

BF
90.5
UL
1999
T789

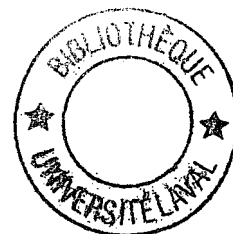
MÉLANIE TREMBLAY

**PRÉVENTION DES INQUIÉTUDES
CHEZ LES ADOLESCENTS**

Mémoire présenté
à la faculté des études supérieures
de l'Université Laval
pour l'obtention
du grade de maître en psychologie (M.Ps.)

École de psychologie
FACULTÉ DES SCIENCES SOCIALES
UNIVERSITÉ LAVAL

AVRIL 1999



© Mélanie Tremblay, 1999

OBJET: Mémoire de maîtrise présenté à la Faculté des Études Supérieures de l'Université Laval par Mélanie Tremblay intitulé: "Prévention des inquiétudes chez les adolescents"

Madame,
Monsieur,

Par la présente, les soussignés coauteurs d'un article intitulé "Prévention des inquiétudes chez les adolescents" faisant partie du mémoire de maîtrise présenté à la Faculté des Études Supérieures de l'Université Laval par Mélanie Tremblay donnent leur autorisation pour l'insertion de cet article dans le mémoire et l'éventuel microfilmage de ce mémoire selon les règles de la Bibliothèque nationale du Canada.

En espérant le tout conforme, veuillez, Madame, Monsieur, accepter mes plus cordiales salutations.

Michel J. Dugas

Robert Ladouceur

Résumé

Plusieurs études indiquent que le trouble d'anxiété généralisée (TAG) apparaît dès l'adolescence. Le début précoce de ce trouble entraîne de graves conséquences pour les adolescents.

Ce mémoire de maîtrise évalue l'efficacité d'un programme de prévention des inquiétudes excessives, caractéristique centrale du TAG. 505 adolescents sont répartis aléatoirement dans le groupe expérimental ou contrôle. Seuls les élèves du groupe expérimental prennent part au programme qui cible deux éléments identifiés dans l'étiologie du TAG, soit les fausses croyances concernant les inquiétudes et l'évitement cognitif. Les résultats indiquent que l'intervention n'a pas eu d'effet sur la tendance à s'inquiéter. Cependant, le programme est efficace pour prévenir les symptômes physiques du TAG. Plusieurs mesures pour améliorer le programme de prévention sont discutées afin de réussir ultérieurement à prévenir la tendance à s'inquiéter chez les adolescents.

Avant-propos

Tout d'abord, je désire exprimer ma reconnaissance à mon superviseur de recherche, Robert Ladouceur, pour ses conseils judicieux, sa disponibilité et sa gentillesse. Merci de m'avoir donné la chance, depuis deux ans, de travailler dans un milieu stimulant où j'ai pu m'impliquer et accroître mes connaissances dans un domaine qui me fascine.

Je tiens aussi à souligner l'encadrement et l'appui constant que Michel Dugas m'a apportés. Merci pour tes sages conseils et ta grande générosité. Avec toi, tout semble si facile! Un merci tout spécial à Sylvie Beaudoin et Chantal Carbonneau; avec vous j'ai partagé les moments exaltants de la recherche, mais aussi les moments plus difficiles (entre autres choses nos très longues soirées au FAS). Il faut dire qu'à trois, c'est plus encourageant! Je remercie également tous les membres du LAB; c'est plaisant de travailler dans une équipe où règne un tel esprit de solidarité et de collaboration.

En terminant, je veux remercier mes parents qui ont cru en moi et qui m'ont toujours encouragée. Vous m'avez appris à aller de l'avant, sans jamais laisser tomber. Finalement, merci à mon complice, mon amoureux, mon futur mari. Gaétan, tu m'as appuyée et soutenue tout au long de mes études, tu as su me faire rire durant les fins de sessions, mais surtout, tu as respecté mon emploi du temps si chargé...

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ.....	ii
AVANT-PROPOS.....	iii
TABLE DES MATIÈRES.....	iv
INTRODUCTION GÉNÉRALE.....	1
PREMIER CHAPITRE : PRÉVENTION DES INQUIÉTUDES CHEZ LES ADOLESCENTS. (ARTICLE)	
1.1. Page titre.....	5
1.2. Résumé.....	6
1.3. Introduction.....	7
1.4. Méthode.....	12
1.4.1 Participants.....	12
1.4.2 Instruments.....	12
1.4.2.1 Questionnaire sociodémographique.....	12
1.4.2.2 Questionnaire Pourquoi s'Inquiéter (PSI).....	13
1.4.2.3 Questionnaire sur l'Évitement Cognitif (QEC).....	13
1.4.2.4 Questionnaire sur les Inquiétudes de Penn State (QIPS).....	13
1.4.2.5 Questionnaire sur les Inquiétudes et l'Anxiété-version somatiques (QIASom).....	14
1.4.3 Procédure.....	14
1.5. Résultats.....	16
1.6. Discussion.....	18
1.7. Références.....	24
1.8. Note des auteurs.....	32
1.9. Tableau 1.....	33
1.10. Tableau 2.....	34
1.11. Figure 1.....	35
1.12. Figure 2.....	36
CONCLUSION GÉNÉRALE.....	37

BIBLIOGRAPHIE.....	39
ANNEXE A : Formulaire de consentement des parents.....	48
ANNEXE B : Formulaire de consentement des adolescents.....	50
ANNEXE C : Questionnaire Sociodémographique.....	52
ANNEXE D : Questionnaire Pourquoi S'Inquiéter (PSI).....	54
ANNEXE E : Questionnaire sur l'Évitement Cognitif (QEC).....	56
ANNEXE F : Questionnaire sur les Inquiétudes de Penn State (QIPS).....	59
ANNEXE G: Questionnaire sur les Inquiétudes et l'Anxiété-version somatique (QIA-som).....	61

INTRODUCTION GÉNÉRALE

Les interventions préventives, malgré leur valeur et leur efficacité potentielles, occupent une minime part du travail des professionnels de la santé mentale (Spence, 1994). La prévention des troubles a longtemps été négligée au profit du traitement. Cependant, l'incidence d'aucune maladie n'a diminué suite aux traitements offerts aux personnes atteintes d'un trouble (Bloom, 1979). La prévention est l'intervention par excellence pour diminuer le nombre de nouveaux cas d'une maladie mentale. Des études ont également démontré qu'environ un tiers des enfants et adolescents cliniquement atteints ne reçoivent aucun traitement (Kazdin, 1990). Ainsi, la prévention est un outil de choix pour diminuer les besoins de traitement chez les enfants et adolescents qui n'auraient de toute manière pas recours à ces services (Durlak & Wells, 1997). La prévention présente indubitablement plusieurs avantages.

Afin de faciliter les recherches dans le domaine de la prévention, il a été convenu de simplifier la définition de la prévention qui auparavant comprenait trois niveaux (primaire, secondaire et tertiaire). Maintenant, il est recommandé d'utiliser le terme prévention que dans les cas où l'intervention a lieu avant qu'un diagnostic ne soit posé (Mrazek & Haggerty, 1994). La prévention constitue donc une série d'activités qui ont pour objectif de prévenir les problèmes et de protéger la santé et le fonctionnement sain (Bloom, 1987). Son but est de réduire la prévalence des troubles en diminuant le nombre de nouveaux cas (Spence, 1994).

Récemment, de nouvelles directives concernant la recherche ont été élaborées et transmises : 1) identifier les facteurs de risques des troubles mentaux et conduire des études contrôlées pour réduire ces risques et 2) s'attaquer davantage aux troubles définis à l'intérieur de la quatrième édition du Diagnostic and Statistical Manual (APA, 1994) (National Institute of Mental Health, 1993; Mrazek & Haggerty, 1994). L'élaboration de bons programmes de prévention nécessite aussi d'établir des objectifs spécifiques et d'opérationnaliser les interventions selon la théorie reliée au problème à l'étude (Durlak & Wells, 1997). L'ensemble de ces recommandations constitue certainement un guide précieux pour les prochaines études de prévention.

Il apparaît clairement que les nombreux besoins dans le domaine de la prévention sont encore très peu comblés. Le trouble d'anxiété généralisée (TAG) ne fait pas exception. Aucun programme de prévention n'a encore été élaboré pour diminuer l'incidence de ce trouble. Pourtant, il est l'un des troubles anxieux les plus prévalents (Blazer, Hughes, George, Swartz & Boyer, 1991; Kessler et al., 1994). Ce projet de mémoire vise précisément la prévention des inquiétudes excessives, principal critère diagnostique du TAG. Une intervention behaviorale et cognitive a pour objectif de transmettre aux adolescents certaines connaissances se rapportant aux inquiétudes, de démystifier les croyances erronées concernant les inquiétudes et de démontrer les effets néfastes de l'évitement cognitif, ces deux derniers éléments ayant été identifiés dans le début et le maintien des inquiétudes (Dugas, Gagnon, Ladouceur & Freeston, 1998).

PREMIER CHAPITRE

Prévention des inquiétudes chez les adolescents

Mélanie Tremblay, Michel J. Dugas et Robert Ladouceur

Université Laval

Résumé

Cette étude porte sur l'évaluation de l'efficacité d'un programme de prévention des inquiétudes excessives, critère central dans le diagnostic du trouble d'anxiété généralisée (TAG). La recherche s'effectue auprès de 505 adolescents âgés entre 12 et 16 ans. Le programme cible les fausses croyances concernant les inquiétudes et l'évitement cognitif, deux éléments importants dans le début et le maintien du TAG (Dugas, Gagnon, Ladouceur, & Freeston, 1998). Pour vérifier l'efficacité du programme, un protocole en plan combiné compare un groupe expérimental et un groupe contrôle selon deux variables dépendantes, soit la tendance à s'inquiéter et les symptômes physiques du TAG. Les résultats indiquent que l'intervention auprès du groupe expérimental n'a pas eu d'effet sur la tendance à s'inquiéter, mais qu'elle a été efficace pour diminuer les symptômes physiques du TAG. Plusieurs mesures pour améliorer le programme de prévention sont discutées afin de réussir ultérieurement à prévenir la tendance à s'inquiéter chez la population adolescente.

Prévention des inquiétudes chez les adolescents

De récentes études épidémiologiques rapportent que le trouble d'anxiété généralisée (TAG) est l'un des troubles anxieux les plus répandus. La prévalence à vie estimée s'établit entre 4,1% à 6,6% (Blazer, Hughes, George, Swartz, & Boyer, 1991; Kessler et al., 1994). Néanmoins, jusqu'à très récemment, le TAG est demeuré l'un des troubles anxieux qui a suscité le moins d'intérêt chez les scientifiques (Dugas, sous presse; Rapee, 1991). La présente étude est la première à développer, implanter et évaluer un programme de prévention des inquiétudes excessives dans la population adolescente. L'objectif est de prévenir l'augmentation des inquiétudes excessives et des symptômes physiques du TAG que peuvent éprouver les adolescents¹ en période d'examens.

La parution de la quatrième édition du Diagnostic and Statistical Manual (DSM-IV; APA, 1994) a apporté d'importantes améliorations à la définition du TAG. Celle-ci met en lumière le caractère excessif et incontrôlable des inquiétudes. Les inquiétudes doivent être présentes plus d'une journée sur deux pour une période minimale de six mois. On insiste aussi sur la présence d'au moins trois des six symptômes physiques suivants : agitation, être facilement fatigué, difficulté de concentration ou trou de mémoire, irritabilité, tensions musculaires et problèmes de sommeil. Finalement, les inquiétudes, l'anxiété et les symptômes physiques doivent causer de la détresse ou de l'interférence dans le fonctionnement quotidien de la personne (APA, 1994). Cette nouvelle définition apporte une plus grande précision au niveau de la conceptualisation du TAG.

