

BF
20.5
UL
1999
B373

SYLVIE BEAUDOIN

**MANIFESTATION DU PHÉNOMÈNE D'INQUIÉTUDE DANS UNE
POPULATION NON-CLINIQUE: UN EXAMEN DESCRIPTIF**

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

JUIN 1999

© Sylvie Beaudoin, 1999



RÉSUMÉ

Malgré de nombreuses recherches sur le Trouble d'Anxiété Généralisée (TAG), peu d'études ont porté sur le phénomène des inquiétudes dans une population non-clinique. La présente étude examine les manifestations des inquiétudes dans la population générale par le biais d'auto-enregistrements, d'entrevues structurées et de questionnaires. Aussi, deux groupes de volontaires sains sont comparés sur ces mêmes variables, dont un Groupe Hautes Inquiétudes (HI) et un Groupe Faibles Inquiétudes (FI). Quarante-et-un volontaires participent à l'étude. De ce nombre, 20 participants forment le groupe HI et 21 participants le groupe FI. Les résultats suggèrent que les volontaires sains rapportent une grande variété de thèmes d'inquiétudes. De plus, ils évaluent s'inquiéter en moyenne 1h02 quotidiennement. Les comparaisons montrent que les participants du groupe HI rapportent un temps d'inquiétude supérieur et moins de contrôle sur leurs inquiétudes que ceux du groupe FI. Dans l'ensemble, les résultats révèlent que les inquiétudes des volontaires sains seraient qualitativement comparables à celles d'une population clinique à plusieurs niveaux. Cependant, les différences entre les deux sous-groupes soulignent des différences quantitatives, comme au niveau de la durée et du contrôle des inquiétudes.

Signature de la candidate

Signature du directeur de recherche

AVANT-PROPOS

Tout d'abord, je désire remercier mon directeur de recherche, Monsieur Robert Ladouceur, pour la formation de qualité qu'il m'a permis d'acquérir au cours de ces trois années passées au sein de son équipe de recherche. Encadrée dans ce milieu des plus stimulants, j'ai pu développer des habilités qui me serviront tout au long de ma carrière de clinicienne et de chercheure.

Je veux également exprimer ma reconnaissance à Josée Rhéaume pour sa grande disponibilité, ses précieux conseils et son support constant. Merci Josée! Aussi, un merci spécial à ma collègue, depuis maintenant deux ans, Mélanie Tremblay, avec qui j'ai partagé les moments les plus "intenses" de la recherche. Je remercie aussi tous les membres du laboratoire de thérapies comportementales pour leurs conseils, leurs connaissances et leurs encouragements.

Je tiens à exprimer ma gratitude à mes parents qui m'ont toujours encouragés et soutenus dans les bons moments comme dans les plus difficiles. Merci à toi, Claudine! Finalement, merci à Marco de m'avoir accompagné chaque jour de ce périple. Ta complicité, ta présence et tes encouragements m'ont été d'une aide précieuse. Merci tout simplement d'être là...

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ.....	ii
AVANT-PROPOS.....	iii
TABLE DES MATIÈRES.....	iv
LISTE DES TABLEAUX.....	v
INTRODUCTION GÉNÉRALE.....	vi
PREMIER CHAPITRE: MANIFESTATION DU PHÉNOMÈNE D'INQUIÉTUDE DANS UNE POPULATION NON-CLINIQUE: UN EXAMEN DESCRIPTIF.	
1.1. RÉSUMÉ.....	3
1.2. INTRODUCTION.....	4
1.3. MÉTHODE.....	9
1.3.1.Participants.....	9
1.3.2.Instruments.....	9
1.3.3.Procédure.....	12
1.4. RÉSULTATS.....	13
1.4.1.Volet descriptif.....	13
1.4.2.Volet comparatif.....	15
1.5. DISCUSSION.....	20
1.6. RÉFÉRENCES.....	26
1.7. NOTES DES AUTEURS.....	32
1.8. TABLEAUX	
1.8.1. TABLEAU 1: Moyennes et écart-types pour la tendance à s'inquiéter....	33
1.8.2. TABLEAU 2: Moyennes et écart-types pour les questionnaires.....	34
1.8.3. TABLEAU 3: Moyennes et écart-types pour la durée des inquiétudes....	35
1.8.4. TABLEAU 4: Moyennes et écart-types de l'efficacité des stratégies.....	36
CONCLUSION GÉNÉRALE.....	37
BIBLIOGRAPHIE.....	40
ANNEXES.....	47

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1: Moyennes et écart-types pour la tendance à s'inquiéter.....	33
TABLEAU 2: Moyennes et écart-types pour les questionnaires.....	34
TABLEAU 3: Moyennes et écart-types pour la durée des inquiétudes.....	35
TABLEAU 4: Moyennes et écart-types de l'efficacité des stratégies.....	36

INTRODUCTION GÉNÉRALE

Le trouble d'anxiété généralisée (TAG) est un des troubles anxieux les plus répandus avec une prévalence à vie variant entre 4 et 5.1% (Barlow, 1988; Kessler et al., 1994). Toutefois, le TAG est le trouble anxieux ayant le plus faible taux de consultation auprès des professionnels (Bradwejn, Berner, & Shaw, 1992). La majorité des gens souffrant de ce trouble ne consultent pas, et ceux qui le font peuvent attendre de nombreuses années après l'apparition des premiers symptômes. Souvent, les individus tardent à consulter puisqu'ils considèrent leurs inquiétudes comme faisant partie intégrante de leur personnalité (Dugas, Ladouceur, Boisvert, & Freeston, 1996). Entre l'apparition des premiers symptômes et la première consultation, un intervalle moyen de 16 ans est rapporté (Freeston et al., 1996). Lorsqu'il y a consultation, la majorité des gens font d'abord appel à un omnipraticien (Beaudoin et al., 1996). Ces derniers se concentrent davantage sur les symptômes somatiques que sur les inquiétudes pour poser un diagnostic, d'où l'importance de disposer d'outils diagnostiques fiables afin d'établir un diagnostic juste (Dugas, Freeston, Lachance, Provencher & Ladouceur, 1995a). Un diagnostic adéquat permet de diriger plus rapidement l'individu vers le traitement approprié.

Depuis le début des années 1980, un nombre croissant de recherches vérifient l'efficacité de plusieurs types de traitement du TAG. Cependant, les études antérieures au DSM-III-R (APA, 1987) sont peu pertinentes pour évaluer l'efficacité d'un traitement du TAG puisque la définition du trouble a changé significativement dans cette édition. Depuis 1987, la thérapie behaviorale et cognitive a maintes fois démontré son efficacité pour traiter les troubles anxieux (Barlow, 1988). Sanderson et Beck (1991) ont prouvé l'efficacité d'une intervention cognitive. La thérapie behaviorale-cognitive s'est révélée supérieure à une intervention behaviorale pour le traitement de l'anxiété, mais aussi pour traiter la dépression et les cognitions dysfonctionnelles (Butler, Fennell, Robson, & Gelder, 1991). Paradoxalement, une étude produite par Barlow, Rapee & Brown (1992) démontre que les différents traitements généraux pour le TAG sont équivalents. Ainsi, les interventions se doivent d'être plus spécifiques et surtout s'attarder aux principales dimensions des inquiétudes. Plus récemment, Ladouceur et ses collaborateurs (1997b) présentaient un nouveau traitement cognitif-behavioral innovateur basé sur les composantes principales d'un nouveau modèle théorique du TAG (e.g. Dugas, Gagnon, Ladouceur, & Freeston, 1998). Actuellement, les traitements qui visent directement les inquiétudes ainsi que les principaux éléments des nouveaux modèles sont parmi les plus prometteurs.

Dans l'évaluation du succès thérapeutique, un critère de signification clinique présente souvent des avantages sur un critère de signification statistique (Jacobson & Truax, 1991). Un changement cliniquement significatif pour le TAG représente l'élimination des difficultés d'un individu le conduisant à un niveau d'inquiétude comparable à celui de la population non-clinique. Pour ce trouble, la durée des inquiétudes pourrait servir de point de référence pour l'établissement d'un critère de signification clinique. Toutefois, aucune donnée spécifique sur le temps d'inquiétude pour une journée n'est disponible.

La présente étude porte sur les inquiétudes d'une population ne rencontrant pas les symptômes du TAG. Elle poursuit deux principaux objectifs. Le premier vise à décrire le phénomène des inquiétudes dans une population saine par le biais d'auto-enregistrement quotidien, d'une entrevue structurée et de différents questionnaires. Ainsi, le niveau de base et la variabilité des inquiétudes non-pathologiques seront déterminés. La durée précise des inquiétudes dans une journée étant connue, cette information pourra être alors utilisée pour évaluer l'ampleur des gains thérapeutiques. Ce critère de signification clinique, à la lumière de l'ensemble des autres critères diagnostiques, fournira un appui supplémentaire à l'évaluation du succès thérapeutique et jouera un rôle indicatif au niveau du diagnostic.

Cette étude vise en second lieu à comparer deux groupes de volontaires dans un échantillon non-clinique: 1) Groupe Hautes Inquiétudes (HI) et 2) Groupe Faibles Inquiétudes (FI) sur différentes variables liées au phénomène des inquiétudes. Un portrait descriptif et développemental des inquiétudes est avancé.

PREMIER CHAPITRE

Manifestation du phénomène d'inquiétude dans une
population non-clinique: un examen descriptif

Sylvie Beaudoin, Josée Rhéaume, Robert Ladouceur et Michel Dugas
Université Laval, Québec

Titre abrégé: Manifestation des inquiétudes

Résumé

Malgré de nombreuses recherches sur le phénomène des inquiétudes, peu d'études s'attardent à la phénoménologie des inquiétudes dans une population non-clinique. Cette étude examine le phénomène des inquiétudes dans la population générale par le biais d'auto-enregistrements, d'entrevues structurées et de questionnaires. Aussi, une comparaison entre deux groupes non-cliniques: 1) Groupe Hautes Inquiétudes (HI) et 2) Groupe Faibles Inquiétudes (FI) permet une exploration plus approfondie. Quarante-et-un volontaires participent à l'étude. Les résultats montrent que les participants estiment s'inquiéter entre une heure (1 h.) et une heure quarante-deux minutes (1h42) chaque jour. Qualitativement, les inquiétudes de cette population semblent comparables à celles de d'une population clinique. Toutefois, les participants rapportent peu d'interférence. Les résultats des comparaisons indiquent que le groupe HI rapportent un temps d'inquiétude plus long ainsi que des scores plus élevés pour la majorité des variables. Les implications au niveau du diagnostic et du traitement sont discutées.

Manifestation du phénomène d'inquiétude dans une population non-clinique: un examen descriptif.

