtes étudiant(e) et que vous n'avez pas d'emploi rémunéré, passez directement à la QUESTION 12.

9. Depuis combien de temps occupez-vous cet emploi ? ___ an(s), ___ mois

10. Combien d'heures par semaine consacrez-vous à votre ou vos emplois rémunéré(s) en moyenne ? ___ heures par semaine

11. Êtes-vous présentement en arrêt de travail?

- Oui
- Non

Si vous êtes aussi aux études, remplissez la question 12

12. À quel niveau étudiez-vous?

- Secondaire
- Collégial, précisez le programme : _____
- Universitaire, précisez le programme : _____
 - Baccalauréat
 - Maîtrise
 - Doctorat
 - Autres, précisez : _____
- Autres, précisez : _____

Appendice C

Inventaire d'Intolérance à l'Incertitude

III – Partie A

Les gens perçoivent de différentes façons les incertitudes de la vie. Veuillez utiliser l'échelle ci-dessous pour exprimer jusqu'à quel point chacun des énoncés suivants correspond à vous. S'il vous plaît, encerclez le numéro correspondant.

	1	2	3	4	5
	Pas du tout correspondant	Un peu correspondant	Assez correspondant	Très correspondant	Tout à fait correspondant
1. J'accepte difficilement que l'avenir soit incertain.	1	2	3	4	5
2. Je trouve insupportable de ne pas avoir de garanties dans la vie.	1	2	3	4	5
3. Les autres semblent mieux tolérer l'incertitude que moi.	1	2	3	4	5
4. Je trouve intolérable que certaines facettes de la vie ne soient pas déterminées à l'avance.	1	2	3	4	5
5. Je supporte mal la possibilité qu'il puisse m'arriver un événement négatif.	1	2	3	4	5
6. Lorsque j'attends une nouvelle importante, je supporte mal de rester dans l'incertitude.	1	2	3	4	5
7. Je trouve intolérable d'avoir à faire face à des situations imprévisibles.	1	2	3	4	5
8. Je supporte peu les situations dans lesquelles je ne sais pas ce qui va se passer.	1	2	3	4	5
9. Le fait de ne pas savoir à l'avance ce qui arrivera est souvent inacceptable pour moi.	1	2	3	4	5
10. Les délais d'attente sont insoutenables pour moi quand je ne sais pas ce qui va se passer.	1	2	3	4	5
11. Je tolère difficilement les incertitudes de la vie.	1	2	3	4	5
12. Lorsque je pense que quelque chose de négatif peut se produire, j'accepte difficilement de demeurer dans l'incertitude.	1	2	3	4	5
13. J'aimerais mieux savoir <u>tout</u> et <u>tout de suite</u> plutôt que de rester dans l'incertitude.	1	2	3	4	5
14. J'ai de la difficulté à supporter la possibilité qu'un imprévu puisse survenir.	1	2	3	4	5
15. J'ai besoin de certitudes dans ce que j'entreprends.	1	2	3	4	5

III – Partie B

Les gens réagissent de différentes façons aux incertitudes de la vie. Veuillez utiliser l'échelle ci-dessous pour exprimer jusqu'à quel point chacun des énoncés suivants correspond à vous. S'il vous plaît, encerclez le numéro correspondant.

	1	2	3	4	5
	Pas du tout correspondant	Un peu correspondant	Assez correspondant	Très correspondant	Tout à fait correspondant
1. Je préfère éviter les situations incertaines.	1	2	3	4	5
2. Lorsque je me retrouve dans une situation incertaine, j'ai tendance à douter de ce que je fais.	1	2	3	4	5
3. J'exagère souvent les chances que le pire arrive lorsqu'un imprévu se présente.	1	2	3	4	5
4. J'ai tendance à vouloir diriger les autres pour ne pas qu'un imprévu leur arrive.	1	2	3	4	5
5. J'ai souvent recours aux autres pour me rassurer lorsque je ne sais pas ce qui va se passer.	1	2	3	4	5
6. Je m'en fais beaucoup pour les incertitudes de la vie.	1	2	3	4	5
7. Je doute souvent de moi lorsque la situation est incertaine.	1	2	3	4	5
8. La possibilité qu'un événement négatif survienne m'amène à éviter certaines activités.	1	2	3	4	5
9. Lorsque je suis incertain-e, j'ai besoin d'être rassuré-e par les autres.	1	2	3	4	5
10. Je dois tout contrôler pour essayer d'empêcher les conséquences négatives de survenir.	1	2	3	4	5
11. J'ai tendance à demander l'opinion des autres lorsque je suis incertain-e de ce qui va se passer.	1	2	3	4	5
12. J'évite les situations qui sont susceptibles de présenter des imprévus.	1	2	3	4	5
13. Lorsque l'issue d'un événement est incertaine, je doute souvent d'avoir fait tout ce qu'il fallait.	1	2	3	4	5
14. Lorsqu'un événement négatif est possible, je surestime souvent les probabilités qu'il se produise.	1	2	3	4	5