Auparavant, dans le DSM-III-R (APA, 1987), on retrouvait une catégorie diagnostique nommée l'hyperanxiété. Ce trouble était l'un des trois troubles anxieux de l'enfance. L'hyperanxiété était décrite comme étant très similaire au TAG et ce trouble pouvait persister jusqu'à l'âge adulte (Rapee, 1991). Pour cette raison, dans le DSM-IV, il a été convenu de faire du TAG et de l'hyperanxiété une

¹ L'emploi du masculin est utilisé sans discrimination, dans le but d'alléger le texte.

seule catégorie diagnostique qui repose sur un critère essentiel, soit les inquiétudes excessives. Maintenant, seul le diagnostic du TAG est reconnu.

Certaines études se sont principalement intéressées au développement du TAG. La plupart d'entre elles évaluent que le début de ce trouble se situe à l'adolescence. Il semble que le TAG apparaisse entre 15 et 20 ans (Rapee, 1991). Notre groupe de recherche corrobore ce résultat puisqu'il identifie que 60% des adultes présentant le TAG estiment avoir ressenti les premiers symptômes avant l'âge de 16 ans (Ladouceur et al., 1996). En effet, les symptômes du TAG sont plus prévalents chez les adolescents (12-19 ans) que chez les enfants (5-11 ans) (Strauss et al., 1988). Il y a 14% des adolescents de niveau secondaire qui rencontrent les critères diagnostiques du TAG évalués à l'aide d'un questionnaire (Ladouceur et al., 1998) et 25% des adolescents présentent des inquiétudes excessives et incontrôlables (Fournier, Freeston, Dugas, & Ladouceur, 1996). En résumé, le TAG débute habituellement avant l'âge adulte et plus les enfants avancent en âge, plus les inquiétudes apparaissent comme une composante fréquente de l'anxiété (Bell-Dolan, Last, & Strauss, 1990).

Maintenant, les professionnels de la santé reconnaissent que les adolescents peuvent s'inquiéter excessivement. Certains d'entre eux ont donc voulu vérifier les sujets d'inquiétudes spécifiques à cette population. Fournier (1997) indique que les thèmes d'inquiétudes les plus fréquemment rapportés par les adolescents font référence à leurs circonstances de vie (école, relations interpersonnelles, futur, etc.). Les adolescents mentionnent qu'ils s'inquiètent le plus souvent pour leurs études. Seul ce thème est mentionné autant par les filles que par les garçons, et cela indépendamment de leur cycle scolaire (Fournier, 1997). Les adolescents s'inquiètent par exemple de faire des erreurs à l'école, de ne pas tenir à jour leur charge de travail ou encore d'avoir de mauvaises notes scolaires. Une récente étude confirme les résultats obtenus jusqu'à maintenant voulant que l'école soit le thème d'inquiétude le plus souvent rapporté par les étudiants (Gosselin et al., 1998). Cela suggère qu'une intervention qui ciblerait

majoritairement ce thème d'inquiétude répondrait à un besoin important chez les adolescents.

Les multiples inquiétudes des adolescents ont inmanquablement de graves répercussions pour eux. L'anxiété entraîne plusieurs conséquences négatives pour le rendement scolaire (Dweck & Wortman, 1982). Plus particulièrement, le TAG interfère avec leur performance (Silverman & Ginsburg, 1995) et les inquiétudes influencent négativement la relation entre l'anxiété aux tests et les résultats obtenus (Hodapp, Glanzmann, & Laux, 1995). De plus, les adolescents qui rencontrent les critères du TAG perçoivent, entre autres choses, leurs performances scolaires comme étant de mauvaise qualité. La pauvre qualité perçue expliquerait que les inquiétudes soient associées avec le début de problèmes sérieux tel que l'abandon scolaire (Ladouceur et al., 1998). Il semble donc plus qu'évident que le TAG a un effet néfaste sur le fonctionnement scolaire des adolescents.

Le TAG et les inquiétudes entraînent des coûts personnels importants pour les adolescents. Il y a d'énormes besoins pour le développement de programmes qui auraient comme cible la réduction de ces coûts ainsi que la diminution de l'incidence du TAG. Pour atteindre cet objectif, les recherches ont avantage à utiliser des méthodes behaviorales et cognitives puisqu'elles sont presque doublement plus efficaces que les autres types d'interventions (Durlak & Wells, 1997). Ces techniques ont démontré leur efficacité pour traiter et prévenir les troubles anxieux chez les enfants, les adolescents et chez les adultes (Barrett, Dadds, & Rapee, 1996 ; Dadds, Spence, Holland, Barrette, & Laurens, 1997 ; Kendall, 1994; Ladouceur et al., 1997). Il est également avantageux et primordial de bien connaître l'étiologie du problème à l'étude avant d'élaborer un programme de prévention (Spence, 1994). Le programme de prévention évalué intervient sur deux variables clés identifiées dans le début et le maintien des inquiétudes (Dugas, Gagnon, Ladouceur, & Freston, 1998); il s'agit des croyances erronées concernant les inquiétudes et de l'évitement cognitif. Lemay et al. (1997) observent la présence de ces deux éléments chez les adolescents.

Les fausses croyances se rapportant aux inquiétudes constituent le premier élément sur lequel le programme de prévention intervient. Il existe principalement trois grands types de fausses croyances. Les adolescents croient tout d'abord que les inquiétudes peuvent leur être utiles (Lemay et al., 1997). Ils supposent, par exemple, qu'en s'inquiétant de leurs résultats scolaires cela leur permettra de mieux réussir. Ils présument aussi que les inquiétudes sont utiles pour résoudre des problèmes (Lemay et al., 1997). Cette idée est renforcée positivement par des succès périodiques. En effet, une personne peut s'inquiéter excessivement et tout de même, à l'occasion, trouver une solution à l'un de ses problèmes. Deuxièmement, les adolescents croient à tort que les inquiétudes sont un moyen efficace d'éviter le pire (Lemay et al., 1997). Puisque leurs sujets d'inquiétude concernent fréquemment des événements peu probables tels échouer son année scolaire ou encore mourir d'une grave maladie, les inquiétudes sont renforcées négativement lorsque ces événements ne se produisent pas. Le fait de s'inquiéter est une expérience négative, mais les gens préfèrent s'inquiéter puisqu'ils y voient une certaine utilité (Mathews, 1990). Finalement, plusieurs individus croient que les inquiétudes font partie intégrante de leur personnalité (Dugas & Ladouceur, 1998). Parce qu'ils sont persuadés de l'immuabilité de leurs inquiétudes, ils continuent de s'inquiéter et attendent souvent longtemps avant d'avoir recours à de l'aide (Dugas, Ladouceur, Boisvert, & Freston, 1996). En résumé, les adolescents surestiment l'utilité des inquiétudes, sous-estiment les désavantages et jugent que les inquiétudes font partie de leur personnalité. Pour ces raisons, il est primordial d'intervenir et de corriger ces croyances erronées.

Le deuxième élément sur lequel le programme de prévention intervient est l'évitement cognitif. Plusieurs personnes utilisent l'évitement cognitif croyant que cette stratégie est efficace pour cesser de s'inquiéter. Souvent, pendant quelques instants, les gens parviennent à supprimer la pensée inquiétante, mais malencontreusement celle-ci revient à l'esprit (Wegner & Erber, 1992). Il est très difficile de supprimer une inquiétude et cela même en tentant de ne plus y penser ou encore en se concentrant sur autre chose. Deux fréquentes stratégies jouent un rôle important dans l'évitement cognitif et font en sorte que la suppression de

pensée est compliquée. Les gens ont recours à une première stratégie volontaire qui a pour objectif de les distraire de leurs inquiétudes (Wegner, 1992). Toutefois, de manière très automatique, les gens vont aussi avoir recours à une seconde stratégie. Cette dernière a pour but de recentrer l'attention de la personne sur ce qui la perturbe (Wegner, 1992). En fait, plus les gens tentent de supprimer une pensée dérangeante plus il y a de chance que celle-ci revienne en mémoire; c'est ce que Wegner et Zanakos (1994) appellent l'effet rebond. En résumé, essayer de se distraire d'un sujet d'inquiétude ne fait que maintenir son impact (Mathews, 1990).

Récemment, une étude a voulu vérifier la présence de l'évitement cognitif chez les adolescents. Il s'avère que les adolescents qui ont un niveau d'inquiétude élevé utilisent significativement plus de stratégies d'évitement cognitif que les adolescents qui ont un niveau d'inquiétude modéré (Lemay et al., 1997). Les élèves des deux groupes croient que l'utilisation de stratégies d'évitement cognitif est davantage efficace à court terme (Freeston et al., 1997). L'efficacité à court terme est perçue significativement plus par les adolescents du groupe élevé, alors que l'efficacité à long terme est davantage perçue par les adolescents du groupe modéré (Freeston et al., 1997). Néanmoins, les deux groupes perçoivent que les stratégies d'évitement cognitif sont efficaces, alors que plusieurs études (e.g., Wegner, Schneider, Carter, & White, 1987; Wegner & Erber, 1992) démontrent le contraire. Ce constat indique clairement l'importance d'intervenir à ce niveau.

L'objectif de cette étude est d'évaluer, chez les adolescents, un programme de prévention de l'augmentation des inquiétudes en période d'examens. Le programme est basé sur les connaissances que notre équipe de recherche possède du TAG ainsi que sur des interventions comportementales et cognitives éprouvées dans le traitement de personnes adultes ayant le TAG. Ces interventions sont utiles pour corriger les fausses croyances se rapportant aux inquiétudes et l'évitement cognitif (Ladouceur et al., 1997). Seule une partie des

adolescents assistera à l'intervention (groupe expérimental). Les autres étudiants feront partie du groupe contrôle. Les hypothèses sont les suivantes :

- 1) Les étudiants du groupe expérimental présenteront, en période d'examens, une plus faible augmentation de leurs inquiétudes que les élèves du groupe contrôle.
- 2) Les étudiants du groupe expérimental présenteront, en période d'examens, une plus faible augmentation des symptômes physiques du TAG que les élèves du groupe contrôle.

Méthode

Participants

L'échantillon de départ est composé de 505 étudiants francophones (53% filles et 47% garçons), âgés entre 12 et 16 ans ($M=14.05$, $ET=0.88$). Les élèves proviennent en majorité de familles traditionnelles (78.5%). Plusieurs sont de familles monoparentales (13%) ou encore de familles reconstituées (8.5%). Treize adolescents n'ont pas indiqué leur type de famille. Les étudiants sont tous de niveau secondaire 2 (34.3%) et 3 (65.7%) et fréquentent trois écoles de la région de Québec. Trois cent cinquante-six étudiants provenant de deux écoles font partie du groupe expérimental, alors que 159 étudiants de la troisième école forment le groupe contrôle. Suite à la décision de certains professeurs de ne pas poursuivre l'étude (raison : conflit d'horaire), au post-test le nombre de participants a été réduit à 376, soit 252 étudiants dans le groupe expérimental et 124 dans le groupe contrôle.

Instruments

Questionnaire sociodémographique. Une première section de ce questionnaire mesure des variables telles que l'âge, le sexe et le type de famille des participants. Une seconde section, à l'aide d'une échelle de 0 (très inférieur à la moyenne) à 8 (très supérieur à la moyenne), évalue certains indices de la

qualité de vie des adolescents tels que la santé, les relations familiales, amicales et la performance scolaire.