Le trouble d'anxiété généralisée (TAG) est évalué comme un des troubles anxieux les plus fréquents. Les études épidémiologiques récentes estiment sa prévalence à vie entre 4 et 5.1 % (Barlow, 1988; Kessler et al., 1994). Toutefois, il est le trouble anxieux ayant le plus faible taux de consultation auprès des professionnels de la santé (Bradwejn, Berner & Shaw, 1992). En effet, la majorité des gens ne consultent pas et ceux qui le font attendent souvent plusieurs années après l'apparition des premiers symptômes (Dugas, Ladouceur, Boisvert, & Freeston, 1996; Rapee, 1991). Freeston et ses collaborateurs (1996) rapportent un intervalle de 16 ans entre l'apparition des premiers symptômes du TAG et la première consultation. Ceci peut s'expliquer du fait que les individus considèrent leur anxiété comme un trait de personnalité immuable et permanent (Bradwejn et al.; Rapee). D'autre part, Barlow (1988) suggère que ce faible taux de consultation résulte d'un moindre degré d'interférence en comparaison à d'autres troubles anxieux. Cependant, les gens sont beaucoup plus incommodés par les symptômes du TAG que le croyaient les chercheurs il y a quelques années. Cette étude vise à décrire le phénomène des inquiétudes dans une population saine. Ceci permettra de déterminer un niveau de base des inquiétudes non-pathologiques. Un deuxième objectif vise à comparer les inquiétudes de deux groupes dans un échantillon non-clinique.

De nombreuses définitions ont été attribuées au TAG au cours des dernières années avant d'en arriver à la définition actuelle. Ce n'est qu'en 1980, avec la publication de la troisième édition du Diagnostic and Statistical Manual (DSM-III; APA, 1980), que le nom de Trouble d'Anxiété Généralisée (TAG) est assigné à ce trouble. Toutefois, il constitue seulement une catégorie résiduelle. Ainsi, le diagnostic du TAG est attribué à un individu uniquement lorsque tous les autres troubles anxieux ont été préalablement écartés. Or, ceci soulève plusieurs difficultés au niveau de la fiabilité diagnostique (Barlow, Blanchard, Vermilya & Di Nardo, 1986; Di Nardo, O'Brien, Barlow, Waddell & Blanchard, 1983). La version révisée du DSM-III (APA, 1987) distingue le TAG des autres troubles anxieux en lui accordant le statut de catégorie diagnostique primaire. La présence d'inquiétudes irréalistes ou exagérées qui nuisent au fonctionnement de l'individu devient le principal critère pour le diagnostic. Aussi, la période de temps requise pour établir le diagnostic est prolongée à six mois, soulignant ainsi le caractère chronique du TAG (Breslau & Davis, 1985). Cependant, la faible fiabilité interjuge

obtenue pour le critère somatique s'avère être une difficulté (Fyer et al., 1989). La parution du DSM-IV (APA, 1994) comprend plusieurs modifications, telles que la réduction du nombre de thèmes d'inquiétudes nécessaire au diagnostic et la diminution du nombre de symptômes physiques. Aussi, les **inquiétudes excessives et incontrôlables** remplacent les **caractères excessif et irréaliste** attribués aux inquiétudes dans le DSM-III-R. Abel et Borkovec (1995) affirment que l'aspect incontrôlable des inquiétudes fait davantage référence à la nature même de la pathologie. Maintenant au premier plan, les inquiétudes apportent une plus grande précision au niveau de la conceptualisation du TAG.

MacLeod, Williams et Berkerian (1991) définissent les inquiétudes comme un phénomène cognitif liées de près aux événements futurs et à l'incertitude qui leur est associée, le futur étant perçu comme menaçant, et sont accompagnées d'anxiété. Par définition, les inquiétudes ne sont pas un signe de pathologie. Cependant, lorsqu'elles revêtent un caractère excessif, elles peuvent nuire au fonctionnement quotidien et causer de la détresse chez l'individu (Craske, Barlow, & O'Leary, 1992).

Cette conceptualisation des inquiétudes a permis l'élaboration de modèles théoriques du TAG. Depuis les dernières années, les nouveaux modèles du TAG (e. g., Tallis & Ensenck, 1994; Dugas, Gagnon, Ladouceur & Freeston, 1998) améliorent les traitements offerts aux gens affectés par ce trouble.

Dans leur modèle, Tallis & Ensenck (1994) suggèrent qu'une situation menaçante est initialement analysée en terme d'imminence, de probabilité et de coût versus l'efficacité personnelle perçue par l'individu. L'évaluation effectuée par l'individu de cette menace peut produire, en guise de réponse relativement automatique, de l'inquiétude. L'inquiétude agit alors à titre d'alarme, et opère une préparation mentale. Ceci conduit la personne dans un état de vigilance, à éprouver une sensibilité émotionnelle et à centrer son attention sur elle-même. Une forte demande de preuves, de l'indécision ou une résolution de problème inappropriée maintiennent la menace perçue et l'inquiétude vécue par l'individu.

Dugas et ses collègues (1998) identifient, dans leur modèle, quatre composantes spécifiques associées au TAG ainsi qu'aux inquiétudes excessives qui le caractérisent. Le

processus central de leur modèle est l'intolérance à l'incertitude qui réfère à la perception d'un individu de l'information provenant de situations ambiguës (Furnham, 1994) et se manifeste par un ensemble de réactions émotionnelles, cognitives et comportementales (Ladouceur, Talbot & Dugas, 1997a; Freeston, Rhéaume, Letarte, Dugas, & Ladouceur, 1994). Selon ce modèle, l'intolérance à l'incertitude peut amplifier l'inquiétude ou même initier des "questions si...?" lors de l'absence de stimulus immédiat. Deuxièmement, les gens souffrant du TAG croiraient à tort que les inquiétudes ont la capacité de prévenir certaines éventualités négatives. De telles croyances favorisent le maintien des inquiétudes par renforcement négatif. La troisième composante de ce modèle constitue une mauvaise orientation au problème. Les gens anxieux interprètent de façon menaçante les situations ambiguës (Butler & Mathews, 1983). Ils réagissent de façon moins appropriée dans les situations problématiques ce qui ne leur permet pas d'utiliser adéquatement leurs habilités de résolution de problèmes (Blais, Ladouceur, Dugas et Freeston, 1993). Pourtant, ils possèdent de bonnes connaissances sur les stratégies de résolution de problèmes. La dernière composante du modèle est l'évitement cognitif. Davey (1994) démontre que les inquiétudes excessives amènent à des comportements d'évitement réduisant l'efficacité de la résolution de problème. Cette activité renforce et contribue au maintien de l'inquiétude (Roemer & Borkovec, 1993).

Les modèles théoriques ont donné lieu à plusieurs études menées auprès de patients souffrant du TAG (e.g. Ladouceur et al. 1997b; Ladouceur, Freeston & Dugas, 1993; Craske, Rapee, Jackel & Barlow, 1989). Dans leur étude, Craske et ses collaborateurs examinent les dimensions qualitatives des inquiétudes chez 19 patients ayant le diagnostic du TAG (groupe TAG) et chez 26 volontaires sains (groupe non-clinique). Les participants du groupe TAG disent s'inquiéter dans une proportion de 60.7% (É.T.=26.1) au cours d'une journée ordinaire du mois passé, contrairement à 18.2% des volontaires sains. De plus, les participants du groupe TAG rapportent s'inquiéter significativement plus de la maladie et des accidents, alors que les volontaires sains semblent s'inquiéter davantage au sujet de leur situation financière. Également, le groupe TAG relate des inquiétudes moins réalistes et plus difficiles à contrôler. Cependant, cette étude comporte certaines limites. Certains volontaires rencontrent peut-être les critères diagnostiques du trouble puisqu'ils n'ont pas été évalués afin de confirmer l'absence du TAG. Également, l'utilisation unique de questionnaires rétrospectifs paraît moins fiable que l'utilisation des questionnaires en association avec des carnets d'auto-

enregistrement sur une plus longue période. Enfin, des informations précises sur le temps d'inquiétude quotidien dans une population saine sont absentes.

D'autres auteurs se sont principalement intéressés aux thèmes d'inquiétudes (e.g. Shadick, Roemer, Hopkins & Borkovec, 1991), aux inquiétudes dans certains groupes d'âge (e.g. Doucet et al., 1994) ainsi qu'aux comparaisons possibles entre groupes analogues (e.g. Dugas, Freeston, Blais & Ladouceur, 1994a). Toutefois, peu d'études se sont attardées à la phénoménologie des inquiétudes dans une population non-clinique (e.g. Tallis, Davey, & Capuzzo, 1994). Pourtant, des études montrent qu'il existe des différences entre les inquiétudes de la population clinique et de la population non-clinique. Il est important d'explorer le phénomène des inquiétudes dans la population saine, puisque ces connaissances peuvent fournir des informations sur les principaux processus contribuant au développement des inquiétudes pathologiques. Une des rares études publiées portant sur le phénomène des inquiétudes non-pathologiques est réalisée par Tallis et ses collaborateurs. Ils évaluent la manifestation des inquiétudes dans une population non-clinique (N=128) composée majoritairement d'étudiants. Cinquante-neuf pourcent des participants sont âgés de 22 ans ou moins. Chaque participant complète trois questionnaires: 1) un questionnaire d'informations phénoménologiques, 2) le Questionnaire des Inquiétudes de Penn State (QIPS) (Meyer, Miller, Metzger & Borkovec, 1990) et 3) le Questionnaire des Domaines d'Inquiétudes (QDI) (Tallis, Eysenck & Mathews, 1992). Trente-huit pourcent de l'échantillon rapporte s'inquiéter au moins une fois par jour et la durée moyenne d'un épisode d'inquiétudes se situe entre cinq et dix minutes. Sur une échelle de type likert à neuf points (0-8), les participants situent leur difficulté à contrôler les inquiétudes entre "légère" et "moyenne". (2.68 sur huit). L'échantillon est divisé en deux groupes selon les scores au QDI: 1) groupe "low worriers" et 2) groupe "high worriers". La durée moyenne des inquiétudes est plus longue dans le groupe "high worriers". Ce même groupe rapporte une difficulté significativement plus grande à contrôler ses inquiétudes, une plus grande interférence sur la vie quotidienne ainsi que plus d'indécision et de doutes comparativement au groupe "low worriers". Quelques critiques peuvent être faites aux auteurs. Tout d'abord, l'échantillon utilisé par l'équipe de Tallis semble peu représentatif de la population générale, contrairement à l'étude de Craske, puisqu'il est composé majoritairement d'étudiants de moins de 22 ans. Aussi, aucune évaluation préliminaire est effectuée afin de s'assurer de l'absence du TAG. De plus, le choix du QDI pour diviser l'échantillon initial en deux groupes paraît questionnable puisqu'il s'agit d'un questionnaire portant sur

les domaines d'inquiétude et non pas sur la tendance à s'inquiéter de l'individu. Tout comme dans l'étude précédente, l'utilisation unique de questionnaires rétrospectifs diminue la fiabilité des résultats obtenus comparativement à l'utilisation d'auto-enregistrement quotidien. Finalement, cette étude ne divulgue que très peu d'informations sur le temps d'inquiétude par jour dans un échantillon sain.