Suite page suivante



	1	2	3	4	5			
	Pas du tout correspondant	Un peu correspondant	Assez correspondant	Très correspondant	Tout à fait correspondant			
1. J'ai tendance à m'inquiéter lorsque je suis incertain-e de ce qui va se passer.				1	2	3	4	5
2. Je demande souvent la même information à plusieurs personnes pour me rassurer face à ce qui va se passer.				1	2	3	4	5
3. Les situations incertaines m'inquiètent.				1	2	3	4	5
4. Lorsque je suis incertain-e de ce qui va se passer, j'essaie de tout contrôler.				1	2	3	4	5
5. J'ai tendance à surestimer la probabilité qu'un malheur arrive lorsque je ne sais pas ce qui va se passer.				1	2	3	4	5
6. Penser que quelque chose d'inattendu puisse survenir m'inquiète.				1	2	3	4	5
7. Lorsque je suis incertain-e, j'ai tendance à douter de mes capacités.				1	2	3	4	5
8. J'ai tendance à ne pas m'engager dans les activités qui comportent une part d'incertitude.				1	2	3	4	5
9. Lorsque je suis incertain-e, j'ai tendance à surestimer les chances que les événements tournent mal.				1	2	3	4	5
10. J'ai tendance à vouloir contrôler les activités de mes proches afin de diminuer les chances qu'il leur arrive quelque chose.				1	2	3	4	5
11. Même s'il y a peu de chances qu'un événement négatif survienne, on doit souvent me répéter que tout ira bien.				1	2	3	4	5
12. Je préfère laisser tomber un projet plutôt que d'avoir à vivre dans l'incertitude.				1	2	3	4	5
13. Je préfère tout contrôler afin de diminuer les incertitudes.				1	2	3	4	5
14. Ne pas savoir ce que l'avenir me réserve m'amène à m'inquiéter.				1	2	3	4	5
15. En situation d'incertitude, j'ai tendance à exagérer les chances que les choses se déroulent mal.				1	2	3	4	5
16. J'ai souvent tendance à remettre mes choix en question lorsque je suis incertain-e de ce qui va se passer.				1	2	3	4	5

Appendice D

Five-Facets Mindfulness Questionnaire (FFMQ)

FFMQ

Évaluez chacune des propositions ci-dessous en utilisant l'échelle proposée. Encerclez le chiffre qui correspond le mieux à ce qui est généralement vrai pour vous.

		1		2		3		4		5
		Jamais ou très rarement vrai		Rarement vrai		Parfois vrai		Souvent vrai		Très souvent ou toujours vrai
1.	Quand je marche, je prends délibérément conscience des sensations de mon corps en mouvement.	1		2		3		4		5
2.	Je suis doué(e) pour trouver les mots qui décrivent mes sentiments.	1		2		3		4		5
3.	Je me critique lorsque j'ai des émotions irrationnelles ou inappropriées.	1		2		3		4		5
4.	Je perçois mes émotions et sentiments sans devoir y réagir.	1		2		3		4		5
5.	Quand je fais quelque chose, mon esprit s'égare et je suis facilement distrait(e).	1		2		3		4		5
6.	Lorsque je prends une douche ou un bain, je reste attentif(ve) aux sensations de l'eau sur mon corps.	1		2		3		4		5
7.	Je peux facilement verbaliser mes croyances, opinions et attentes.	1		2		3		4		5
8.	Je ne fais pas attention à ce que je fais car je suis dans la lune, je me tracasse ou suis de quelque façon distrait(e).	1		2		3		4		5
9.	J'observe mes sentiments sans me laisser emporter par eux.	1		2		3		4		5
10.	Je me dis que je ne devrais pas ressentir mes émotions comme je les ressens.	1		2		3		4		5
11.	Je remarque comment la nourriture et les boissons influencent mes pensées, mes sensations corporelles et mes émotions.	1		2		3		4		5
12.	Il m'est difficile de trouver les mots qui décrivent ce à quoi je pense.	1		2		3		4		5