Pourquoi S'Inquiéter (PSI; Freeston et al., 1994). Le PSI contient 20 items qui décrivent les diverses raisons de s'inquiéter des gens. Ces items sont cotés sur une échelle de 1 (pas du tout correspondant) à 4 (tout à fait correspondant). Le PSI démontre une bonne validité convergente, divergente et de critère (Freeston et al., 1994), ainsi qu'une bonne fidélité test-retest de 5 semaines ($r = 0.71$) (Dugas, Freeston, & Ladouceur, 1995). L'analyse factorielle a identifié deux types de croyances : 1) s'inquiéter peut prévenir les conséquences négatives ou agir comme distraction contre les images plus menaçantes, 2) les inquiétudes aident à trouver des solutions, à trouver une meilleure façon de faire les choses ou encore contribuent à augmenter le contrôle.

Questionnaire sur l'Évitement Cognitif (QEC; Langlois et al., 1997). Ce questionnaire comporte 25 items qui évaluent l'évitement cognitif. Les différentes stratégies d'évitement cognitif sont mesurées sur une échelle de 1 (pas du tout correspondant) à 5 (tout à fait correspondant). Le QEC démontre une bonne cohérence interne ($\alpha = 0.92$) et ce, auprès d'une population adolescente ($N=487$) (Freeston et al., 1997). Une analyse des composantes principales du QEC, effectuée à partir de données provenant d'un échantillon d'adolescents, a permis d'identifier cinq facteurs : la distraction, la suppression de pensées, l'évitement de stimuli déclenchant les pensées désagréables, la transformation d'images en pensées et la substitution de pensée. Une étude menée par Langlois (1996) rapporte que les gens qui ont un score plus élevé au QEC ont une plus grande tendance à s'inquiéter.

Questionnaire sur les Inquiétudes du Penn State (QIPS; Meyer, Miller, Metzger, & Borkovec, 1990; traduction : Ladouceur et al., 1992). Le QIPS comprend 16 items qui mesurent la tendance à s'inquiéter. Une échelle de 1 (pas du tout correspondant) à 5 (extrêmement correspondant) sert à évaluer l'ensemble des 16 items. Le QIPS permet de distinguer les gens qui rencontrent les critères du

TAG des gens souffrant d'autres troubles anxieux (Brown, Antony, & Barlow, 1992). La consistance interne ($\alpha = 0.94$) est excellente (Davey, 1993), ainsi que la validité divergente et convergente (Meyer et al., 1990). La version française présente aussi des propriétés psychométriques adéquates, telles qu'une bonne validité convergente, une bonne fidélité test-retest de 4 semaines ($r = 0.86$) et une excellente consistance interne ($\alpha = 0.91$) (Ladouceur et al., 1992).

Questionnaire sur les Inquiétudes et l'Anxiété (QIA; Dugas et al., 1996). Le QIA est composé de 6 items mesurant, sur une échelle de 0 à 8, chacun des critères diagnostiques du TAG, selon le DSM-IV (APA, 1994). Pour les fins de l'étude, seuls les items mesurant les critères somatiques du TAG sont administrés. Le QIA présente une stabilité temporelle satisfaisante après 4 semaines ($r = 0.76$) (Beaudoin et al., 1997) et démontre de bonnes propriétés psychométriques auprès de la population adolescente (Fournier, 1997).

Procédure

Tous les élèves apportent à la maison un formulaire de consentement à faire signer par leurs parents (Annexe A). Après une semaine, tous les élèves qui n'ont pas fait signer le formulaire de consentement ou dont les parents ont refusé qu'ils participent sont exclus de l'étude. Par la suite, les étudiants non exclus signent un formulaire de consentement (Annexe B). Ceux qui ne signent pas le formulaire de consentement ne peuvent participer à l'étude. Les étudiants volontaires et qui ont signé le formulaire de consentement complètent en classe, sur une période de 30 minutes, un questionnaire sociodémographique (Annexe C) et quatre questionnaires présentés dans un ordre contrebalancé : le PSI (Annexe D), QEC (Annexe E), QIPS (Annexe F), et le QIA-somatique (Annexe G). Le professeur lit intégralement les consignes préalablement fournies par l'expérimentatrice.

Par la suite, deux écoles sont assignées de façon aléatoire au groupe expérimental, alors que la troisième école est assignée au groupe contrôle. Dès le début de l'année scolaire, l'expérimentatrice rencontre les élèves du groupe

expérimental. L'horaire dans les différentes écoles ne lui permet pas de toujours procéder de la même façon. En effet, une école offre des cours d'une durée de 75 minutes, alors la seconde école offre des cours de 50 minutes. La procédure a été de rencontrer les élèves durant une période de 75 minutes ou deux périodes de 40 minutes.

Composantes de l'intervention

Les rencontres avec les élèves du groupe expérimental traitent des croyances erronées concernant les inquiétudes et de l'évitement cognitif. Chacune d'elle comporte plusieurs activités diversifiées et standardisées.

L'expérimentatrice, par une mise en situation, illustre d'abord ce que sont les inquiétudes. Elle donne aussi une définition des inquiétudes aux étudiants (les inquiétudes sont des pensées par rapport à des événements futurs qui présentent des conséquences négatives). Suit la présentation d'un vidéo comparant une personne inquiète avec des personnes qui ne s'inquiètent pas. Subséquemment, l'expérimentatrice aborde l'évitement cognitif à l'aide de l'exercice de l'ours blanc de Wegner et al. (1987). Elle explique qu'il est très difficile de chasser une pensée inquiétante, c'est-à-dire que plus on essaie de se concentrer sur quelque chose d'autre, plus la pensée inquiétante revient à la mémoire. Le conseil donné aux adolescents est d'essayer de ne pas se distraire volontairement d'une pensée inquiétante, car à ce moment ils obtiennent plutôt l'effet contraire. La recherche de distractions est une stratégie souvent automatique, mais qui fait en sorte que la pensée dérangeante revient encore plus rapidement en mémoire. L'expérimentatrice suggère plutôt aux étudiants de s'imaginer leurs inquiétudes sous la forme d'un nuage. Comme ceux-ci, les inquiétudes, même dérangeantes, finissent toujours par passer, elles s'éloignent d'elles-mêmes.

La dernière partie des rencontres vise les croyances erronées qu'ont les adolescents face aux inquiétudes. Les adolescents font en équipe un exercice. Les fausses croyances qui leur sont présentées concernent l'utilité des inquiétudes à résoudre les problèmes et à prévenir l'occurrence d'événements négatifs. La

fausse croyance voulant que les inquiétudes font partie de la personnalité des gens leur est aussi présentée. Par la suite, l'expérimentatrice corrige avec les étudiants cet exercice et explique les fausses croyances. L'objectif est de développer chez les élèves un esprit critique face à l'utilité des inquiétudes et de leur faire prendre conscience qu'il est possible de ne plus s'inquiéter.

Post-test

Pour ce qui est du groupe contrôle, les élèves ne reçoivent aucune intervention qui traite des inquiétudes. Néanmoins, deux mois après la première passation, soit une semaine avant la période des examens, ils remplissent de nouveau les cinq questionnaires. Les élèves du groupe expérimental complètent eux aussi ces questionnaires dans un même délai de deux mois.

Résultats

Équivalence des groupes et intégrité du traitement

Au pré-test, les caractéristiques sociodémographiques des élèves du groupe expérimental et du groupe contrôle sont comparées. Cela permet de s'assurer qu'il n'y a pas de différences entre les groupes avant l'intervention. Les résultats ne démontrent aucune différence entre les groupes pour l'âge ($F(1,498) = 0.57, ns$) et le sexe ($\chi^2(1, N = 505) = 2.19, ns$). Les résultats n'indiquent pas non plus de différence entre les groupes pour l'évaluation des différents indices de qualité de vie : les relations familiales ($F(1,498) = 0.80, ns$), les relations amicales ($F(1,498) = 2.03, ns$), les performances scolaires ($F(1,497) = 0.0009, ns$) et la santé ($F(1,497) = 2.76, ns$). Pour les groupes contrôle et expérimental, les moyennes et les écarts-types des différents indices de qualité de vie, sont présentés au tableau1.

Insérer tableau 1 ici

Une série d'analyses de variance indique aussi qu'avant l'intervention, il n'y avait pas de différence entre les groupes pour ce qui est des principales variables. Il n'y a aucune différence au PSI ($F(1,358)=0.12$, ns), au QEC ($F(1,355)=0.68$, ns), au QIPS ($F(1,364)=0.01$, ns) et au QIA-somatique ($F(1,333)=1.40$, ns).

Pour vérifier l'intégrité du traitement, il est nécessaire de comparer au post-test les résultats au PSI et au QEC des deux groupes. Les fausses croyances concernant les inquiétudes, mesurées par le PSI, et l'évitement cognitif, mesuré par le QEC sont des variables de manipulation. Un changement dans ces deux variables devrait entraîner une diminution des inquiétudes et des symptômes physiques du TAG. L'analyse de variance à mesures répétées indique cependant qu'à la deuxième passation du PSI il n'y a toujours pas de différence significative entre les groupes ($F(1,358) = 2.98$, ns). Au QEC, il n'y a pas non plus de différence significative entre le groupe expérimental et le groupe contrôle ($F(1,355) = 0.03$, ns). Les moyennes et les écarts-types à la première et à la deuxième passation du PSI et du QEC sont présentées au tableau 2.

Insérer tableau 2 ici

Efficacité de l'intervention

En ce qui concerne la première hypothèse, des analyses de variance à mesures répétées indiquent qu'au QIPS il n'y a pas de différence significative entre le groupe expérimental et le groupe contrôle ($F(1,364) = 0.56$, ns). Après l'intervention, la tendance à s'inquiéter des adolescents du groupe expérimental n'est pas différente de la tendance à s'inquiéter des adolescents du groupe contrôle. Pour ce qui est de la deuxième hypothèse, les analyses de variance à mesures répétées révèlent une différence significative entre les participants du groupe expérimental et les participants du groupe contrôle ($F(1,333) = 4.55$, $p \leq .03$). Les résultats au QIA-somatique montrent qu'il existe une différence entre les symptômes physiques des adolescents qui ont participé à l'intervention et les

symptômes physiques de ceux qui n'ont pas participé à l'intervention. Les moyennes à la première et deuxième passation du QIPS et du QIA-somatique sont présentées respectivement aux figures 1 et 2.

Insérer figures 1 et 2 ici

Discussion

Cette étude s'intéresse à la prévention des inquiétudes. L'intervention effectuée auprès des adolescents ciblait que deux variables associées au TAG. Le modèle de Dugas et al. (1998) montre qu'il y a une relation entre les symptômes du TAG, les croyances erronées ainsi que l'évitement cognitif. Toutefois, une seule étude s'est intéressée aux fausses croyances concernant les inquiétudes et à l'évitement cognitif chez les adolescents. Cette étude a démontré que ces deux éléments sont présents chez les adolescents (Lemay et al., 1997). Pour cette raison, l'intervention de la présente étude s'est effectuée exclusivement sur ces variables.

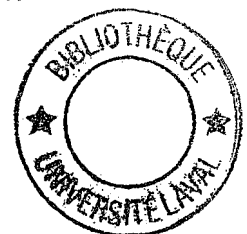
En ce qui concerne la première cible d'intervention, soit les fausses croyances concernant les inquiétudes, les résultats indiquent que l'intervention auprès du groupe expérimental n'a pas eu d'effet significatif. Les étudiants des deux groupes ne diffèrent pas quant à leur score au PSI. Les résultats illustrent néanmoins une tendance intéressante. Alors que les moyennes du groupe expérimentale au PSI sont de 43,88 au pré-test et de 42,32 au post-test, le groupe contrôle présente des moyennes respectives de 43,57 et 44,71. Reprendre l'étude avec un plus grand nombre d'adolescents confirmerait probablement que l'intervention est efficace pour modifier les fausses croyances chez cette population.