L'absence de données normatives sur les populations fonctionnelles et dysfonctionnelles est parfois une limite dans l'évaluation des gains thérapeutiques. Un client consultant pour un TAG désire voir ses symptômes atteindre un niveau comparable à celui des individus qui ne sont pas atteints par ce trouble (Hollon & Flick, 1988; Jacobson, Follette, & Revenstorf, 1984). Un critère de signification clinique permet cette comparaison.

La présente étude reprend les études réalisées précédemment par les équipes de Craske (1989) et de Tallis (1994) tout en apportant certaines corrections. Cette étude poursuit deux objectifs principaux. Le premier vise à décrire le phénomène des inquiétudes dans la population en général par le biais d'auto-enregistrement quotidien, d'une entrevue structurée et de différents questionnaires. Ceci permettra de déterminer le niveau de base et la variabilité des inquiétudes non-pathologiques. Le deuxième objectif vise à comparer deux groupes dans un échantillon non-clinique: 1) Groupe Hautes Inquiétudes (HI) et 2) Groupe Faibles Inquiétudes (FI) sur les principales variables dépendantes.

Dans la présente étude, l'échantillon formé d'adultes de différents âges et de milieux socio-économiques variés reflète davantage la réalité de la population générale qu'un échantillon composé majoritairement d'étudiants. Aussi, une entrevue diagnostique, administrée à tous les participants, permet de s'assurer de l'absence du TAG dès le départ. Le QIPS est préféré au QDI pour la formation de deux groupes puisqu'il mesure la tendance à s'inquiéter plutôt que les domaines d'inquiétude des volontaires. Ce questionnaire s'avère plus révélateur du niveau d'inquiétude de l'individu. Également, une période d'auto-enregistrement quotidien de deux semaines est associée à une évaluation ponctuelle et rétrospective pour être davantage représentative du phénomène des inquiétudes. Effectivement, les observations cliniques suggèrent que, même chez les clients, une évaluation rétrospective est moins précise car les gens ont tendance à surévaluer leurs temps d'inquiétude lors des premières auto-évaluations. Aussi, certains

auteurs suggèrent que l'auto-enregistrement quotidien augmente la prise de conscience face au phénomène coté.

Il est attendu que les participants du groupe HI devraient obtenir des cotes moyennes plus élevées que les participants du groupe FI sur les variables de l'auto-enregistrement quotidien, de l'entrevue diagnostique structurée et de l'entrevue descriptive des inquiétudes. À titre exploratoire, les données recueillies par entrevue et par auto-enregistrement sont comparées.

MÉTHODE

Participants

Les participants volontaires sont recrutés par le biais d'annonces parues dans un journal de l'Université Laval, un journal culturel de la région de Québec et par des affiches sur des babillards universitaires. Quarante-neuf participants sont convoqués en entrevue. De ce nombre, huit sont éliminés de l'étude puisqu'ils rencontrent les critères diagnostiques du TAG. L'échantillon final se compose de 41 participants âgés entre 21 et 52 ans ($M=33.90$; $É.T.= 8.63$), dont vingt-trois femmes et dix-huit hommes.

Pour les comparaisons sur les variables principales, l'échantillon est divisé en deux groupes d'après les scores individuels au QIPS. Vingt participants ayant un score au QIPS supérieur au 50e percentile forment le groupe à Hautes Inquiétudes (groupe HI). Vingt-et-un participants dont les scores sont inférieurs constituent le groupe à Faibles Inquiétudes (groupe FI).

Instruments

Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV (ADIS-IV: Brown, Di Nardo & Barlow, 1994). Cette entrevue clinique permet de diagnostiquer les différents troubles anxieux dont le TAG. Seule la section TAG est utilisée pour cette étude puisqu'il s'agit ici d'établir la présence ou l'absence du TAG, et non pas la présence ou l'absence des autres troubles anxieux chez les participants. Cette section mesure les symptômes du

TAG selon le critère cognitif, somatique et selon l'interférence de l'anxiété dans les activités quotidiennes des individus. L'ADIS sert ici à éliminer les participants rencontrant les critères diagnostiques du TAG. Les participants disant s'inquiéter plus d'un jour sur deux sur une période de plus de 6 mois, ayant des inquiétudes excessives, une interférence de 4 ou plus sur une échelle de zéro à huit et qui présentent trois symptômes physiques ou plus sont exclus de l'échantillon.

Questionnaire sur les Inquiétudes de Penn State (QIPS: Meyer et al., 1990; traduit et adapté par Ladouceur et al., 1992). Le QIPS comprend 16 items permettant d'évaluer la tendance à s'inquiéter des participants. Ce questionnaire permet de discriminer les personnes souffrant du TAG des personnes souffrant d'autres troubles anxieux (Brown, Antony & Barlow, 1992). La consistance interne ($\alpha = .91$) ainsi que la validité divergente et convergente sont excellentes (Meyer et al.). La version française possède de bonnes propriétés psychométriques avec une fidélité test-retest de .81, une consistance interne de .91 et une excellente validité convergente avec d'autres mesures des inquiétudes et de l'anxiété (Ladouceur et al.). Dans la présente étude, le QIPS est utilisé afin de diviser l'échantillon final en deux groupes.

Entrevue descriptive des inquiétudes (réalisé pour le mémoire, 1998). Cette courte entrevue s'insère à la suite de la section TAG de l'ADIS-IV. Elle comprend 6 sections évaluant: 1) L'efficacité des stratégies, 2) La fréquence des stratégies, 3) La surévaluation de l'utilité de s'inquiéter, 4) L'intolérance à l'incertitude, 5) L'humeur et 6) Les déclencheurs. Ces questions descriptives permettent de recueillir des informations supplémentaires sur ces variables .

Inventaire de Résolution de Problèmes Sociaux (IRPS: D'Zurilla & Nezu, 1990; traduction: Dugas, Freeston & Ladouceur, 1994b) L'IRPS est un questionnaire multidimensionnel mesurant les capacités de résolution de problèmes sociaux. Il compte 70 items répartis en deux échelles principales et sept sous-échelles. Les deux principales échelles sont : (1) Orientation au problème et (2) Habiletés de résolutions de problèmes. La première regroupe trois sous-échelles soit (1) les aspects cognitifs, (2) les aspects émotifs et (3) les aspects comportementaux. La deuxième échelle se compose de quatre sous-échelles soit: (1) Définition et formulation du problème, (2) Générer des solutions alternatives, (3) Prise de décision et (4) Application et vérification de la solution. L'IRPS possède d'excellentes propriétés métriques avec une consistance interne très élevée

($\alpha=.95$) et une fidélité test-retest à quatre semaines de .78 (Dugas, Letarte, Rhéaume, Freeston & Ladouceur, 1995b).

Questionnaire d'Intolérance à l'Incertitude (QII: Freeston, et al., 1994). Ce questionnaire compte 27 items mesurant les réactions émotionnelles, cognitives et comportementales face aux situations ambiguës, les implications du fait d'être incertain et les tentatives pour contrôler le futur. Le QII permet de différencier les personnes inquiètes et rencontrant les critères du TAG par questionnaire de celles ne les rencontrant pas (Freeston et al.); de même que les patients souffrant du TAG de ceux souffrant de d'autres troubles anxieux (Ladouceur et al., 1995). La consistance interne est excellente ($\alpha=.91$) et sa fidélité test-retest est satisfaisante ($r=.78$) (Dugas, Freeston & Ladouceur, 1997).

Carnet d'auto-enregistrement (réalisé pour le mémoire, 1998). Ce carnet est inspiré de ce qui est utilisé en processus thérapeutique. Il contient sept questions sur la manifestation des inquiétudes évaluant les aspects suivants: (1) Le temps passé à s'inquiéter en une journée, (2) Le caractère excessif des inquiétudes, (3) La difficulté à contrôler les inquiétudes, (4) Le degré d'interférence des inquiétudes, (5) L'utilisation de la stratégie "chasser la pensée", (6) L'utilisation de la stratégie "régler l'inquiétude en réfléchissant" et (7) L'utilisation de la stratégie "ne rien faire pour contrôler l'inquiétude". À la fin de chaque journée, le participant répond à chacune des questions selon une échelle de type Lykert à neuf points (0-8) sauf pour la première question où il inscrit le nombre de minutes d'inquiétudes. Les données recueillies par l'auto-enregistrement permettent d'obtenir le niveau de base des principales variables de l'inquiétude.

Variables dépendantes

Les variables telles: la fréquence et la durée des inquiétudes, le caractère excessif des inquiétudes, le contrôle sur les inquiétudes et l'interférence dans la vie quotidienne sont choisies puisqu'elles composent les critères de diagnostic et de sévérité utilisés dans le DSM-IV. Aussi, la nature des stratégies pour contrer les inquiétudes, l'efficacité des stratégies employées, l'humeur associé aux inquiétudes ainsi que les déclencheurs des inquiétudes sont sélectionnés afin d'aller au-delà des critères cliniques et d'approfondir les connaissances sur les inquiétudes non-pathologiques. Enfin, la surévaluation de l'utilité

de s'inquiéter et l'intolérance à l'incertitude, composantes du modèle de l'équipe de Dugas, sont évaluées dans la présente étude.

Procédure

Lors du premier contact téléphonique, l'expérimentatrice donne des informations sur l'étude et pose quelques questions afin d'évaluer le niveau d'inquiétude des gens. Les volontaires participent à une rencontre individuelle d'une durée moyenne d'une heure. Cette rencontre se déroule dans un local à l'École de psychologie de l'Université Laval. L'expérimentatrice explique au participant que l'étude porte sur la manifestation des inquiétudes dans la population en général. Au début de la rencontre, le sujet signe un formulaire de consentement (voir Annexe A). Puis, l'expérimentateur administre une entrevue semi-structurée (ADIS-IV: voir Annexe B) afin de s'assurer que le participant ne rencontre pas les critères du TAG. Si un participant rencontre les critères du TAG, des références lui sont données et la personne est retirée de l'étude. Si le participant ne rencontre pas les critères diagnostiques du TAG, l'expérimentatrice poursuit avec l'entrevue descriptive des inquiétudes (voir Annexe C). Puis, le participant complète trois questionnaires soit le QIPS, le QII et l'IRPS (voir Annexe D). Enfin, l'expérimentatrice explique au participant la procédure pour compléter le carnet d'auto-enregistrement quotidien (voir Annexe E). Le participant effectue l'auto-notation à son domicile pendant une période de deux semaines. Une enveloppe pré-affranchie lui est remise pour le retour postal des carnets à la fin de la période de cotation. L'expérimentatrice remet au participant un montant de dix dollars couvrant ses frais de stationnement et de déplacement. Une semaine après la rencontre individuelle, il est convenu que l'expérimentatrice contacte par téléphone le participant. Ce contact vise à répondre à des questions éventuelles de la part des participants, et favoriser leur motivation à compléter la tâche jusqu'à la fin. Pour assurer la confidentialité, un numéro choisi au hasard est associé à chacun des participants et les documents sont gardés dans un endroit sécuritaire sous clé.