	1	2	3	4	5			
	Jamais ou très rarement vrai	Rarement vrai	Parfois vrai	Souvent vrai	Très souvent ou toujours vrai			
13.	Je suis facilement distrait(e).			1	2	3	4	5
14.	Je crois que certaines de mes pensées sont anormales ou mauvaises et que je ne devrais pas penser de cette manière.			1	2	3	4	5
15.	Je prête attention aux sensations, comme le vent dans mes cheveux ou le soleil sur mon visage.			1	2	3	4	5
16.	J'éprouve des difficultés à trouver les mots justes pour exprimer la manière dont je ressens les choses.			1	2	3	4	5
17.	Je pose des jugements quant à savoir si mes pensées sont bonnes ou mauvaises.			1	2	3	4	5
18.	J'ai des difficultés à rester centré(e) sur ce qui se passe dans le moment présent.			1	2	3	4	5
19.	Lorsque j'ai des pensées ou des images pénibles, je prends du recul et suis conscient(e) de la pensée ou image, sans me laisser envahir par elle.			1	2	3	4	5
20.	Je fais attention aux sons, comme le tintement des cloches, le sifflement des oiseaux ou le passage des voitures.			1	2	3	4	5
21.	Dans les situations difficiles, je suis capable de faire une pause sans réagir immédiatement.			1	2	3	4	5
22.	Lorsque j'éprouve une sensation dans mon corps, il m'est difficile de la décrire car je n'arrive pas à trouver les mots justes.			1	2	3	4	5
23.	On dirait que je fonctionne en mode "automatique" sans prendre vraiment conscience de ce que je fais.			1	2	3	4	5
24.	Lorsque j'ai des pensées ou images pénibles, je me sens calme peu de temps après.			1	2	3	4	5
25.	Je me dis que je ne devrais pas penser de la manière dont je pense.			1	2	3	4	5

1	2	3	4	5	
	Jamais ou très rarement vrai	Rarement vrai	Parfois vrai	Souvent vrai	Très souvent ou toujours vrai
27.	Même lorsque je me sens terriblement bouleversé(e), je parviens à trouver une manière de le transposer en mots.				1 2 3 4 5
28.	Je me précipite dans des activités sans y être réellement attentif(ve).				1 2 3 4 5
29.	Lorsque j'ai des pensées ou images pénibles, je suis capable de simplement les remarquer sans y réagir.				1 2 3 4 5
30.	Je pense que certaines de mes émotions sont mauvaises ou inappropriées et que je ne devrais pas les ressentir.				1 2 3 4 5
31.	Je remarque les détails visuels dans l'art ou la nature, comme les couleurs, les formes, les textures ou les patterns d'ombres et de lumières.				1 2 3 4 5
32.	Ma tendance naturelle est de traduire mes expériences en mots.				1 2 3 4 5
33.	Lorsque j'ai des pensées ou images pénibles, je les remarque et les laisse passer.				1 2 3 4 5
34.	Je réalise mes travaux ou les tâches automatiquement sans être conscient(e) de ce que je fais.				1 2 3 4 5
35.	Lorsque j'ai des pensées ou images pénibles, je me juge bon ou mauvais, en fonction de ce que suggère cette pensée/image.				1 2 3 4 5
36.	Je prête attention à la manière dont mes émotions affectent mes pensées et mon comportement.				1 2 3 4 5
37.	Je peux habituellement décrire la manière dont je me sens au moment présent avec des détails considérables.				1 2 3 4 5
38.	Je me retrouve en train de faire des choses sans y prêter attention.				1 2 3 4 5
39.	Je me désapprouve lorsque j'ai des idées irrationnelles.				1 2 3 4 5

Appendice E

Échelle d'attitude face à la responsabilité (RAS)

RAS

RAS - Salkovskis

Ce questionnaire énumère différentes attitudes ou pensées que les gens ont. Lisez les énoncés attentivement et indiquez à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec chacun d'eux. Indiquez votre réponse en encerclant le chiffre qui décrit le mieux comment vous pensez. Chaque personne étant différente, il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Identifiez celle qui vous représente le mieux la plupart du temps.

1	2	3	4	5	6	7
Totalement en accord	Beaucoup en accord	Légèrement en accord	Neutre	Légèrement en désaccord	Beaucoup en désaccord	Totalement en désaccord

1.	Je me sens souvent responsable pour les choses qui vont mal.	1	2	3	4	5	6	7
2.	Si je n'agis pas quand je peux prévoir un tort ou un danger, alors je suis à blâmer pour toutes les conséquences si cela se produit.	1	2	3	4	5	6	7
3.	Je trop tendance à me sentir responsabilité face aux choses qui vont mal.	1	2	3	4	5	6	7
4.	Si je pense à de mauvaises choses, c'est aussi mauvais que de faire ces mauvaises choses.	1	2	3	4	5	6	7
5.	Je m'inquiète beaucoup des effets produits par les choses que je fais ou je ne fais pas.	1	2	3	4	5	6	7
6.	Pour moi, ne pas agir pour prévenir un désastre est aussi mauvais que de le faire arriver.	1	2	3	4	5	6	7
7.	Si je sais qu'un danger est possible, même s'il est peu probable, je devrais toujours essayer de le prévenir.	1	2	3	4	5	6	7
8.	Je dois toujours penser aux conséquences de mes actions même pour les plus petites.	1	2	3	4	5	6	7
9.	Je prends souvent la responsabilité de choses pour lesquelles d'autres personnes ne pensent pas être de ma faute.	1	2	3	4	5	6	7
10.	Tout ce que je fais peut causer de sérieux problèmes.	1	2	3	4	5	6	7
11.	Je passe souvent près de causer du mal ou du tort.	1	2	3	4	5	6	7
12.	Je dois protéger les autres des torts éventuels.	1	2	3	4	5	6	7
13.	Je ne devrais jamais causer même le moindre tort aux autres.	1	2	3	4	5	6	7
14.	Je serai condamnée pour mes actions.	1	2	3	4	5	6	7