L'évitement cognitif est le deuxième élément ciblé par l'intervention. Les résultats indiquent que les élèves du groupe expérimental et du groupe contrôle ne

diffèrent pas quant à leurs scores au QEC. Ainsi, les élèves qui ont reçu l'intervention utilisent autant la stratégie inefficace de l'évitement cognitif que ceux qui n'ont pas reçu l'intervention. Très fréquemment, les gens utilisent de manière volontaire et automatique l'évitement cognitif pour chasser leurs inquiétudes (Wegner & Zanakos, 1994). À notre avis, considérant la nature et la fréquence d'utilisation de cette stratégie, le type d'intervention utilisé n'a pas été assez puissant et le temps d'intervention pas suffisamment long pour produire un changement dans cette "habitude". Nos études de traitement du TAG ont permis de vérifier que l'exposition est utile pour modifier l'évitement cognitif (Ladouceur et al., 1997). Il serait peut-être plus efficace d'utiliser ce type d'intervention lors de nos prochaines études de prévention. Aussi, nous croyons maintenant qu'une intervention de plus de 75 minutes est nécessaire pour diminuer l'évitement cognitif chez les adolescents.

La première hypothèse de l'étude s'appliquait aux inquiétudes. Il était supposé que les élèves du groupe expérimental connaîtraient, en période d'examens, une plus faible augmentation de leurs inquiétudes que les élèves du groupe contrôle. Les résultats de l'étude ne confirment pas cette hypothèse. Aucune différence significative n'a été obtenue entre les deux groupes. Deux principales explications peuvent éclairer le résultat obtenu.

Tout d'abord, une étude menée par Dadds et ses collaborateurs (1997) laisse présager que la durée de notre intervention est mise en cause. Leur étude avait pour objectif de prévenir les troubles anxieux et de traiter de manière précoce les enfants qui présentaient ces troubles. Les résultats indiquent que l'intervention auprès des enfants (10 heures) et des parents (4 heures) est efficace pour diminuer le nombre d'enfants qui présentent des troubles anxieux ou simplement des symptômes d'anxiété. La comparaison entre les deux études indique clairement que la durée de notre programme (75 minutes) n'a pas été suffisante pour produire le changement escompté dans la tendance à s'inquiéter.



Deuxièmement, le type de mesure utilisé peut expliquer l'absence de différence significative entre les deux groupes pour ce qui est de la tendance à s'inquiéter. Dadds et ses collaborateurs (1997) ont fait usage d'entrevues diagnostiques et de questionnaires pour vérifier l'efficacité de leur intervention. Alors que les entrevues diagnostiques ont démontré que leur programme est efficace pour prévenir et traiter les troubles anxieux, les résultats aux questionnaires n'ont pas conclu à cette efficacité. Bref, les mesures de type auto-évaluation sont moins sensibles pour détecter l'efficacité des interventions (Dadds et al., 1997). Il est donc permis de croire que l'hypothèse de notre étude n'a pas été confirmée à cause de l'utilisation exclusive des questionnaires. En résumé, la durée de l'intervention ainsi qu'un problème de mesure pourraient donc expliquer qu'aucune différence dans la tendance à s'inquiéter ne soit présente entre les deux groupes.

La seconde hypothèse référait aux symptômes physiques du TAG, c'est-à-dire que les élèves du groupe expérimental devaient présenter une plus faible augmentation des symptômes physiques du TAG que les élèves du groupe contrôle. Cette hypothèse est confirmée. Suite à l'intervention, les participants du groupe expérimental rapportent une diminution de leurs symptômes physiques, alors que les adolescents du groupe contrôle présentent une augmentation de ces symptômes.

Ce résultat est intéressant puisqu'il nous permet de croire que le programme de prévention est utile aux adolescents. Toutefois, il est surprenant d'obtenir uniquement un changement dans les symptômes physiques du TAG. En effet, notre groupe de recherche a fait plusieurs études sur le traitement du TAG et les résultats indiquent qu'une intervention ciblant exclusivement les inquiétudes améliore d'une part la tendance à s'inquiéter et d'autre part les symptômes physiques du TAG (Ladouceur et al., 1997). La principale relation entre les inquiétudes et les symptômes physiques du TAG est généralement la suivante : les inquiétudes produisent les symptômes physiques de telle manière qu'une diminution des inquiétudes provoque une diminution des symptômes physiques

(Andrews & Borkovec, 1988). Cette relation entre les inquiétudes et les symptômes physiques n'est toutefois pas la seule. Les symptômes physiques, lorsqu'ils sont perçus comme une menace, peuvent produire de l'anxiété et des inquiétudes (Mathews & MacLeod, 1985). L'existence de cette deuxième relation signifie qu'une intervention peut produire un effet direct sur les symptômes physiques sans pour autant modifier la tendance à s'inquiéter. C'est ce que les résultats de l'étude indiquent, puisque l'intervention a pu prévenir les symptômes physiques, sans toutefois influencer les inquiétudes.

Les inquiétudes et les symptômes physiques sont des critères diagnostiques de nature différente. Comparativement aux symptômes physiques du TAG, les inquiétudes sont un phénomène cognitif qui requiert possiblement un niveau d'introspection plus élevé. Nous estimons qu'à cause de leur nature, les inquiétudes sont plus difficilement identifiables par des adolescents de 12 à 16 ans alors que les symptômes physiques sont plus facilement identifiables. À notre avis, les adolescents reconnaissent plus aisément leurs difficultés de sommeil et de concentration, leurs tensions musculaires, et leur agitation, etc. que leurs inquiétudes. Pour cette raison, il était plus facile pour eux de rapporter la présence d'un changement dans leurs symptômes physiques du TAG que dans leur tendance à s'inquiéter.

L'ensemble des résultats obtenus est encourageant et plusieurs aspects positifs ressortent clairement de cette recherche. En effet, l'étude s'inscrit dans les nouvelles avenues de recherche en prévention identifiées par le National Institute of Mental Health (1994) et L'Institute of Medicine (Mrazek & Haggerty, 1994). De plus, comme le souhaitait la politique de la santé et du bien-être du Québec (Ministère de la santé et des services sociaux, 1992), le programme de prévention s'est attaqué essentiellement aux facteurs de risque du TAG. Notre groupe a identifié que les fausses croyances concernant les inquiétudes et l'évitement cognitif jouent un rôle important dans le développement et le maintien du TAG. D'autre part, chacune des interventions a été effectuée de manière standard et l'ensemble des principes de l'éthique en recherche ont été respectés. Malgré les

points positifs de l'étude, certaines critiques peuvent être soulevées. Par exemple, l'utilisation conjointe de questionnaires et d'entrevues aurait sans doute permis une évaluation plus approfondie du programme de prévention. Finalement, un suivi d'au moins 6 mois aurait permis d'évaluer l'efficacité à long terme du programme.

Afin d'améliorer le programme de prévention des inquiétudes, certains changements pourraient être apportés. Une première amélioration a trait au contenu de l'intervention. Le modèle étiologique du TAG (Dugas et al., 1998) stipule que les inquiétudes sont aussi liées à une faible orientation aux problèmes. Les adultes qui s'inquiètent perçoivent mal les problèmes et croient qu'ils ont peu de contrôle sur la résolution de problèmes (Davey, 1994). Nous émettons l'hypothèse que plusieurs adolescents peuvent également présenter une faible orientation aux problèmes, ce qui accroît pour eux les chances de développer le TAG. Pour cette raison, il serait utile d'inclure une intervention qui cible cet élément. Deuxièmement, l'intervention pourrait cibler la résolution de problèmes. Les études menées par notre équipe de recherche indiquent que les adultes qui s'inquiètent ne présentent pas de déficit dans leurs habiletés de résolution de problèmes (Dugas, Letarte, Rhéaume, Freeston, & Ladouceur 1995; Dugas, Freeston, & Ladouceur, 1997). Toutefois, la présente étude nous laisse croire que plusieurs d'adolescents n'ont pas encore développé complètement ces habiletés. De nombreuses études de prévention ont également inclus dans leurs programmes des activités de résolution de problèmes puisqu'elles permettent de diminuer les symptômes d'un trouble et de promouvoir des habiletés qui pourront être utilisées dans divers domaines (Spence, 1994). Enfin, il serait souhaitable d'augmenter le temps d'intervention, ce qui accroîtrait certainement les chances de prévenir les inquiétudes.

En conclusion, les résultats de l'étude montrent que le programme de prévention est efficace pour prévenir les symptômes physiques du TAG. Plusieurs modifications pouvant améliorer le programme ont été identifiées, ce qui permettra

à l'intervention de gagner en efficacité et ainsi produire un effet bénéfique sur les inquiétudes excessives.

Références

Albee, G.W. (1996). Revolutions and counterrevolutions in Prevention. American Psychologist, 51, 1130-1133.

American Psychiatric Association. (1987). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3^e ed. révisée). Washington, DC : Auteur.

American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4^e ed). Washington, DC : Auteur.

Andrews, V.H., & Borkovec, T.D. (1988). The differential effects of inductions of worry, somatic anxiety and depression on emotional experience. Journal of Therapy and Experimental Psychiatry, 19, 21-26.

Barrett, P.M., Dadds, M.R., & Rapee, R.M. (1996). Family treatment of childhood anxiety: a controlled trial. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64, 333-342.

Beaudoin, S., Tremblay, M., Carbonneau, C., Dugas, M., Provencher, M., & Ladouceur, R. (1997, octobre). Validation d'un instrument diagnostique pour le trouble d'anxiété généralisée: QIA. Communication présentée au congrès annuel de la Société Québécoise pour la Recherche en Psychologie, Sherbrook, Québec.

Bell-Dolan, D.J., Last, C.G., & Strauss, C.C. (1990). Symptoms of anxiety disorders in normal children. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 29, 759-765.

Blazer D.G., Hughes D., George L.K., Swartz M & Boyer R. (1991). Generalized anxiety disorder in Psychiatric Disorders in America. In L.N. Robins & D.A. Reiger (Eds), The Epidemiologic Catchment Area Study. New York, The Free Press.

Brown, T.A., Antony, M.M., & Barlow, D.H. (1992). Psychometric properties of the Penn State Worry Questionnaire in a clinical anxiety disorders sample. Behaviour Research and Therapy, 30, 33-37.

Dadds, M.R., Spence, S.H., Holland, D.E., Barrett, P.M., Laurens, K.R., (1997). Prevention and early intervention for anxiety disorders : A controlled trial. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65, 4, 627-635.

Davey, G.C.L., (1993). Acomparaison of three worry questionnaires. Behaviour Research and Therapy, 31, 51-56.

Davey, G.C.L., (1994). Pathological worrying as exacerbated problem-solving. In G.C.L. Davey & F. Tallis (Eds.), Worrying : Perspectives on theory, assessment and treatment, (pp. 35-59).Chister, England: John Wiley & Sons.

Dugas, M.J. (sous presse). GAD publications: SO where do we stand? Journal of anxiety disorders.

Dugas, M.J., Freeston, M.H., Doucet, C., Rhéaume, J., Provencher, M., Ladouceur, R., & Gagnon, F. (1996). Questionnaire sur les Inquiétudes et l'Anxiété. Manuscrit non-publié, École de psychologie, Université Laval, Québec.