RÉSULTATS

Les résultats sont présentés en deux volets. Tout d'abord, le volet descriptif aborde les variables principales pour l'ensemble de l'échantillon. Puis, le deuxième volet expose les résultats de comparaisons entre deux groupes de participants sains.

Volet descriptif

Données socio-démographiques

L'échantillon se divise ainsi: 66% des participants sont célibataires, 27% sont marié(e)s ou conjoint(e)s de fait, et 7% sont séparés ou divorcés. La majorité des participants (78%) n'ont pas d'enfants. Près de la moitié (46%) des participants habitent seuls, 24% avec leur conjoint(e), 12% habitent en colocation, 12% résident chez leurs parents et 5% habitent uniquement avec leurs enfants. Parmi les volontaires, 46% ont terminé des études universitaires, 22% des études de niveau collégial et 32% des études de niveau secondaire. Cinquante et un pourcent des participants occupent un travail, 27% sont prestataires d'assurance-emploi ou en recherche d'emploi et 10% sont aux études présentement. Quarante-neuf pourcent des participants de l'échantillon ont un revenu familial annuel inférieur à 15 000\$, 42% entre 15 000\$ et 45 000\$ et 10% supérieur à 45 000\$.

Tendance à s'inquiéter

Un score moyen de 40.51 (E.T.=1.488) est obtenu au QIPS pour l'ensemble des participants. Le score obtenu à ce questionnaire permet la division de l'échantillon en deux groupes. Les participants ayant un score de 40 et moins sont assignés au groupe FI et ceux ayant un score supérieur à 40 au groupe HI.

Intolérance à l'incertitude et résolution de problèmes.

Pour le QII mesurant le niveau d'intolérance à l'incertitude, une moyenne de 49.15 (E.T.=2.162) est obtenue. Le score moyen pour l'IRPS est de 81.07 (E.T.=2.996) ce qui évalue la capacité de résolution de problèmes des participants.

Thèmes d'inquiétudes

Selon les fréquences moyennes des inquiétudes rapportées par les participants à l'entrevue initiale, les principaux thèmes d'inquiétudes sont dans l'ordre: 1) les finances, 2) le travail/les études, 3) la situation dans la société et dans le monde, 4) la santé des proches, 5) la famille, 6) les relations interpersonnelles et enfin, 7) sa propre santé ainsi que les sujets mineurs.

Durée des inquiétudes, interférence et effet sur l'humeur.

Lors de l'entrevue initiale, les participants évaluent combien de temps pendant une journée typique ils passent à s'inquiéter. En moyenne, une personne rapporte s'inquiéter pendant 1h42 minutes par jour (min.: 2 minutes, max.: 12 heures, E.T.=20.2 minutes). Toutefois, lorsque les participants répondent à cette même question lors de l'auto-enregistrement de deux semaines, la moyenne passe à 1h02 minutes d'inquiétudes par jour (min.: 34 secondes, max.: 6h17, E.T.=13.13 minutes).

Les participants évaluent l'interférence causée par leurs inquiétudes sur une échelle de 0 à 8, zéro étant "Aucune interférence" et huit une "Interférence très sévère". Ils rapportent un score de 2.78 lors de l'entrevue initiale ce qui se situe entre une "Interférence légère" et une "Interférence moyenne". Cependant, la moyenne obtenue pour l'interférence des inquiétudes lors de l'auto-enregistrement est de 1.72 ce qui signifie entre "Aucune interférence" et une "Interférence légère".

L'entrevue initiale recueille des informations concernant l'impact des inquiétudes sur l'humeur. Une moyenne de 3.9 sur 8 (E.T.=.308) est obtenue ce qui représente que les inquiétudes ont un "impact modéré" sur l'humeur. Au moins 70% des participants

avouent ressentir de l'anxiété, 80% de l'irritabilité et 80% de la tristesse suite à leurs inquiétudes.

Déclencheurs

Les données recueillies à l'entrevue montrent que quatre-vingt-trois pourcent des volontaires reconnaissent un déclencheur externe à leurs inquiétudes tels: une situation au travail, les relations interpersonnelles, etc.

Les participants sont interrogés afin de connaître la présence d'un moment particulier dans la journée où les inquiétudes se font plus présentes. Soixante-treize pourcent des gens identifient un moment spécifique de la journée. Quarante-huit pourcent disent s'inquiéter surtout en soirée, 7.5% pendant la nuit, 7.5% le matin, 5% pendant l'avant-midi et finalement 5% en après-midi.

Stratégies

La stratégie rapportée par le plus de gens pour diminuer le niveau d'inquiétude et d'anxiété est la distraction (54.84%). Puis la rationalisation (22.6%), la résolution de problèmes (9.7%), les mesures préventives (6.5%) ainsi que la recherche de réassurance (6.5%) sont également utilisées par les participants. Aussi, 77.5% des participants de l'échantillon affirment qu'ils leur arrivent de ne rien faire pour diminuer leurs inquiétudes. D'autre part, sur une échelle de type Likert, les participants estiment que leurs stratégies pour diminuer le malaise causé par les inquiétudes sont entre "Très efficace" et "Extrêmement efficace" (6.41 sur huit) et entre "Moyennement efficace" et "Très efficace" (5.91 sur huit) pour chasser l'inquiétude.

Volet comparatif

Afin d'examiner les caractéristiques du phénomène des inquiétudes, des comparaisons sont effectuées entre le groupe HI et le groupe FI. Ces deux groupes sont déterminés par une procédure de division par la médiane sur les scores obtenus au QIPS. Le groupe HI est composé des participants ayant un score supérieur à 40 et le groupe FI

des participants ayant un score inférieur. Une série d'analyses univariées est exécutée pour les différentes familles de variables. En raison du nombre d'analyses calculées, des corrections de Bonferroni (Simes, 1986)¹ ont été employées pour minimiser la probabilité de réaliser une erreur de type I.

Données socio-démographiques

Il n'y a pas de différences significatives entre les deux groupes de volontaires en ce qui concerne l'âge ($F(1,39)=.6945$, ns), le sexe ($\chi^2(1, N=41)=0.019$, ns), l'état civil ($\chi^2(4, N=41)=2.300$, ns), le nombre d'enfants ($\chi^2(1, N=41)=1.101$, ns), l'habitation ($\chi^2(4, N=41)=3.694$, ns), la scolarité ($\chi^2(4, N=41)=5.902$, ns) l'occupation ($\chi^2(5, N=41)=3.177$, ns) et le revenu familial annuel ($\chi^2(6, N=41)=7.180$, ns).

Division des groupes

Afin de vérifier la présence de différences significatives entre les deux groupes quant à la tendance à s'inquiéter, une première analyse de variance est effectuée. Les résultats suggèrent qu'il existe une différence significative entre les groupes ($F(1,39)=81.88$, $p<.0001$). Le tableau 1 présente les moyennes et écart-types pour les deux groupes.

Insérer le tableau 1

¹Le niveau de signification général pour les différents groupes de comparaisons est rapporté ($p<.05$) plutôt que le Bonferroni ajusté qui varie pour chacune des comparaisons. Les résultats significatifs dépasse toujours le niveau ajusté et souvent par une marge importante.

Intolérance à l'incertitude et résolution de problèmes.

Deux analyses univariées réalisées montrent une différence significative entre les deux groupes pour les scores au QII ($F(1,39)=21.50, p<.0001$) et à l'IRPS ($F(1,39)=9.73, p<.0034$). Le groupe HI obtient des scores significativement plus élevés à ces deux mesures.

Insérer le tableau 2

De plus, une analyse de variance des données recueillies à l'entrevue montre que les participants du groupe FI se disent significativement plus tolérants à l'incertitude que les participants du groupe HI ($F(1,38)=13.50, p<.0007$).

Lors de l'entrevue, les participants indiquent leur degré d'accord avec une croyance voulant que les inquiétudes peuvent aider à résoudre les problèmes. L'analyse exécutée prouve que les volontaires du groupe HI adhère davantage à cette croyance que le groupe FI ($F(1,38)=4.299, p< .045$).

Thèmes d'inquiétudes

Des analyses de variances permettent de distinguer les deux groupes sur les thèmes d'inquiétudes suivants: les participants du groupe HI rapportent significativement plus que le groupe FI à propos des sujets mineurs ($F(1,39)=5.81, p<.021$), du travail/des études ($F(1,39)=5.21, p<.028$), des finances ($F(1,39)=5.04, p< .031$) et des relations interpersonnelles ($F(1,39)=6.90, p<.012$). Aucune différence n'est obtenue pour les thèmes: famille, santé personnelle, santé des proches, et situation dans la société/dans le monde.

Durée des inquiétudes, interférence et effet sur l'humeur.

Une analyse univariée montre une différence significative entre les deux groupes concernant le temps passé à s'inquiéter dans une journée selon les données recueillies lors de l'entrevue initiale ($F(1,35)=13.28, p<.0009$). Les participants du groupe HI rapportent s'inquiéter plus longtemps dans une journée que les participants du groupe FI. Aussi, une analyse des données d'auto-enregistrement révèle que le groupe HI déclare s'inquiéter significativement plus longtemps que le groupe FI ($F(1,35)=14.99, p<.0005$).

Insérer le tableau 3

Une analyse de variances sur les données d'auto-enregistrement confirme que les participants du groupe HI rapportent s'inquiéter de façon plus excessive ($F(1,36)=4.58, p<.04$) et avoir une plus grande difficulté à contrôler ses inquiétudes ($F(1,36)=9.47, p<.004$) que les participants du groupe FI.

Deux analyses de variances effectuées avec les données d'entrevue et d'auto-enregistrement démontrent qu'il n'y a aucune différence significative entre les deux groupes pour le degré d'interférence des inquiétudes dans la vie quotidienne.

Les participants du groupe HI indiquent que leurs inquiétudes affectent significativement plus leur humeur que les participants du groupe FI ($F(1,35)=7.79, p<.008$).

Déclencheurs

Les deux groupes signalent la présence de déclencheurs externes à leurs inquiétudes, toutefois il n'y a pas de différence entre les groupes ($\chi^2(1, N=41)=0.119, ns$). De même, il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes en ce qui a trait au moment où les inquiétudes sont davantage présentes ($\chi^2(6, N=40)=7.551, ns$).

Stratégies

Les analyses univariées, des données de l'entrevue et de l'auto-enregistrement, ne dénotent aucune différence significative entre les groupes pour les types et la fréquence des stratégies qu'ils emploient pour chasser leurs inquiétudes. De même, il n'y a pas de différences entre les groupes en ce qui concerne l'efficacité des stratégies tant pour chasser la pensée que pour réduire le malaise de l'individu.