RAS

	1	2	3	4	5	6	7
	Totalement en accord	Beaucoup en accord	Légèrement en accord	Neutre	Légèrement en désaccord	Beaucoup en désaccord	Totalement en désaccord
15. Si je peux avoir une quelconque influence sur les choses qui vont mal, alors je dois agir pour les prévenir.	1	2	3	4	5	6	7
16. Pour moi, ne rien faire lorsqu'une catastrophe a des minces chances de se produire est aussi mauvais que de faire en sorte qu'elle arrive.	1	2	3	4	5	6	7
17. Pour moi, la moindre insouciance est inexcusable lorsqu'elle peut affecter d'autres personnes.	1	2	3	4	5	6	7
18. Ne rien faire peut causer autant de tort que des mauvaises intentions délibérées.	1	2	3	4	5	6	7
19. Même si un danger a peu de chances de se produire, je devrais toujours essayer à tout prix de le prévenir.	1	2	3	4	5	6	7
20. Lorsque je pense qu'il est possible pour moi d'avoir causé du tort, je ne peux pas me pardonner.	1	2	3	4	5	6	7
21. J'ai fait plusieurs choses dans le passé afin de prévenir du mal aux autres.	1	2	3	4	5	6	7
22. Je dois m'assurer que les autres personnes sont à l'abri des conséquences des choses que je fais.	1	2	3	4	5	6	7
23. Les autres ne devraient pas se fier à mon jugement.	1	2	3	4	5	6	7
24. Lorsque je ne peux pas être certain de n'avoir rien à me reprocher, je me sens comme si j'étais à blâmer.	1	2	3	4	5	6	7
25. Je peux prévenir tous les accidents si je prends suffisamment de précautions.	1	2	3	4	5	6	7
26. Je me dis souvent que de mauvaises choses peuvent arriver si je ne suis pas suffisamment prudent.	1	2	3	4	5	6	7

Appendice F

Inventaire d'obsessions et de compulsions révisées (OCI-R)

OCI-R

Questionnaire OCI-R

Les énoncés suivants se rapportent à des expériences que de nombreuses personnes vivent dans leur quotidien. Entourez les chiffres qui décrivent le mieux à quel point l'expérience décrite vous a dérangé durant le dernier mois.

	0	1	2	3	4
	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup	Extrêmement
1. J'ai conservé tellement de choses qu'elles bloquent le passage.	0	1	2	3	4
2. Je vérifie les choses plus souvent que nécessaire.	0	1	2	3	4
3. Je suis contrarié si les objets ne sont pas rangés correctement.	0	1	2	3	4
4. Je me sens obligé de compter pendant que je fais des choses.	0	1	2	3	4
5. J'éprouve de la difficulté à toucher un objet quand je sais qu'il a été touché par des étrangers ou par certaines personnes.	0	1	2	3	4
6. J'éprouve de la difficulté à contrôler mes propres pensées.	0	1	2	3	4
7. J'accumule des choses dont je n'ai pas besoin.	0	1	2	3	4
8. Je vérifie de manière répétée les portes, les fenêtres, les tiroirs, etc.	0	1	2	3	4
9. Je suis contrarié si les autres changent la manière dont j'ai rangé les choses.	0	1	2	3	4
10. Je sens que je dois répéter certains chiffres.	0	1	2	3	4
11. Je dois parfois me laver ou me nettoyer, simplement parce que je me sens contaminé.	0	1	2	3	4
12. Je suis contrarié par des pensées déplaisantes qui me viennent à l'esprit contre ma volonté.	0	1	2	3	4
13. J'évite de jeter les choses parce que je crains d'en avoir besoin plus tard.	0	1	2	3	4
14. Je vérifie de manière répétée les robinets de gaz et d'eau ainsi que les interrupteurs après les avoir éteints.	0	1	2	3	4
15. J'ai besoin que les choses soient rangées dans un ordre particulier.	0	1	2	3	4
16. Je sens qu'il y a de bons et de mauvais chiffres.	0	1	2	3	4
17. Je me lave les mains plus souvent et plus longtemps que nécessaire.	0	1	2	3	4
18. J'ai fréquemment des pensées malsaines et j'ai de la difficulté à m'en débarrasser.	0	1	2	3	4