Dugas, M.J., Freeston, M.H., & Ladouceur, R. (1995, octobre). Validation de mesures des mécanismes liés à l'inquiétude. Affiche présentée au congrès annuel de la Société Québécoise pour la Recherche en Psychologie, Ottawa, Canada

Dugas, M.J., Freeston, M.H., & Ladouceur, R. (1997). Intolerance of uncertainty and problem orientation in worry. Cognitive Therapy and Research, 21, 593-606

Dugas, M.J., Gagnon, F., Ladouceur, R., & Freeston, M.H. (1998). Generalized anxiety disorder : a preliminary test of a conceptual model. Behaviour Research and Therapy, 36, 215-226.

Dugas, M.J., & Ladouceur, R. (1998). Treatment of GAD: Targeting intolerance of uncertainty in two types of worry. Manuscrit soumis pour publication.

Dugas, M.J., Ladouceur, R., Boisvert, J.-M., & Freeston, M.H. (1996). Le trouble d'anxiété généralisée: Éléments fondamentaux et interventions psychologiques. Psychologie Canadienne, 37, 40-53.

Dugas, M.J., Letarte, H., Rhéaume, J., Freeston, M.H., & Ladouceur, R. (1995). Worry and problem solving: Evidence of a specific relationship. Cognitive Therapy and Research, 19, 109-120.

Durlak, J.A., & Wells, A.M. (1997). Primary prevention mental health programs for children and adolescents: A meta-analytic review. American Journal of Community Psychology, 25, 115-152.

Dweck, C.S., & Wortman, C.B. (1982). Learned helplessness, anxiety, and achievement motivation. In H.W. Krone & L. Laux (Eds), Achievement, stress and anxiety (pp 93-125). Washington: Hemisphere publishing.

Fournier, S. (1997). Worry themes and tendency to worry among a teenage sample. Thèse de maîtrise non publiée, Université Laval, Québec, Québec, Canada.

Fournier, S., Freeston, M.H., Dugas, M.J., & Ladouceur, R. (1996, août). Investigation of Generalized Anxiety disorder criteria in a teenage sample. Communication présentée au XIVième congrès de l'International Society for The Study of Behavioural Development, Québec, Québec.

Freeston, M.H., Langlois, F., Ladouceur, R., Laberge, M., Gosselin, P., & Lemay, D. (1997, novembre). Worry among adolescents: Use and perceived efficacy of avoidance strategies. Communication présentée au congrès annuel de l'Association for the Advancement of Behavior Therapy, Miami, Floride.

Freeston, M.H., Rhéaume, J., Letarte, H., Dugas, M.J., & Ladouceur, R. (1994). Why do people worry? Personality and Individual Differences, 17, 791-802

Gosselin, P., Laberge, M., Lemay, D., Freeston, M.H., Langlois, F. & Ladouceur, R. (1998, juin). Worry themes among high school students. Communication présentée au congrès annuel de la Canadian Psychology Association. Edmonton, Alberta.

Hodapp, V., Glanzmann, P.G. & Laux, L. (1995). Theory and measurement of test anxiety as a situation-specific trait. In C.D. Spielberger & P.R. Vagg (Eds.), Test anxiety: Theory, assessment and treatment (pp 47-58). Washington: Taylor & Francis.

Kendall, P.C. (1994). Treating anxiety disorders in children: Results of a randomized clinical trial. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62, 100-110.

Kessler, R.C., McGonagle, K.A., Zhao, S., Nelson, C.B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H.-U., & Kendler, K.S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Archives of General Psychiatry, 51, 8-19.

Ladouceur, R., Boivert, J.-M., Gagnon, F., Thibodeau, N., Freeston, M.H., & Dugas, M.J. (1996). Cognitive behavioral treatment of generalized anxiety disorder : Extension to group format and to adolescent and elderly population. Manuscrit inédit.

Ladouceur, R., Dugas, M.J., Freeston, M.H., Léger, E., Provencher, M.D., Gagnon, F., Thibodeau, N., & Boisvert, J.-M. (1997, novembre). Effectiveness of a new treatment for GAD : evaluation in a group comparison design. Communication présentée au congrès annuel de l'Association for Advancement of Behavior Therapy. Miami, Fl.

Ladouceur, R., Freeston, M.H., Dumont, J., Letarte, H., Rhéaume, J., Gagnon, F., & Thibodeau, N. (1992). Penn State Worry Questionnaire : Validity and reliability of a french translation. Canadian Psychology, 33, 236.

Ladouceur, R., Gosselin, P., Freeston, M.H., Laberge, M., Lemay, D., & Langlois, F. (1998, juin). Worries among adolescents: associations with quality of life. Communication présentée au congrès annuel of Canadian Psychology Association, Edmonton, Alberta.

Langlois, F., Freeston, M.H., Ladouceur, R., Gosselin, P., Lemay, D., & Laberge, M. (1997, septembre). The Cognitive Avoidance Questionnaire : Factor structure and convergent validity in an adolescent sample. Communication présentée au congrès annuel de l'European Association for Behavioural and Cognitive Therapies, Venise, Italy.

Langlois, F., Lachance, S., Provencher, M., Freeston, M.H., Dugas, M.J., Fournier, S., Talbot, F. & Ladouceur, R. (1996, avril). Le Questionnaire d'Évitement Cognitif: Analyses préliminaires. Communication présentée au congrès de l'Association Francophone pour la formation en Thérapie Comportementale et Cognitive, Annecy, France.

Lemay, D., Gosselin, P., Laberge, M., Freeston, M.H., Langlois, F., & Ladouceur, R. (1997, octobre). Inquiétudes chez les adolescents : évitement cognitif et croyances reliées à l'utilité des inquiétudes. Communication présentée au congrès annuel de la Société Québécoise pour Recherche en Psychologie. Sherbrook, Québec.

Mathews, A. (1990). Why worry? The cognitive function of anxiety. Behaviour Research and Therapy, 28, 455-468

Mathews, A., & MacLeod, C. (1985). Selective processing of threat cues in anxiety states. Behavior Research and Therapy, 23, 563-569.

Meyer, T.J., Miller, M.L., Metzger, R.L., & Borkovec, T.D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. Behavior Research and Therapy, 28, 487-496.

Ministère de la santé et des services sociaux. (1992). La politique de la santé et du bien-être. Québec: Auteur.

Mrazek, P.J., & Haggerty, R.J. (Eds). (1994). Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research. Washington, DC: National Academy Press.

National Institute of Mental Health (NIMH) Prevention Research Steering Committee. (1993, 9 mars). The prevention of mental disorders: A national research agenda: Executive summary. Rockville, MD: Auteur

National Institute of Mental Health (NIMH) Prevention Research Steering Committee. (1994). The prevention of mental disorders: A national research agenda. Washington, DC: Auteur

Noyes, R., Woodman, C., Garvey, M.J., Cook, B., Suelzer, M., Clancy, J. & Anderson, D.J. (1992). Generalized anxiety disorder versus Panic disorder: Distinguishing characteristics and patterns of comorbidity. Journal of Nervous and Mental Disease, 180, 369-379.

Pounds, R. (1992). A review of the medical and social consequences of generalized anxiety disorder and panic disorder. Journal of the Louisiana State Medical Society, 144, 479-483.

Rapee, R.M. (1991). Generalized anxiety disorder: A review of clinical features and theoretical concepts. Clinical Psychology Review, 11, 419-440.

Silverman, W.K., & Ginsburg, G.S. (1995). Specific phobia and generalized anxiety disorder. In J.S. March (Ed.), Anxiety disorders in children and adolescents, (pp.151-180). New York : Guilford Press .

Spence, S.H. (1994). Preventive strategies. In T.H. Ollendick, N.J. King, & W. Yule (Eds.). International Handbook of Phobic and Anxiety Disorders in Children and Adolescents, (pp. 453-474). New-York: Plenum Press.

Strauss, C.C., Lease, C.A., Kazdin, A.E., Dulcan, M.K., & Last, C.G. (1989). Multimethod assessment of the social competence of children with anxiety disorders. Journal of Clinical Child Psychology, 18, 184-190.

Strauss, C.C., Lease, C.A., Last, C.G., & Francis, G. (1988). Overanxious disorder: An examination of developmental differences. Journal of Abnormal Child Psychology, 16, 433-443.

Wegner, D. (1992). You can't always think what you want : Problems in the suppression of unwanted thoughts. In M. Zanna (Ed.), Advances in experimental social psychology, vol. 25, pp. 193-225. San Diego : Academic Press.

Wegner, D.M., & Erber, R. (1992). The hyperaccessibility of suppressed thoughts. Journal of Personality and Social Psychology, 63, 1-9.

Wegner, D.M., Schneider, D.J., Carter, S.R., & White, T.L. (1987). Paradoxical effects of thought suppression. Journal of peronality and social psychology, 53, 5-13.

Wegner, D.M., & Zanakos, S. (1994). Chronic thought suppression. Journal of Personality, 62, 615-640

Notes des Auteurs

Cette étude a été conduite par la première auteure sous la supervision du deuxième et du troisième auteur. Le deuxième auteur est boursier du Conseil de Recherche en Sciences Humaines du Canada.

Toute correspondance devrait être adressée à Robert Ladouceur, École de Psychologie, Université Laval, Québec, Canada, G1K 7P4

Tableau 1

Indices moyens de la qualité de vie selon les groupes

Indices de la qualité de vie	Expérimental		Contrôle	
	<u>M</u>	<u>ET</u>	<u>M</u>	<u>ET</u>
Relations familiales	5.19	1.72	5.04	1.8
Relations amicales	5.16	1.40	5.35	1.4
Performances scolaires	4.70	1.64	4.70	1.6
Santé	5.17	1.60	5.42	1.61

Tableau 2

Moyennes et écarts-types des croyances concernant les inquiétudes (PSI) et de l'évitement cognitif (QEC) selon les groupes

Questionnaires	Expérimental		Contrôle	
	<u>M</u>	<u>ET</u>	<u>M</u>	<u>ET</u>
PSI				
Pré-test	43,88	13,50	43,57	13,65
Post-test	42,32	14,96	44,71	15,93
QEC				
Pré-test	58,94	20,39	57,96	20,10
Post-test	57,41	20,88	56,29	20,93