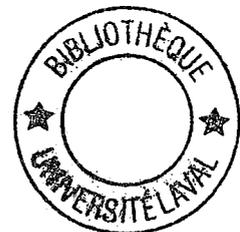
Insérer le tableau 4

Symptômes physiques

Des analyses de variances montrent que les deux groupes diffèrent pour la sévérité moyenne de deux symptômes physiques associés aux inquiétudes soit la fatigue ($F(1,39)=9.17, p<.0043$) et la concentration ($F(1,39)=3.923, p<.0121$). Les participants du groupe HI disent éprouver une fatigue et une difficulté de concentration plus sévères que les participants du groupe FI. Cependant, aucune différence n'est observée pour l'agitation, l'irritabilité, les tensions musculaires ainsi que les problèmes de sommeil.

Analyses exploratoires

Des corrélations sont calculées entre les résultats obtenus à l'entrevue et à l'auto-enregistrement pour les principales variables. Une forte corrélation est obtenue entre le temps passé à s'inquiéter rapporté par les participants et le temps d'inquiétude noté à l'auto-enregistrement ($r=.85, p<.0022$). Aussi, entre le contrôle des inquiétudes évalué à l'entrevue et à l'auto-enregistrement, une corrélation de .68 est obtenue ($p<.0442$).



DISCUSSION

La présente étude visait à décrire le phénomène des inquiétudes dans une population non-clinique. Les participants estiment s'inquiéter entre une heure (1 h.) et une heure quarante-deux minutes (1h42) chaque jour. Ils affirment que leurs inquiétudes influencent négativement leur humeur et qu'ils utilisent des stratégies pour diminuer leur niveau d'anxiété. Qualitativement, la manifestation des inquiétudes chez la population non-clinique semble comparable à celle d'une population clinique. Toutefois, les participants rapportent peu d'interférence. Ces résultats appuient les nouveaux critères diagnostiques du TAG dans le DSM-IV. En addition, cette étude désirait comparer la manifestation des inquiétudes dans deux groupes de volontaires sains. L'hypothèse principale est confirmée pour la majorité des variables. Les gens ayant une plus forte tendance à s'inquiéter rapportent un temps d'inquiétude plus long. Ils décrivent leurs inquiétudes comme étant plus excessives et plus difficiles à contrôler. Aussi, ils accusent une plus grande difficulté de concentration ainsi qu'une fatigue plus importante. Cependant, les stratégies qu'ils utilisent sont les mêmes que les gens ayant une faible tendance à s'inquiéter et elles affichent la même efficacité. À la lumière de ces résultats, il est possible que les participants du groupe HI soient plus à risque à développer le TAG que les participants du groupe FI. Les implications au niveau du diagnostic et du traitement sont exposées. Les résultats de l'échantillon complet puis les comparaisons des deux groupes sont discutés.

Cette étude permet de dresser un portrait du phénomène des inquiétudes non-pathologiques. L'examen des caractéristiques socio-démographiques des participants démontrent qu'il s'agit d'un échantillon assez représentatif de la population générale. Contrairement à plusieurs études réalisées dans un contexte universitaire, la population étudiante représente moins de 10% de l'échantillon. Aussi, les deux sexes sont représentés adéquatement. Les participants proviennent de différents groupes d'âge. L'état civil, le nombre d'enfants, le milieu d'habitation, le niveau de scolarité complétée, l'occupation ainsi que le revenu familial reflètent les diverses caractéristiques d'une population générale. L'absence de volontaires répondant aux critères diagnostiques du TAG a été contrôlée puisque tous ont été évalués lors d'une entrevue diagnostique. Cette précaution n'avait pas été prise par les équipes de Craske (1989) et de Tallis (1994). La validité de l'échantillon établit, les résultats obtenus devraient exprimer la réalité du phénomène des inquiétudes de la population non-clinique.

Les thèmes d'inquiétudes les plus souvent rapportés par les gens de la population générale sont: la situation financière, le travail ou les études, la situation dans la société/dans le monde et la santé des proches. Il n'est pas étonnant de constater que le domaine d'inquiétude qui obtient la plus haute fréquence soit la situation financière puisque près de la moitié des participants ont un revenu familial annuel inférieur à 15 000\$.

Rétrospectivement, les participants évaluent la durée moyenne des inquiétudes dans une journée à 1h42 minutes; toutefois, la durée moyenne diminue à 1h02 minutes lors d'auto-enregistrement sur une plus longue période. Les données obtenues de façon rétrospective semblent surévaluer la durée des inquiétudes, d'autres études réalisées dans une population non-clinique en arrivent à cette même conclusion. Les résultats concernant la durée des inquiétudes obtenus par Tallis et ses collègues étaient plus imprécis puisqu'ils discutaient d'une durée variant entre cinq et dix minutes par épisode d'inquiétude, un individu pouvant avoir plus d'un épisode dans une journée. Pour sa part, Craske et son équipe évaluent le temps d'inquiétude à un peu plus de 4 heures par jour, ce résultat plus élevé que celui obtenu dans la présente étude s'explique par l'absence d'une entrevue diagnostique s'assurant de l'exclusion des gens souffrant du TAG et par le fait que l'information soit obtenue rétrospectivement. La durée révélée par cette étude, une heure d'inquiétude, paraît être une donnée surprenante puisqu'il s'agit d'une population se disant sans problème d'inquiétude. Malgré environ une heure d'inquiétude chaque jour, les gens sains rapportent qu'ils seraient peu perturbés par leur inquiétudes. Ces résultats supposent que des implications au niveau du diagnostic du TAG sont possibles. Effectivement, l'interférence serait un critère fiable lors de l'établissement du diagnostic du TAG. Ceci vient appuyer les critères diagnostiques de la dernière édition du DSM (APA, 1994). Il est aussi confirmé que les inquiétudes sont un phénomène normal, puisque la population générale s'inquiéterait pendant une heure sans que cela lui cause de difficulté majeure.

La majorité des participants rapportent que les inquiétudes ont un effet négatif sur leur humeur, soit en occasionnant un état anxieux, irritable ou triste. L'impact de l'anxiété sur l'humeur est modéré, mais cause un inconfort suffisant pour que les participants le rapportent lors de l'entrevue initiale. D'autre part, les inquiétudes ne semblent pas être un phénomène de source interne. Effectivement, 83% des participants disent qu'il peut y avoir un déclencheur externe à leurs inquiétudes. Ce résultat est similaire à ceux obtenus

dans des études précédentes par les équipes de Tallis (1994) et de Craske (1989). Les inquiétudes seraient plus particulièrement présentes en soirée, entre le repas du soir et le sommeil, à un moment où l'individu est probablement moins actif et plus fatigué. Près de la moitié des participants déclarent s'inquiéter principalement à ce moment de la journée, ceci concorde avec la description faite par Tallis et son équipe.

Parmi les différentes stratégies, la population saine utiliserait plus fréquemment la distraction afin de diminuer le niveau d'anxiété éprouvé. Par contre, la grande majorité des participants avouent qu'ils leurs arrivent de ne rien faire pour diminuer leurs inquiétudes. Mais lorsqu'ils emploient des stratégies, ils les considèrent comme étant très efficaces en moyenne tant pour réduire le malaise causé par les inquiétudes que pour chasser l'inquiétude elle-même. Ces résultats semblent différents de ceux qu'ils seraient possible d'obtenir dans un échantillon clinique.

Afin de comparer les principales variables des inquiétudes, deux groupes sont formés. Le groupe HI est composé des participants ayant une forte tendance à s'inquiéter et le groupe FI, des participants ayant une faible tendance à s'inquiéter. Un contrôle des variables socio-démographiques a permis de s'assurer que les deux groupes de participants sont équivalents pour l'âge, le sexe, l'état civil, le nombre d'enfants, le mode d'habitation, le niveau de scolarité, l'occupation et le revenu familial annuel. Toutefois, les deux groupes sont significativement différents sur la mesure de la tendance à s'inquiéter (QIPS). Le groupe HI a une plus forte tendance à s'inquiéter que le groupe FI. Ceci confirme la justesse de la division de l'échantillon.

Les différences observées entre les groupes pour les questionnaires suggèrent que les participants du groupe HI ont une plus grande intolérance à l'incertitude ainsi que moins d'habiletés à la résolution de problème que les participants du groupe FI. Ceci vient appuyer les récents modèles théoriques du TAG (Dugas et al., 1998) où l'intolérance à l'incertitude occupe une place prépondérante. Les habiletés de résolution de problèmes ainsi que le niveau de tolérance à l'incertitude sont deux éléments pertinent à aborder lors d'un processus thérapeutique pour le TAG.

Les trois principaux domaines d'inquiétudes rapportés par les deux groupes sont les mêmes (finances, travail/études, situation dans la société/dans le monde). Cependant,

les participants du groupe HI rapportent une fréquence plus élevée pour les sujets mineurs, le travail/les études, les finances et les relations interpersonnelles que ceux du groupe FI. Une différence intéressante se situe au niveau des sujets mineurs, ce domaine d'inquiétude se situe au quatrième rang en terme de fréquence pour le groupe HI et au dernier rang pour le groupe FI. Les participants ayant une plus forte tendance à s'inquiéter se préoccuperaient considérablement des petites choses quotidiennes telles les tâches ménagères, les réparations mineurs, etc., comparativement aux participants manifestant de faibles inquiétudes.

Les participants du groupe HI rapportent s'inquiéter plus longtemps que les participants du groupe FI et ce, tant à l'entrevue initiale qu'à l'auto-enregistrement quotidien. Parmi les volontaires du groupe HI, certains semblent approcher les résultats qu'il serait possible d'obtenir dans une population clinique. La durée pourrait donc elle aussi être un critère diagnostique valable puisque les participants du groupe FI s'inquiètent moins longtemps que ceux du groupe HI, et ces derniers doivent s'inquiéter moins longtemps que les gens souffrant du TAG. De plus, les inquiétudes que semblent éprouver les participants du groupe HI seraient plus excessives et plus difficile à contrôler. Cette comparaison s'avère être un appui supplémentaire aux changements intervenus dans le DSM-IV concernant le caractère excessif et incontrôlable des inquiétudes.

L'humeur rapportée par les volontaires du groupe HI serait davantage affecté par les inquiétudes que celle des volontaires du groupe FI. Les personnes exprimant une plus forte tendance à s'inquiéter seraient donc plus anxieuses, plus irritables ou plus tristes. Ces résultats sont similaires à ceux obtenus par Tallis et son équipe (1994). Aucune différence n'est cependant observée entre les groupes pour les déclencheurs et le moment de la journée où les inquiétudes sont davantage présentes. Les deux groupes rapportent davantage d'inquiétudes en soirée.

Les stratégies utilisées par les deux groupes semblent être les mêmes et leur efficacité est comparable. Ceci expliquerait partiellement comment les participants du groupe HI se distinguent de la population clinique, malgré de grandes inquiétudes. Ils possèdent les ressources nécessaires pour diminuer leur niveau d'anxiété et les utilisent efficacement.

Les inquiétudes rapportées par le groupe HI provoquent plus de fatigue et de difficulté de concentration que dans le groupe FI. Ces deux symptômes somatiques requis pour l'établissement du diagnostic du TAG sont peut-être les premiers à apparaître lors du développement du trouble. Il n'y a pas de différence entre les groupes pour les autres symptômes somatiques associés au TAG.