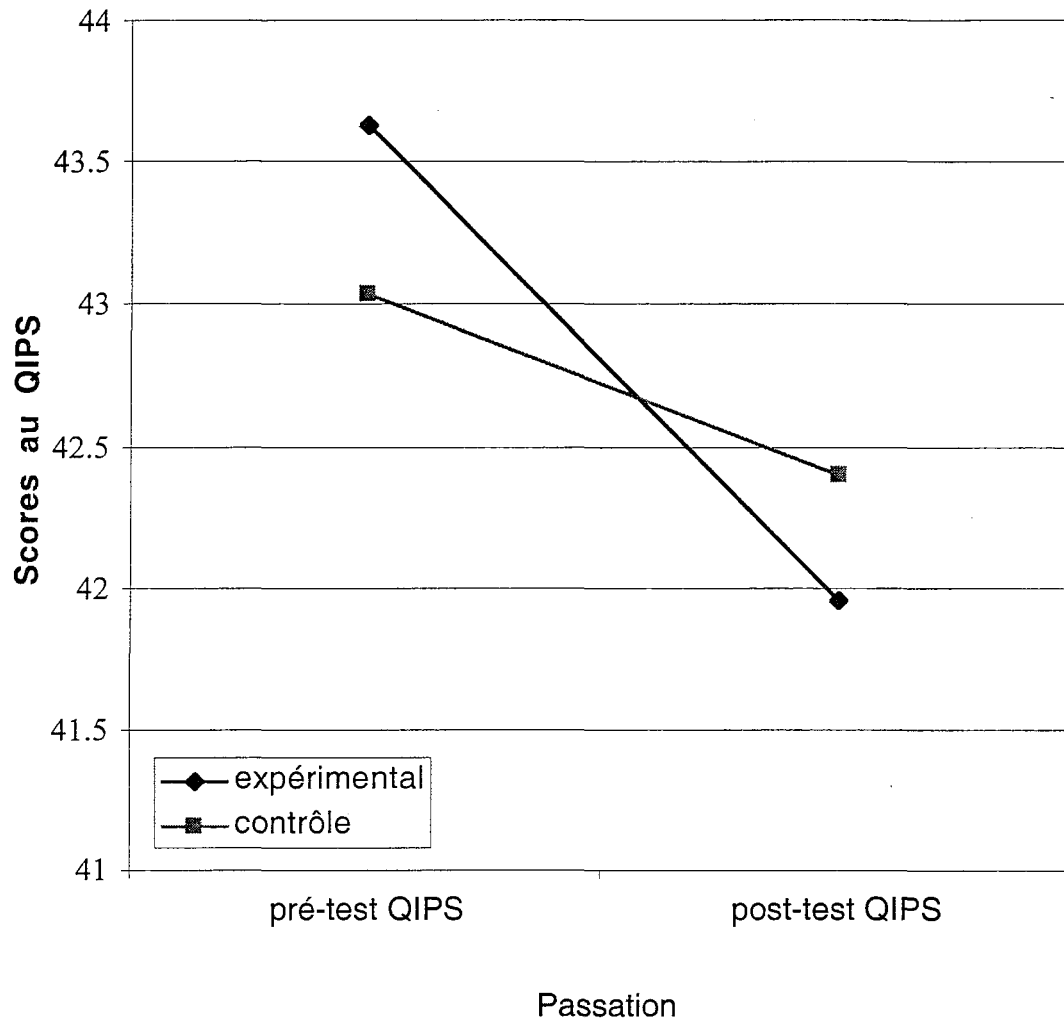


Figure 1 Tendence moyenne à s'inquiéter (QIPS) selon les groupes

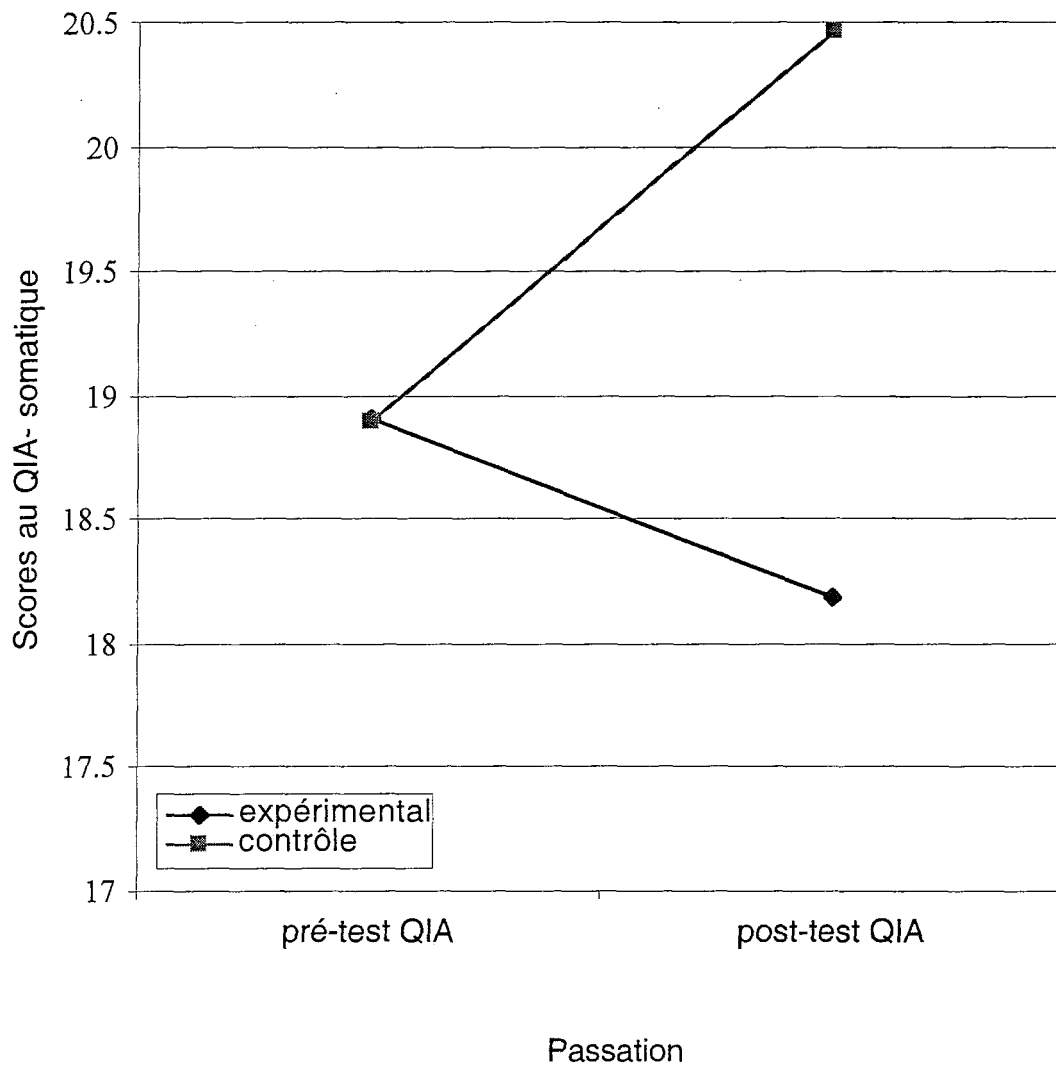


Figure 2 Moyennes des symptômes physiques du TAG (QIA-somatique) selon les groupes

CONCLUSION GÉNÉRALE

Jusqu'à ce jour, aucun programme de prévention n'existait pour prévenir les inquiétudes excessives chez les adolescents. Pourtant, un nombre considérable d'entre eux rapporte s'inquiéter pour plusieurs choses. Par exemple, il s'inquiètent de leurs études, de leurs relations sociales, de leurs relations amoureuses, de leur avenir et de leurs finances (Gosselin et al., 1998). Ce projet de mémoire est le premier à développer, implanter et évaluer auprès de la population adolescente un programme de prévention des inquiétudes.

Les résultats suggèrent que le programme n'a pas réussi à prévenir les inquiétudes présentes avant une session d'examens. Les adolescents faisant partie du groupe expérimental ont rapporté autant d'inquiétudes que les élèves du groupe contrôle. Le programme a néanmoins été efficace pour prévenir les symptômes physiques du TAG. Au post-test, les symptômes physiques ont diminué chez les élèves qui ont participé à l'intervention alors qu'ils ont augmenté chez les élèves du groupe contrôle.) Les symptômes physiques du TAG tels que les difficultés de concentration et les trous de mémoire, la fatigue et les troubles du sommeil peuvent interférer considérablement avec le rendement scolaire. En ce sens, le programme de prévention a contribué à maximiser les chances de réussite scolaire chez les élèves qui ont participé au programme de prévention.

L'évaluation du programme de prévention indique qu'il possède une certaine efficacité. Il sera donc important, dans les années à venir, de travailler à l'amélioration de ce programme pour qu'il puisse, en plus de prévenir les symptômes physiques, prévenir les inquiétudes des adolescents. Une fois que le programme aura démontré son efficacité à prévenir les inquiétudes, des mesures seront prises pour l'introduire dans les écoles secondaires. L'implantation du programme dans le milieu scolaire est un moyen sûr de rejoindre un plus grand nombre d'adolescents. De cette façon, il sera ultérieurement possible de diminuer l'incidence et enfin, la prévalence du TAG.

BIBLIOGRAPHIE

Albee, G.W. (1996). Revolutions and counterrevolutions in Prevention. American Psychologist, 51, 1130-1133.

American Psychiatric Association. (1987). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3^e ed. révisée). Washington, DC : Auteur.

American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4^e ed). Washington, DC : Auteur.

Andrews, V.H., & Borkovec, T.D. (1988). The differential effects of inductions of worry, somatic anxiety and depression on emotional experience. Journal of Therapy and Experimental Psychiatry, 19, 21-26.

Barrett, P.M., Dadds, M.R., & Rapee, R.M. (1996). Family treatment of childhood anxiety: a controlled trial. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64, 333-342.

Beaudoin, S., Tremblay, M., Carbonneau, C., Dugas, M., Provencher, M., & Ladouceur, R. (1997, octobre). Validation d'un instrument diagnostique pour le trouble d'anxiété généralisée: QIA. Communication présentée au congrès annuel de la Société Québécoise pour la Recherche en Psychologie, Sherbrook, Québec.

Bell-Dolan, D.J., Last, C.G., & Strauss, C.C. (1990). Symptoms of anxiety disorders in normal children. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 29, 759-765.

Blazer D.G., Hughes D., George L.K., Swartz M & Boyer R. (1991). Generalized anxiety disorder in Psychiatric Disorders in America. In L.N. Robins & D.A. Reiger (Eds), The Epidemiologic Catchment Area Study. New York, The Free Press.

Bloom, B.L. (1979). Prevention of mental disorders: Recent advances in theory and practice. Community Mental Health Journal, 15, 179-191.

Bloom, M. (1987). Toward a technology in primary prevention: Educational strategies and tactics. Journal of Primary Prevention, 8, 25-48.

Brown, T.A., Antony, M.M., & Barlow, D.H. (1992). Psychometric properties of the Penn State Worry Questionnaire in a clinical anxiety disorders sample. Behaviour Research and Therapy, 30, 33-37.

Dadds, M.R., Spence, S.H., Holland, D.E., Barrett, P.M., Laurens, K.R., (1997). Prevention and early intervention for anxiety disorders : A controlled trial. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65, 4, 627-635.

Davey, G.C.L., (1993). Acomparaison of three worry questionnaires. Behaviour Research and Therapy, 31, 51-56.

Davey, G.C.L., (1994). Pathological worrying as exacerbated problem-solving. In G.C.L. Davey & F. Tallis (Eds.), Worrying : Perspectives on theory, assessment and treatment, (pp. 35-59).Chister, England: John Wiley & Sons.

Dugas, M.J. (sous presse). GAD publications: SO where do we stand? Journal of anxiety disorders.

Dugas, M.J., Freeston, M.H., Doucet, C., Rhéaume, J., Provencher, M., Ladouceur, R., & Gagnon, F. (1996). Questionnaire sur les Inquiétudes et l'Anxiété. Manuscrit non-publié, École de psychologie, Université Laval, Québec.

Dugas, M.J., Freeston, M.H., & Ladouceur, R. (1995, octobre). Validation de mesures des mécanismes liés à l'inquiétude. Affiche présentée au congrès annuel de la Société Québécoise pour la Recherche en Psychologie, Ottawa, Canada

Dugas, M.J., Freeston, M.H., & Ladouceur, R. (1997). Intolerance of uncertainty and problem orientation in worry. Cognitive Therapy and Research, 21, 593-606

Dugas, M.J., Gagnon, F., Ladouceur, R., & Freeston, M.H. (1998). Generalized anxiety disorder : a preliminary test of a conceptual model. Behaviour Research and Therapy, 36, 215-226.

Dugas, M.J., & Ladouceur, R. (1998). Treatment of GAD: Targeting intolerance of uncertainty in two types of worry. Manuscrit soumis pour publication.

Dugas, M.J., Ladouceur, R., Boisvert, J.-M., & Freeston, M.H. (1996). Le trouble d'anxiété généralisée: Éléments fondamentaux et interventions psychologiques. Psychologie Canadienne, 37, 40-53.

Dugas, M.J., Letarte, H., Rhéaume, J., Freeston, M.H., & Ladouceur, R. (1995). Worry and problem solving: Evidence of a specific relationship. Cognitive Therapy and Research, 19, 109-120.

Durlak, J.A., & Wells, A.M. (1997). Primary prevention mental health programs for children and adolescents: A meta-analytic review. American Journal of Community Psychology, 25, 115-152.

Dweck, C.S., & Wortman, C.B. (1982). Learned helplessness, anxiety, and achievement motivation. In H.W. Krone & L. Laux (Eds), Achievement, stress and anxiety (pp 93-125). Washington: Hemisphere publishing.

Fournier, S. (1997). Worry themes and tendency to worry among a teenage sample. Thèse de maîtrise non publiée, Université Laval, Québec, Québec, Canada.

Fournier, S., Freeston, M.H., Dugas, M.J., & Ladouceur, R. (1996, août). Investigation of Generalized Anxiety disorder criteria in a teenage sample. Communication présentée au XIVième congrès de l'International Society for The Study of Behavioural Development, Québec, Québec.

Freeston, M.H., Langlois, F., Ladouceur, R., Laberge, M., Gosselin, P., & Lemay, D. (1997, novembre). Worry among adolescents: Use and perceived efficacy of avoidance strategies. Communication présentée au congrès annuel de l'Association for the Advancement of Behavior Therapy, Miami, Floride.

Freeston, M.H., Rhéaume, J., Letarte, H., Dugas, M.J., & Ladouceur, R. (1994). Why do people worry? Personality and Individual Differences, 17, 791-802

Gosselin, P., Laberge, M., Lemay, D., Freeston, M.H., Langlois, F. & Ladouceur, R. (1998, juin). Worry themes among high school students. Communication présentée au congrès annuel de la Canadian Psychology Association. Edmonton, Alberta.

Hodapp, V., Glanzmann, P.G. & Laux, L. (1995). Theory and measurement of test anxiety as a situation-specific trait. In C.D. Spielberger & P.R. Vagg (Eds.), Test anxiety: Theory, assessment and treatment (pp 47-58). Washington: Taylor & Francis.

Kazdin, A.E. (1990). Psychotherapy for children and adolescents. Annual Review of Psychology, 41, 21-54.

Kendall, P.C. (1994). Treating anxiety disorders in children: Results of a randomized clinical trial. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62, 100-110.

Kessler, R.C., McGonagle, K.A., Zhao, S., Nelson, C.B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H.-U., & Kendler, K.S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Archives of General Psychiatry, *51*, 8-19.

Ladouceur, R., Boivert, J.-M., Gagnon, F., Thibodeau, N., Freeston, M.H., & Dugas, M.J.(1996). Cognitive behavioral treatment of generalized anxiety disorder : Extension to group format and to adolescent and elderly population. Manuscrit inédit.

Ladouceur, R., Dugas, M.J., Freeston, M.H., Léger, E., Provencher, M.D., Gagnon, F., Thibodeau, N., & Boisvert, J.-M. (1997, novembre). Effectiveness of a new treatment for GAD : evaluation in a group comparison design. Communication présentée au congrès annuel de l'Association for Advancement of Behavior Therapy. Miami, Fl.

Ladouceur, R., Freeston, M.H., Dumont, J., Letarte, H., Rhéaume, J., Gagnon, F., & Thibodeau, N. (1992). Penn State Worry Questionnaire : Validity and reliability of a french translation. Canadian Psychology, *33*, 236.

Ladouceur, R., Gosselin, P., Freeston, M.H., Laberge, M., Lemay, D., & Langlois, F. (1998, juin). Worries among adolescents: associations with quality of life. Communication présentée au congrès annuel of Canadian Psychology Association, Edmonton, Alberta.

Langlois, F., Freeston, M.H., Ladouceur, R., Gosselin, P., Lemay, D., & Laberge, M. (1997, septembre). The Cognitive Avoidance Questionnaire : Factor structure and convergent validity in an adolescent sample. Communication présentée au congrès annuel de l'European Association for Behavioural and Cognitive Therapies, Venise, Italy.

Langlois, F., Lachance, S., Provencher, M., Freeston, M.H., Dugas, M.J., Fournier, S., Talbot, F. & Ladouceur, R. (1996, avril). Le Questionnaire d'Évitement Cognitif: Analyses préliminaires. Communication présentée au congrès de l'Association Francophone pour la formation en Thérapie Comportementale et Cognitive, Annecy, France.

Lemay, D., Gosselin, P., Laberge, M., Freeston, M.H., Langlois, F., & Ladouceur, R. (1997, octobre). Inquiétudes chez les adolescents : évitement cognitif et croyances reliées à l'utilité des inquiétudes. Communication présentée au congrès annuel de la Société Québécoise pour Recherche en Psychologie. Sherbrook, Québec.

Mathews, A. (1990). Why worry? The cognitive function of anxiety. Behaviour Research and Therapy, 28, 455-468

Mathews, A., & MacLeod, C. (1985). Selective processing of threat cues in anxiety states. Behavior Research and Therapy, 23, 563-569.

Meyer, T.J., Miller, M.L., Metzger, R.L., & Borkovec, T.D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. Behavior Research and Therapy, 28, 487-496.

Ministère de la santé et des services sociaux. (1992). La politique de la santé et du bien-être. Québec: Auteur.

Mrazek, P.J., & Haggerty, R.J. (1994). Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research. Washington, DC: National Academy Press.

National Institute of Mental Health (NIMH) Prevention Research Steering Committee. (1993, 9 mars). The prevention of mental disorders: A national research agenda: Executive summary. Rockville, MD: Auteur

National Institute of Mental Health (NIMH) Prevention Research Steering Committee. (1994). The prevention of mental disorders: A national research agenda. Washington, DC: Auteur

Noyes, R., Woodman, C., Garvey, M.J., Cook, B., Suelzer, M., Clancy, J. & Anderson, D.J. (1992). Generalized anxiety disorder versus Panic disorder: Distinguishing characteristics and patterns of comorbidity. Journal of Nervous and Mental Disease, 180, 369-379.

Pounds, R. (1992). A review of the medical and social consequences of generalized anxiety disorder and panic disorder. Journal of the Louisiana State Medical Society, 144, 479-483.

Rapee, R.M. (1991). Generalized anxiety disorder: A review of clinical features and theoretical concepts. Clinical Psychology Review, 11, 419-440.

Silverman, W.K., & Ginsburg, G.S. (1995). Specific phobia and generalized anxiety disorder. In J.S. March (Ed.), Anxiety disorders in children and adolescents, (pp.151-180). New York : Guilford Press .

Spence, S.H. (1994). Preventive strategies. In T.H. Ollendick, N.J. King, & W. Yule (Eds.). International Handbook of Phobic and Anxiety Disorders in Children and Adolescents, (pp. 453-474). New-York: Plenum Press.

Strauss, C.C., Lease, C.A., Kazdin, A.E., Dulcan, M.K., & Last, C.G. (1989). Multimethod assessment of the social competence of children with anxiety disorders. Journal of Clinical Child Psychology, 18, 184-190.

Strauss, C.C., Lease, C.A., Last, C.G., & Francis, G. (1988). Overanxious disorder: An examination of developmental differences. Journal of Abnormal Child Psychology, 16, 433-443.

Wegner, D. (1992). You can't always think what you want : Problems in the suppression of unwanted thoughts. In M. Zanna (Ed.), *Advances in experimental social psychology*, vol. 25, pp. 193-225. San Diego : Academic Press.

Wegner, D.M., & Erber, R. (1992). The hyperaccessibility of suppressed thoughts. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 1-9.

Wegner, D.M., Schneider, D.J., Carter, S.R., & White, T.L. (1987). Paradoxical effects of thought suppression. *Journal of peronality and social psychology*, 53, 5-13.

Wegner, D.M., & Zanakos, S. (1994). Chronic thought suppression. *Journal of Personality*, 62, 615-640

ANNEXE A

Formulaire de consentement des parents
Étude sur la prévention des inquiétudes chez les adolescents

Chercheurs:

Mélanie Tremblay, candidate à la maîtrise en psychologie, Université Laval.

(tel: 656-2131 poste 4762)

Michel Dugas, Ph.D., chercheur post-doctoral, Université Laval.

Robert Ladouceur, Ph.D., professeur titulaire, Université Laval.

1. Le but principal de la recherche est de prévenir le développement des inquiétudes excessives chez les adolescents. La procédure est la suivante:
 - évaluation des thèmes d'inquiétudes et de la tendance à s'inquiéter.
 - Une rencontre de formation sur les inquiétudes et les moyens pour prévenir l'apparition des inquiétudes excessives.
 - vérification de l'évolution des inquiétudes au cours de l'année scolaire.
2. La participation de l'étudiant(e) au projet de recherche consiste à:
 - compléter un questionnaire de renseignements généraux (âge, sexe, etc.) et une série de questionnaires portant sur les inquiétudes, à 2 différents moments au cours de l'année scolaire.
 - assister à une rencontre en classe traitant des inquiétudes
3. L'étudiant(e) est libre de participer à cette recherche et peut se retirer en tout temps, sans avoir à fournir de raison, ni subir de conséquences négatives. Pour se retirer, il (elle) n'a qu'à ne pas remplir les questionnaires qui lui sont remis et à effectuer du travail personnel jusqu'à ce que les autres aient terminé.
4. La participation de l'étudiant(e) aidera à l'avancement des connaissances dans le domaine de la prévention des inquiétudes et aidera à l'élaboration d'interventions appropriées aux besoins spécifiques des adolescents. La participation à cette étude ne comporte aucun risque. Le seul inconvénient est l'investissement du temps en classe lors des évaluations et de la rencontre.
5. Tous les résultats des questionnaires seront traités de manière tout à fait confidentielle et seront codifiés par numéro dès leur réception. Ainsi le nom de l'étudiant(e) ne pourra en aucun temps être associé aux données contenues dans les questionnaires. Seuls les membres de l'équipe de recherche auront accès aux questionnaires et aux données. De plus, les questionnaires seront gardés dans un local fermé à clé et réservé à cette fin. Le présent formulaire de consentement sera récupéré et entreposé séparément des questionnaires afin qu'il ne soit pas possible d'établir de lien entre les deux.
6. J'ai pris connaissance des différents éléments du présent projet de recherche. Je soussigné(e) _____ accepte que mon adolescent(e) participe à cette recherche.

Signature du parent: _____ date : _____

Prénom et nom de l'adolescent: _____

Signature de l'expérimentatrice: _____ Date : _____

Merci à l'avance de votre collaboration

ANNEXE B

Formulaire de consentement de l'étudiant(e)
Étude sur la prévention des inquiétudes chez les adolescents

Chercheurs:

Mélanie Tremblay, candidate à la maîtrise en psychologie (656-2131 poste 4762)
Michel Dugas, Ph.D., chercheur post-doctoral, Université Laval.
Robert Ladouceur, Ph.D., professeur titulaire, Université Laval.