Les analyses exploratoires suggèrent que les résultats obtenus par les deux méthodes de mesure sont similaires, mais différents. Les scores rapportés à l'auto-enregistrement sont plus faibles que les scores recueillis à l'entrevue pour la plupart des variables à l'étude. L'ajout de l'auto-enregistrement quotidien à une mesure rétrospective procure des résultats plus près de la réalité du phénomène des inquiétudes.

Souvent dans l'évaluation des gains thérapeutiques, l'utilisation de critères cliniques présentent des avantages sur les méthodes statistiques (Jacobson & Truax, 1991). En effet, un individu consultant pour le TAG peut observer un changement statistiquement significatif de sa condition tout en continuant de répondre aux critères diagnostiques du TAG (Jacobson et Revenstorf, 1988). Le changement cliniquement significatif vise à représenter l'élimination des difficultés de l'individu. À la lumière des résultats obtenus, il est possible d'estimer qu'un individu devra rapporter moins d'une heure d'inquiétude par jour pour considérer une amélioration cliniquement significative. La durée des inquiétudes servira également de référence lors du diagnostic. Évidemment, ce critère doit être examiné avec l'ensemble des autres informations. Ainsi, le succès thérapeutique pourra être évalué, en plus des critères usuellement utilisés, par un critère de signification clinique sur le temps passé à s'inquiéter.

Dans l'éventualité de nouvelles recherches, certaines améliorations seraient souhaitables. Notamment, un nombre de volontaires plus importants permettraient l'établissement de normes au niveau de la durée moyenne des inquiétudes. En effet, des données normatives des inquiétudes rendraient possible l'établissement d'un critère de signification clinique plus précis. Il serait possible de déterminer si un client a atteint un temps d'inquiétude similaire à celui de la population saine. Il serait intéressant également de développer plus en profondeur certains aspects des inquiétudes. Entre autres, est-ce que l'humeur résulte des inquiétudes ou l'inquiétude découle de l'état émotionnel? Quelle est la nature du déclencheur des inquiétudes? Aussi, un examen plus étroit des stratégies

utilisées pourraient fournir davantage d'informations sur les processus cognitifs employés pour diminuer l'inquiétude.

Cette étude avait pour but de dresser un portrait plus précis des inquiétudes non-pathologiques et, entre autres, d'estimer la durée des inquiétudes normales dans une journée. Les équipes de Craske (1989) puis de Tallis (1994) avaient tenté d'estimer cette durée. Cependant, les volontaires n'avaient pas été évalués selon les critères du DSM, ainsi il est possible que, dans leurs échantillons, certains participants rencontrent les critères diagnostiques du TAG. La durée des inquiétudes, jusqu'à maintenant approximative, servira de référence lors du diagnostic mais plus encore en fin de processus thérapeutique. La durée moyenne des inquiétudes est estimée entre une heure et une heure quarante-deux minutes. Les inquiétudes auraient une influence modérée sur l'humeur des participants. Ces derniers affirment utiliser des stratégies pour diminuer leur niveau d'anxiété, mais ils rapportent que leurs inquiétudes interfèrent peu sur leur vie quotidienne. Ces résultats appuient les critères diagnostiques du TAG présentés dans le DSM-IV. La présente étude visait à comparer, en un deuxième temps, deux groupes dans un échantillon non-clinique. Les participants du groupe HI s'inquiéteraient plus longtemps et sur la plupart des mêmes thèmes que les participants du groupe FI. Ils auraient davantage de difficultés à contrôler leurs inquiétudes ce qui les amèneraient à ressentir plus d'anxiété, de la tristesse ou de l'irritabilité que les volontaires du groupe FI. Par contre, leurs inquiétudes ne semblent pas causer plus d'interférence sur leur vie que dans le groupe FI. Compte tenu de cette faible interférence, les participants ne ressentent pas le besoin de consulter un professionnel et se situent à un niveau encore normal des inquiétudes. Ceci ajouté aux résultats obtenus par les questionnaires et l'entrevue peut suggérer que les participants du groupe HI sont plus à risque de développer le TAG que les participants du groupe FI. Les implications de cette étude au niveau du diagnostic et du traitement du TAG sont importantes puisqu'elle fournit un appui supplémentaire aux changements effectués lors de la quatrième publication du DSM. Le choix des principales composantes des modèles récents (e.g. Dugas et al., 1998) est aussi confirmé. Au niveau du traitement, ceci suggère que ces mêmes composantes (ex.: l'intolérance à l'incertitude) sont les cibles privilégiées, que devrait viser le thérapeute en processus thérapeutique tout comme le proposaient Barlow et ses collaborateurs en 1992.

RÉFÉRENCES

- Abel, J. L., & Borkovec, T.D. (1995). Generalizability of DSM-III-R Generalized Anxiety Disorder to proposed DSM-IV Criteria and Cross-validation of Proposed Changes. Journal of Anxiety Disorders, 9, 4, 303-315.
- American Psychiatric Association. (1980). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3e ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1987). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3e édition révisée). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4e ed.). Washington, DC: Author.
- Barlow, D.H. (1988). Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic. New York: Guilford Press.
- Barlow, D.H., Blanchard, E.B., Vermilya, B.B., & Di Nardo, P.A. (1986). Generalized anxiety and generalized anxiety disorder: Description and reconceptualization. American Journal of Psychiatry, 143, 40-44.
- Barlow, D.H., Rapee, R.M., & Brown, T.A. (1992). Behavioral treatment of generalized anxiety disorder. Behavior Therapy, 23, 551-570.
- Blais, F., Ladouceur, R., Dugas, M.J., & Freeston, M.H. (1993, novembre). Résolution de problèmes et inquiétudes: Distinction clinique. Communication présentée au Congrès Annuel de la Société Québécoise pour la Recherche en Psychologie, Québec.
- Bradwejn, J., Berner, M., & Shaw, B. (1992). Malade d'inquiétude: Guide du médecin pour le traitement et le counseling. Montréal, Québec: Grosvenor.
- Breslau, N., & Davis, G.C. (1985). DSM-III generalized anxiety disorder: An empirical investigation of stringent criteria. Psychiatry Research, 143, 231-238.

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.

Brown, T.A., Di Nardo, P.A., & Barlow, D.H. (1994). Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV (ADIS-IV). Albany, NY: Graywind Publications.

Butler, G., & Mathews, A. (1983). Cognitive processes in anxiety. Advances in Behaviour Research and Therapy, *5*, 51-62.

Craske, M.G., Barlow, D.H., & O'Leary, T. (1992). Mastery of your anxiety and worry. Albany, New York: Graywind Publications.

Craske, M.G., Rapee, R., Jakel, L. & Barlow, D. (1989). Qualitative dimensions of worry in DSM-III-R generalized anxiety disorder subjects and nonanxious controls. Behaviour Research and Therapy, *27*, 397-402.

Davey, G.L.C. (1994). Worrying, social problem solving abilities, and problem-solving confidence. Behaviour Research and Therapy, *32*, 327-330.

Di Nardo, P.A., O'Brien, G.T., Barlow, D.H., Waddell, M.T. & Blanchard, E.B. (1983). Reliability of DSM-III anxiety disorder categories using a new structured interview. Archives of General Psychiatry, *40*, 1070-1074.

Doucet, C., Dugas, M.J., Lachance, S., Vézina, D., Freeston, M.H., & Ladouceur, R. (1994, novembre). Thèmes d'inquiétudes chez les adolescents et les aînés. Communication présentée au Congrès Annuel de la Société Québécoise pour la recherche en Psychologie, Montréal.

Dugas, M.J., Freeston, M.H., Blais, F., & Ladouceur, R. (1994a, novembre). Anxiety and depression in GAD patients, high and moderate worriers. Communication présentée au Congrès Annuel de l'Association for the advancement of Behavior Therapy, San Diego, Californie.

- Dugas, M. J., Freeston, M. H., & Ladouceur, R. (1994b, novembre). Validation d'une version abrégée de l'Inventaire de résolution de problèmes sociaux. Communication présentée au Congrès Annuel de la Société Québécoise pour la Recherche en Psychologie, Québec.
- 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., Boisvert, J.-M., & Freeston, M. H. (1996). Le Trouble d'anxiété généralisée: Éléments fondamentaux et applications cliniques. Psychologie Canadienne, *37*, 40-53.
- Dugas, M.J., Letarte, H., Rhéaume, J., Freeston, M.H., & Ladouceur, R. (1995b) Worry and problem solving: Evidence of a specific relationship. Cognitive Therapy and Research, *19*, 109-120.
- D'Zurilla, T. J., & Nezu, A.M. (1990). Development and preliminary evaluation of the Social Problem-Solving Inventory. Psychological Assessment, *2*, 156-163.
- Freeston, M. H., Rhéaume, J., Dugas, M. J., Ladouceur, R., Léger, E. & Fournier, S. (1996, août). History of mental health consultation in obsessive-compulsive disorder and generalized anxiety disorder. Communication présentée au XVII Congrès International de Psychologie, Montréal.
- Freeston, M.H., Rhéaume, J., Letarte, H., Dugas, M.J., & Ladouceur, R. (1994). Why do people worry? Personality and Individual Differences, *17*, 791-802.
- Furnham, A. (1994). A content, correlational and factor analytic study of four tolerance of ambiguity questionnaires. Personality and Individual Differences, *16*, 403-410.