1. Le but de la recherche est de prévenir le développement des inquiétudes excessives chez les adolescents. La procédure est la suivante:
 - évaluation des thèmes d'inquiétudes et de la tendance à s'inquiéter.
 - Présentation d'une rencontre de formation sur les inquiétudes et les moyens pour prévenir l'apparition des inquiétudes excessives.
 - vérification de l'évolution des inquiétudes au cours de l'année scolaire.
2. Ma participation au projet de recherche consiste à:
 - remplir en classe un questionnaire de renseignements généraux (âge, sexe, etc.)
 - remplir en classe une série de questionnaires portant sur les inquiétudes et cela à 2 différents moments au cours de l'année.
 - assister à une rencontre en classe traitant des inquiétudes.
3. Je comprends que je suis libre de participer à cette recherche et que je peux me retirer en tout temps, sans avoir à fournir de raison, ni subir de conséquences négatives. Pour me retirer, je n'ai qu'à ne pas remplir les questionnaires qui me seront remis et à effectuer un travail personnel jusqu'à ce que les autres aient terminé.
4. Je sais que ma participation aidera à l'avancement des connaissances dans le domaine de la prévention des inquiétudes et aidera à l'élaboration d'interventions appropriées aux besoins spécifiques des adolescents. Ma participation à cette étude ne comporte aucun risque. Le seul inconvénient est l'obligation d'accorder du temps en classe lors des évaluations et de la rencontre.
5. J'ai été informé(e) que tous les résultats des questionnaires seront traités de manière tout à fait confidentielle et seront codifiés par numéro dès leur réception. Ainsi mon nom ne pourra en aucun temps être associé aux données contenues dans les questionnaires. Seuls les membres de l'équipe de recherche auront accès aux questionnaires et aux données. De plus, les questionnaires seront gardés dans un local fermé à clé et réservé à cette fin. Le présent formulaire de consentement sera récupéré et entreposé séparément des questionnaires afin qu'il ne soit pas possible d'établir de lien entre les deux.
6. J'ai pris connaissance des différents éléments du présent projet de recherche.
Je soussigné(e) _____ accepte de participer à une recherche portant sur les inquiétudes des adolescents.

Signature du participant: _____ date: _____

Signature de l'expérimentateur: _____ date: _____

Merci à l'avance de votre collaboration.

ANNEXE C

Questionnaire sociodémographique

date: _____

1. Âge: _____ 2. Sexe: _____ 3. Niveau scolaire: _____

4 Type de famille: traditionnelle _____ monoparentale _____ reconstituée _____

5. Que croyez-vous de la qualité de vos relations avec vos amis en comparaison à la moyenne des autres étudiants? Veuillez encerclez le chiffre correspondant sur l'échelle suivante:

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Très inférieure à la moyenne			Dans la moyenne			Très supérieure à la moyenne		

6. Que croyez-vous de la qualité de vos relations avec les membres de votre famille en comparaison à la moyenne des autres étudiants? Veuillez encerclez le chiffre correspondant sur l'échelle suivante:

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Très inférieure à la moyenne			Dans la moyenne			Très supérieure à la moyenne		

7. Que croyez-vous de la qualité de votre santé en comparaison à la moyenne des autres étudiants? Veuillez encerclez le chiffre correspondant sur l'échelle suivante:

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Très inférieure à la moyenne			Dans la moyenne			Très supérieure à la moyenne		

8. Que croyez-vous de votre performance scolaire en comparaison à la moyenne des autres étudiants? Veuillez encerclez le chiffre correspondant sur l'échelle suivante:

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Très inférieure à la moyenne			Dans la moyenne			Très supérieure à la moyenne		

ANNEXE D

Pourquoi s'inquiéter?

Tout le monde s'inquiète de temps en temps. Vous retrouvez ci-dessous une série d'énoncés qui peuvent se rapporter aux inquiétudes. Veuillez utiliser l'échelle ci-dessous pour exprimer jusqu'à quel point chacun des énoncés suivants correspond à vous (écrivez le numéro vous représentant, à l'avant de chacun des énoncés).

1	2	3	4	5
Pas du tout correspondant	Un peu correspondant	Assez correspondant	Très correspondant	Tout à fait correspondant

-
1. ___ Lorsque je m'inquiète, j'ai l'impression d'être la seule personne à éprouver des difficultés.
 2. ___ M'inquiéter de choses moins importantes me distrait des sujets plus émotionnels auxquels je ne veux pas penser.
 3. ___ Si je m'inquiète, je peux trouver une meilleure façon d'être comme individu.
 4. ___ Je m'inquiète parce que je suis habitué(e) de le faire.
 5. ___ Je m'inquiète parce qu'on m'a toujours appris à m'attendre au pire.
 6. ___ Je m'inquiète parce que si le pire arrive, je me sentirais coupable de ne pas m'être inquiété(e).
 7. ___ Je m'inquiète pour essayer de protéger le Monde.
 8. ___ Si je m'inquiète, je peux trouver une meilleure façon de faire.
 9. ___ Je m'inquiète pour essayer de mieux me protéger.
 10. ___ Si je ne m'inquiète pas et que le pire arrive, ce serait de ma faute.
 11. ___ Je m'inquiète au sujet du passé dans le but d'apprendre de mes erreurs.
 12. ___ Lorsque je m'inquiète, je pense que la vie semble beaucoup plus facile pour les autres que pour moi.
 13. ___ Je m'inquiète pour essayer d'avoir un meilleur contrôle sur ma vie.
 14. ___ Je m'inquiète parce que si le pire arrivait, je serais incapable d'y faire face.
 15. ___ Je m'inquiète dans le but d'éviter les déceptions.
 16. ___ Lorsque je m'inquiète, je me dis qu'il doit toujours y avoir une solution à tous les problèmes.
 17. ___ Je m'inquiète d'une multitude de petites affaires pour ne pas penser aux choses plus importantes.
 18. ___ En m'inquiétant, je peux empêcher les malheurs d'arriver.
 19. ___ Même si je sais que cela n'est pas vrai, j'ai l'impression que le fait de m'inquiéter aide à diminuer le risque que la pire chose arrive.
 20. ___ Si je m'inquiète moins, j'ai moins de chance de trouver une meilleure solution.

ANNEXE E

Questionnaire sur l'Évitement Cognitif

Les gens réagissent de différentes façons à certains types de pensées. Veuillez utiliser l'échelle ci-dessous pour exprimer jusqu'à quel point chacun des énoncés suivants correspond à votre façon de réagir à certaines pensées (écrivez le numéro correspondant à l'avant de chacun des énoncés).

1	2	3	4	5
Pas du tout correspondant	Un peu correspondant	Assez correspondant	Très correspondant	Tout à fait correspondant

-
1. ___ Il y a des choses auxquelles je préfère ne pas penser.
 2. ___ J'évite certaines situations qui m'amènent à porter attention à des choses auxquelles je ne veux pas penser.
 3. ___ Je remplace les images menaçantes que j'ai en tête par un discours intérieur.
 4. ___ Je pense à des choses qui me concernent comme si cela arrivait à quelqu'un d'autre que moi.
 5. ___ J'ai des pensées que j'essaie d'éviter.
 6. ___ J'essaie de ne pas penser aux aspects les plus dérangeants de certaines situations pour ne pas avoir trop peur.
 7. ___ J'évite parfois des objets qui peuvent déclencher des idées dérangeantes.
 8. ___ Je me distrais pour éviter de penser à certains sujets troublants.
 9. ___ J'évite des gens qui me font penser à des choses auxquelles je ne veux pas réfléchir.
 10. ___ Je fais souvent des choses pour me distraire de mes pensées.
 11. ___ Je pense à des détails inutiles pour ne pas penser aux sujets importants qui m'inquiètent.
 12. ___ Parfois, je me plonge dans une activité pour ne pas penser à certaines choses.
 13. ___ Pour éviter de penser aux sujets qui me dérangent, je m'efforce de penser à autre chose.
 14. ___ Il y a des choses auxquelles j'essaie de ne pas penser.
 15. ___ Je maintiens un discours intérieur pour éviter de voir des scénarios (une suite d'images) qui me font peur.
 16. ___ Parfois, j'évite des endroits qui me font réfléchir à des choses auxquelles je préférerais ne pas penser.
 17. ___ Je pense aux événements passés pour ne pas penser aux événements futurs insécurisants.
 18. ___ J'évite de poser des gestes qui me rappellent des choses auxquelles je ne veux pas penser.

	1	2	3	4	5
	Pas du tout correspondant	Un peu correspondant	Assez correspondant	Très correspondant	Tout à fait correspondant
19.	—				
					Lorsque je vois des images dans ma tête qui sont trop dérangeantes, je les remplace par des pensées verbales (monologue interne).
20.	—				
					Je m'inquiète de beaucoup de petites affaires pour ne pas penser aux choses plus importantes.
21.	—				
					Parfois, je me garde occupé(e) seulement pour empêcher les pensées de surgir dans mon esprit.
22.	—				
					J'évite des situations avec d'autres personnes qui me font penser à des choses désagréables.
23.	—				
					J'essaie de décrire intérieurement des événements dérangeants plutôt que d'en former une image dans ma tête.
24.	—				
					Je mets de côté les images associées à une situation menaçante en tentant plutôt de me la décrire intérieurement.
25.	—				
					Je pense à ce qui inquiète les autres plutôt que de penser à mes propres inquiétudes.

ANNEXE F

Questionnaire sur les Inquiétudes de Penn State

Veillez utiliser l'échelle ci-dessous pour exprimer jusqu'à quel point chacun des énoncés suivants correspond à vous (écrivez le numéro vous représentant, à l'avant de chacun des énoncés).

1	2	3	4	5
Pas du tout correspondant	Un peu correspondant	Assez correspondant	Très correspondant	Extrêmement correspondant

- ___ 1. Si je n'ai pas assez de temps pour tout faire, je ne m'inquiète pas.
- ___ 2. Mes inquiétudes me submergent.
- ___ 3. Je n'ai pas tendance à m'inquiéter à propos des choses.
- ___ 4. Plusieurs situations m'amènent à m'inquiéter.
- ___ 5. Je sais que je ne devrais pas m'inquiéter mais je n'y peux rien.
- ___ 6. Quand je suis sous pression, je m'inquiète beaucoup.
- ___ 7. Je m'inquiète continuellement à propos de tout.
- ___ 8. Il m'est facile de me débarrasser de pensées inquiétantes.
- ___ 9. Aussitôt que j'ai fini une tâche, je commence immédiatement à m'inquiéter au sujet de toutes les autres choses que j'ai encore à faire.
- ___ 10. Je ne m'inquiète jamais.
- ___ 11. Quand je n'ai plus rien à faire au sujet d'un tracas, je ne m'en inquiète plus.
- ___ 12. J'ai été inquiet tout au long de ma vie.
- ___ 13. Je remarque que je m'inquiète pour certains sujets.
- ___ 14. Quand je commence à m'inquiéter, je ne peux pas m'arrêter.
- ___ 15. Je m'inquiète tout le temps.
- ___ 16. Je m'inquiète au sujet de mes projets jusqu'à ce qu'ils soient complétés.

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

© Tous droits réservés, Université Laval, 1991. Traduit par Hélène Letarte, Mark Freeston & Robert Ladouceur.

Ladouceur, R., Freeston, M.H., Dumont, J. Letarte, H., Rhéaume, J. Thibodeau, N. & Gagnon, F. (1992). The Penn State Worry Questionnaire: Psychometric properties of a French translation. *Canadian Psychology/ Psychologie Canadienne*, 33, 240.

ANNEXE G

QIA som

Questionnaire sur les symptômes liés aux inquiétudes

1. Durant les derniers mois, avez-vous souvent été troublé-e par une ou l'autre des sensations suivantes lorsque vous étiez inquiet-ète ou anxieux-se? Cotez chaque sensation que vous avez eu souvent à l'aide de l'échelle suivante:

0	1	2	3	4	5	6	7	8
aucunement			modérément			Très sévèrement		

-
- | | |
|-------|---|
| _____ | Agité-e, surexcité-e ou avoir les nerfs à vif |
| _____ | Facilement fatigué-e |
| _____ | Difficulté à se concentrer ou blanc de mémoire |
| _____ | Irritabilité |
| _____ | Tensions musculaires |
| _____ | Problèmes de sommeil (difficulté à tomber ou rester endormi-e ou sommeil agité et insatisfaisant) |
-