- Fyer, A. J., Mannuzza, S., Martin, L. Y., Gallops, M. S., Endicott, J., Schleyer, B., Gorman, J. M., Liebowitz, M. R., & Klein, D. F. (1989). Reliability of anxiety assessment: II. Symptom agreement. Archives of General Psychiatry, *46*, 1102-1110.
- Hollon, S.D., & Flick, S.N. (1988). On the meaning and methods of clinical significance. Behavioral Assessment, *10*, 197-206.
- Jacobson, N.S., Follette, W.C., & Revenstorf, D. (1984). Psychotherapy outcome research: Methods for reporting variability and evaluating clinical significance. Behavior Therapy, *15*, 336-352.
- Jacobson, N.S. & Revenstorf, D. (1988). Statistics for assessing the clinical significance of psychotherapy techniques: Issues, problems, and new developments. Behavioral Assessment, *10*, 133-145.
- 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., Dugas, M.J., Freeston, M.H., Léger, E., Provencher, M.D., Gagnon, F., Thibodeau, N., & Boisvert, J-M. (1997b, novembre). Effectiveness of a new treatment for GAD: Evaluation in a group comparison design. Communication présentée au congrès annuel de l'Association for the Advancement of Behavior Therapy, Miami, Floride.
- Ladouceur, R., Freeston, M.H., & Dugas, M.J. (1993, novembre). L'intolérance à l'incertitude et les raisons pour s'inquiéter dans le Trouble d'anxiété généralisée. Communication présentée au Congrès Annuel de la Société Québécoise pour la Recherche en Psychologie, Québec.
- 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., Talbot, F., & Dugas, M. J. (1997a). Behavioral expressions of intolerance of uncertainty in worry. Behavior modification, 21,3, 355-371.
- Macleod, A.K., Williams, M.G., & Bekerian, D.A. (1991). Worry is reasonable: The role in pessimism about future personal events. Journal of Abnormal Psychology, 100, 478-486.
- 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, 487-496.
- Rapee, R. M. (1991). Generalized anxiety disorder: A review of clinical features and theoretical concepts. Clinical Psychology Review, 11, 419-440.
- Roemer, L., & Borkovec, T.D. (1993). Worry: Unwanted cognitive activity that controls unwanted somatic experience. Dans D.M. Wegner & J.W. Pennebaker (Eds.), Handbook of mental control (pp. 220-238). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Sanderson, W.C., & Beck, A.T. (1991, novembre). Cognitive therapy of generalized anxiety disorder: A naturalistic study. Communication présentée au Congrès Annuel de l'Association for the Advancement of Behavior Therapy, New York.
- Shadick, R.N., Roemer, L., Hopkins, M.B., & Borkovec, T.D. (1991, novembre). The nature of worrisome thoughts. Communication présentée au Congrès Annuel de l'Association for the Advancement of Behavior Therapy, New York.
- Simes, R.J. (1986). An improved Bonferroni procedure for multiple tests of signifiante. Biometrica, 73, 751-754.
- Tallis, F., Davey, G.C.L., & Capuzzo, N. (1994). The Phenomenology of non-pathological worry: a preliminary investigation. In G.C.L. Davey & F. Tallis. (Eds.). Worrying: Perspectives on theory, Assessment and Treatment. pp. 61-89. England: John Wiley & Sons.

Tallis, F. & Ensenck, M. H. (1994). Worry: Mechanisms and modulating influences. Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 22, 37-56.

Tallis, F., Ensenck, M. H., & Mathews, A. (1992). A questionnaire for the measurement of nonpathological worry. Personality and Individual Differences, 13, 161-168.

Notes des Auteurs

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

Tableau 1

Moyennes et écart-types pour la tendance à s'inquiéter (QIPS).

Groupes	n	Moyenne	Ecart-type
Faibles Inquiétudes (FI)	21	32.95	1.06
Hautes Inquiétudes (HI)	20	48.45	1.35

Tableau 2

Moyennes et écart-types pour les questionnaires (QII et IRPS).

Groupes	n	Score QII		Score IRPS	
		Moyenne	Ecart-type	Moyenne	Ecart-type
Faibles Inquiétudes (FI)	21	41.19	2.09	72.81	4.11
Hautes Inquiétudes (HI)	20	57.50	2.86	89.75	3.52

Tableau 3

Moyennes et écart-types pour la durée des inquiétudes (en minutes).

Groupes	<u>Entrevue initiale</u>		<u>Auto-enregistrement</u>	
	Moyenne	Ecart-type	Moyenne	Ecart-type
Faibles Inquiétudes (FI)	34.29	7.39	14.82	3.65
Hautes Inquiétudes (HI)	172.60	34.42	104.80	20.62

Note. Pour l'entrevue initiale, groupe FI, n=21, groupe HI, n=20.
 Pour l'auto-enregistrement, groupe FI, n=18, groupe HI, n=20.

Tableau 4

Moyennes et écart-types de l'efficacité des stratégies.

Groupes	n	Moyenne	Ecart-type
Faibles Inquiétudes (FI)	16		
-chasser la pensée		5.50	.465
-réduire le malaise		6.44	.302
Hautes Inquiétudes (HI)	17		
-chasser la pensée		6.35	.445
-réduire le malaise		6.41	.354

Note. Les résultats sont mesurés sur une échelle de type likert de 0 à 8.

CONCLUSION GÉNÉRALE

Tout d'abord, cette étude visait à dresser un portrait du phénomène des inquiétudes dans un échantillon sain. Les participants estiment s'inquiéter entre une heure (1 h.) et une heure quarante-deux minutes (1h42) chaque jour. Ils affirment que leur humeur est influencé négativement par leurs inquiétudes, ils leurs arrivent de ressentir de l'anxiété, de la tristesse ou de l'irritabilité suite à une période d'inquiétude. Ils déclarent aussi qu'ils emploient des stratégies pour diminuer leur niveau d'inquiétude et d'anxiété. Qualitativement, la manifestation des inquiétudes chez la population non-clinique semble similaire à celle d'une population clinique. Toutefois, les volontaires rapportent peu d'interférence sur la vie quotidienne. Ces résultats viennent confirmer la justesse des changements effectués concernant les critères diagnostiques du TAG dans la dernière édition du DSM (APA, 1994). Effectivement, l'interférence serait un critère fiable lors de l'établissement du diagnostic du TAG. Les inquiétudes sont un phénomène normal puisque la population saine déclare s'inquiéter pendant une heure chaque jour sans être perturbée dans ses activités quotidiennes.

En second lieu, la présente étude désirait comparer la manifestation des inquiétudes dans deux groupes de volontaires sains. L'hypothèse principale est confirmée pour la plupart des variables. Les gens ayant une plus forte tendance à s'inquiéter rapportent un temps d'inquiétude plus long. Ils décrivent leurs inquiétudes comme étant plus excessives et plus incontrôlables. Aussi, ils estiment que leurs inquiétudes leur causent plus de difficulté de concentration ainsi qu'une fatigue plus importante. Cependant, les volontaires des deux groupes rapportent utiliser les mêmes stratégies pour diminuer leurs inquiétudes. Les participants ayant une plus forte tendance à s'inquiéter estiment que les stratégies qu'ils emploient ont la même efficacité que pour les participants ayant une plus faible tendance à s'inquiéter, et ce, tant pour réduire leur malaise que pour éliminer l'inquiétude elle-même. Ces résultats démontrent qu'il est possible que les participants du groupe HI soient plus à risque de développer le TAG que les participants du groupe FI au cours de leur vie.

Troisièmement, les analyses exploratoires démontrent que les deux méthodes de mesure, soit les questionnaires rétrospectifs et l'auto-enregistrement, arrivent à des résultats similaires, mais différents. Les scores rapportés à l'auto-enregistrement sont plus faibles que les scores recueillis à l'entrevue pour la majorité des variables. Ainsi, il

est démontré que l'ajout d'une période d'auto-enregistrement quotidien à une mesure rétrospective procure des informations plus précises du phénomène des inquiétudes.

Enfin, en plus de l'impact sur le diagnostic du TAG, cette étude permettra d'évaluer l'efficacité des traitements offerts pour le TAG. En effet, le critère de signification clinique offre une mesure de l'efficacité du traitement tel que le patient l'envisage. Une personne consultant pour le TAG ne désire pas savoir si son amélioration est statistiquement significative, ce qui l'intéresse, c'est de voir ses symptômes et ses inquiétudes diminuer à un niveau comparable à celui d'une personne n'ayant jamais consultée pour ce trouble. Un point de référence est donc établi par cette recherche: un individu devra rapporter moins d'une heure d'inquiétude par jour pour qu'une amélioration cliniquement significative soit constatée. Il faut cependant être prudent, le temps passé à s'inquiéter doit être examiné en parallèle avec les autres critères diagnostiques du DSM-IV. Il s'agit d'une mesure supplémentaire pour évaluer la présence et l'intensité du trouble. Celle-ci pourra s'avérer utile dans certaines recherches où l'utilisation de groupes de comparaisons veut être évitée, et plus particulièrement en clinique où une panoplie de questionnaires et de tests ne peut être administrée pour différentes raisons.

BIBLIOGRAPHIE

- Abel, J. L., & Borkovec, T.D. (1995). Generalizability of DSM-III-R Generalized Anxiety Disorder to proposed DSM-IV Criteria and Cross-validation of Proposed Changes. Journal of Anxiety Disorders, 9, 4, 303-315.
- American Psychiatric Association. (1980). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3e ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1987). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3e édition révisée). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4e ed.). Washington, DC: Author.
- Barlow, D.H. (1988). Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic. New York: Guilford Press.
- Barlow, D.H., Blanchard, E.B., Vermilya, B.B., & Di Nardo, P.A. (1986). Generalized anxiety and generalized anxiety disorder: Description and reconceptualization. American Journal of Psychiatry, 143, 40-44.
- Barlow, D.H., Rapee, R.M., & Brown, T.A. (1992). Behavioral treatment of generalized anxiety disorder. Behavior Therapy, 23, 551-570.
- Beaudoin, S., Freeston, M.H., Dugas, M.J., Rhéaume, J., Fournier, S., Léger, E., & Ladouceur, R. (1996, octobre). Troubles anxieux et recherche d'aide: Comparaison entre le trouble obsessionnel-compulsif et le trouble d'anxiété généralisée. Communication présentée au Congrès Annuel de la Société Québécoise pour la Recherche en Psychologie, Trois-Rivières.
- Blais, F., Ladouceur, R., Dugas, M.J., & Freeston, M.H. (1993, novembre). Résolution de problèmes et inquiétudes: Distinction clinique. Communication présentée au Congrès Annuel de la Société Québécoise pour la Recherche en Psychologie, Québec.
- Bradwejn, J., Berner, M., & Shaw, B. (1992). Malade d'inquiétude: Guide du médecin pour le traitement et le counseling. Montréal, Québec: Grosvenor.

- Breslau, N., & Davis, G.C. (1985). DSM-III generalized anxiety disorder: An empirical investigation of stringent criteria. Psychiatry Research, *143*, 231-238.
- 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.
- Brown, T.A., Di Nardo, P.A., & Barlow, D.H. (1994). Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV (ADIS-IV). Albany, NY: Graywind Publications.
- Butler, G., Fennell, M., Robson, P., & Gelder, M. (1991). Comparison of behavior therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. Journal of Consulting and Clinical Psychology, *59*, 167-175.
- Butler, G., & Mathews, A. (1983). Cognitive processes in anxiety. Advances in Behaviour Research and Therapy, *5*, 51-62.
- Craske, M.G., Barlow, D.H., & O'Leary, T. (1992). Mastery of your anxiety and worry. Albany, New York: Graywind Publications.
- Craske, M.G., Rapee, R., Jakel, L. & Barlow, D. (1989). Qualitative dimensions of worry in DSM-III-R generalized anxiety disorder subjects and nonanxious controls. Behaviour Research and Therapy, *27*, 397-402.
- Davey, G.L.C. (1994). Worrying, social problem solving abilities, and problem-solving confidence. Behaviour Research and Therapy, *32*, 327-330.
- Di Nardo, P.A., O'Brien, G.T., Barlow, D.H., Waddell, M.T. & Blanchard, E.B. (1983). Reliability of DSM-III anxiety disorder categories using a new structured interview. Archives of General Psychiatry, *40*, 1070-1074.
- Doucet, C., Dugas, M.J., Lachance, S., Vézina, D., Freeston, M.H., & Ladouceur, R. (1994, novembre). Thèmes d'inquiétudes chez les adolescents et les aînés. Communication présentée au Congrès Annuel de la Société Québécoise pour la recherche en Psychologie, Montréal.

- Dugas, M.J., Freeston, M.H., Blais, F., & Ladouceur, R. (1994a, novembre). Anxiety and depression in GAD patients, high and moderate worriers. Communication présentée au Congrès annuel de l'Association for the advancement of Behavior Therapy, San Diego, Californie.
- Dugas, M.J., Freeston, M.H., Lachance, S., Provencher, M., & Ladouceur, R. (1995a, juillet). The Worry and Anxiety Questionnaire: Initial validation in nonclinical and clinical samples. Communication présentée au World Congress of Behavioural and Cognitive Therapies, Copenhague.
- Dugas, M. J., Freeston, M. H., & Ladouceur, R. (1994b, novembre). Validation d'une version abrégée de l'Inventaire de résolution de problèmes sociaux. Communication présentée au Congrès Annuel de la Société Québécoise pour la Recherche en Psychologie, Québec.
- 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, 215-336.
- Dugas, M. J., Ladouceur, R., Boisvert, J.-M., & Freeston, M. H. (1996). Le Trouble d'anxiété généralisée: Éléments fondamentaux et applications cliniques. Psychologie Canadienne, 37, 40-53.
- Dugas, M.J., Letarte, H., Rhéaume, J., Freeston, M.H., & Ladouceur, R. (1995b) Worry and problem solving: Evidence of a specific relationship. Cognitive Therapy and Research, 19, 109-120.
- D'Zurilla, T. J., & Nezu, A.M. (1990). Development and preliminary evaluation of the Social Problem-Solving Inventory. Psychological Assessment, 2, 156-163.

- Freeston, M. H., Rhéaume, J., Dugas, M. J., Ladouceur, R., Léger, E. & Fournier, S. (1996, août). History of mental health consultation in obsessive-compulsive disorder and generalized anxiety disorder. Communication présentée au XVII Congrès International de Psychologie, Montréal.
- Freeston, M.H., Rhéaume, J., Letarte, H., Dugas, M.J., & Ladouceur, R. (1994). Why do people worry? Personality and Individual Differences, 17, 791-802.
- Furnham, A. (1994). A content, correlational and factor analytic study of four tolerance of ambiguity questionnaires. Personality and Individual Differences, 16, 403-410.
- Fyer, A. J., Mannuzza, S., Martin, L. Y., Gallops, M. S., Endicott, J., Schleyer, B., Gorman, J. M., Liebowitz, M. R., & Klein, D. F. (1989). Reliability of anxiety assessment: II. Symptom agreement. Archives of General Psychiatry, 46, 1102-1110.
- Hollon, S.D., & Flick, S.N. (1988). On the meaning and methods of clinical significance. Behavioral Assessment, 10, 197-206.
- Jacobson, N.S., Follette, W.C., & Revenstorf, D. (1984). Psychotherapy outcome research: Methods for reporting variability and evaluating clinical significance. Behavior Therapy, 15, 336-352.
- Jacobson, N.S. & Revenstorf, D. (1988). Statistics for assessing the clinical significance of psychotherapy techniques: Issues, problems, and new developments. Behavioral Assessment, 10, 133-145.
- Jacobson, N.S. & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59, 12-19.
- 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., Dugas, M.J., Freeston, M.H., Léger, E., Provencher, M.D., Gagnon, F., Thibodeau, N., & Boisvert, J-M. (1997b, novembre). Effectiveness of a new treatment for GAD: Evaluation in a group comparison design. Communication présentée au Congrès Annuel de l'Association for the Advancement of Behavior Therapy, Miami, Floride.
- Ladouceur, R., Freeston, M.H., & Dugas, M. (1993, novembre). L'intolérance à l'incertitude et les raisons pour s'inquiéter dans le Trouble d'anxiété généralisée. Communication présentée au Congrès Annuel de la Société Québécoise pour la Recherche en Psychologie, Québec.
- 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., Talbot, F., & Dugas, M. J. (1997a). Behavioral expressions of intolerance of uncertainty in worry. Behavior modification, 21,3, 355-371.
- Macleod, A.K., Williams, M.G., & Bekerian, D.A. (1991). Worry is reasonable: The role in pessimism about future personal events. Journal of Abnormal Psychology, 100, 478-486.
- 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, 487-496.
- Rapee, R. M. (1991). Generalized anxiety disorder: A review of clinical features and theoretical concepts. Clinical Psychology Review, 11, 419-440.
- Roemer, L., & Borkovec, T.D. (1993). Worry: Unwanted cognitive activity that controls unwanted somatic experience. Dans D.M. Wegner & J.W. Pennebaker (Eds.), Handbook of mental control (pp. 220-238). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

- Sanderson, W.C., & Beck, A.T. (1991, novembre). Cognitive therapy of generalized anxiety disorder: A naturalistic study. Communication présentée au Congrès Annuel de l'Association for the Advancement of Behavior Therapy, New York.
- Shadick, R.N., Roemer, L., Hopkins, M.B., & Borkovec, T.D. (1991, novembre). The nature of worrisome thoughts. Communication présentée au Congrès Annuel de l'Association for the Advancement of Behavior Therapy, New York.
- Simes, R.J. (1986). An improved Bonferroni procedure for multiple tests of significance. Biometrika, 73, 751-754.
- Tallis, F., Davey, G.C.L., & Capuzzo, N. (1994). The Phenomenology of non-pathological worry: a preliminary investigation. In G.C.L. Davey & F. Tallis. (Eds.). Worrying: Perspectives on theory, Assessment and Treatment. pp. 61-89. England: John Wiley & Sons.
- Tallis, F. & Enslenck, M. H. (1994). Worry: Mechanisms and modulating influences. Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 22, 37-56.
- Tallis, F., Enslenck, M. H., & Mathews, A. (1992). A questionnaire for the measurement of nonpathological worry. Personality and Individual Differences, 13, 161-168.

ANNEXE A
Formulaire de consentement

Formulaire de consentement

Cette étude a pour objectif d'explorer le phénomène des inquiétudes dans la population en générale par le biais de prises de mesure quotidienne des inquiétudes, par une entrevue, et finalement, par des questionnaires. Cette étude permettra de faire un pas vers l'avant dans nos efforts de compréhension du phénomène des inquiétudes et d'améliorer les traitements.

Je, soussigné(e) _____, consens librement à participer à cette étude. Ma tâche consiste à participer à une rencontre d'environ 45 minutes où me sera administré une entrevue structurée sur les inquiétudes et à compléter trois courts questionnaires. Aussi, pour une période de deux semaines, j'aurai à compléter quotidiennement un carnet d'auto-enregistrement portant sur les inquiétudes.

Il va sans dire que toutes les informations que je fournirai dans cette étude seront strictement confidentielles et ne seront traitées que globalement. Afin que mon nom ne puisse pas être associé à mes réponses, le formulaire de consentement signé sera séparé des réponses fournies à l'entrevue, aux questionnaires et au carnet d'auto-enregistrement. Les réponses à l'entrevue, le questionnaire et le carnet d'auto-enregistrement seront identifiés par un numéro choisi au hasard et seront gardés dans un classeur sous clé.

Il y a aucun risque à participer à cette étude. Le seul inconvénient est l'obligation d'accorder une période approximative de 45 minutes pour la rencontre initiale et quelques minutes par jour pour compléter le carnet d'auto-enregistrement quotidien. Un avantage que je retirerai sera d'assister, si je le désire, à une rencontre d'information qui me permettra de mieux comprendre le phénomène des inquiétudes à la fin des expérimentations. Je recevrai un montant de 10\$ pour couvrir les frais de stationnement et autres dépenses occasionnées par ma participation à cette étude.

Ma participation à l'étude se limite à la rencontre initiale et l'auto-enregistrement quotidien pour une durée de 2 semaines. Si, pour une raison ou pour une autre, je désire me retirer à un moment ou un autre de l'étude, je suis absolument libre de le faire sans que cela ne me cause préjudice. Par ailleurs, si l'expérimentateur au cours de l'entrevue initiale juge que la poursuite de l'étude pourrait m'être nuisible, il peut cesser l'expérimentation et me fournir les références adéquates si nécessaire.

Certains détails concernant l'étude pourront m'être communiqués si je le désire. Dans ce cas, je peux contacter Sylvie Beaudoin au 656-2131 poste 4762 à l'École de psychologie qui répondra à mes questions. Cette étude est sous la supervision de Robert Ladouceur, Ph.D.

Date: _____

Signature du participant: _____

Signature du responsable: _____

ANNEXE B

Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV

No sujet: _____ Entrevue par: _____ Date: _____

Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV (ADIS-IV)

Plan d'entrevue sur les troubles anxieux pour le DSM-IV (ADIS-IV)

TIMOTHY A. BROWN, Psy.D.
PETER A. Di NARDO, Ph.D.
and
DAVID H. BARLOW, Ph.D.

Phobia and Anxiety Disorders Clinic
Center for Stress and Anxiety Disorders
University at ALBANY
State University of NEW YORK

STATE UNIVERSITY of NEW YORK at ONEONTA

Copyright 1994, Graywind Publications
Interdiction de photocopier ou de distribuer sans la permission des auteurs.

Date d'impression : 11 février 1998

Introduction

Aujourd'hui vous allez participer à une entrevue structurée. Je devrai lire mot-à-mot des questions déjà formulées. Si ce n'est pas clair pour vous, je reprendrai la question dans d'autres mots.

TROUBLE ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE

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

*Constamment=grande majorité du temps.

OUI _____ NON _____

Si la réponse est NON passer au point 1b.

De quels types de choses vous inquiétez vous? _____

Passer au point 2a.

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

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

FRÉQUENCE : 0 1 2 3 4 5 6 7 8

Jamais inquiet/ Pas de tension	Rarement inquiet/ Tension légère	Parfois inquiet/ Tension moyenne	Souvent inquiet/ Tension sévère	Constamment inquiet/ Tension extrême
---	---	---	--	---

À quelle fréquence vous inquiétez-vous à propos de _____ ?

EXCÈS : 0 1 2 3 4 5 6 7 8

Pas du tout excessif	Légèrement excessif	Modérément excessif	Très excessif	Extrêmement excessif
----------------------------	------------------------	------------------------	------------------	-------------------------

Compte tenu de votre situation de vie, est-ce que cette inquiétude à propos de _____ est exagérée?

Si les choses vont bien, est-ce que vous vous inquiétez quand même à propos de _____ ?

CONTRÔLE : 0 1 2 3 4 5 6 7 8

Jamais/ Pas de Difficulté	Rarement/ Difficulté légère	Parfois/ Difficulté moyenne	Souvent/ Difficulté prononcée	Constamment Difficulté extrême
---------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------

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

Cette inquiétude à propos de _____ est-elle difficile à maîtriser, incontrôlable*, dans la mesure où, même en tentant de penser à autre chose, elle persiste?

*Incontrôlable: jusqu'à quel point êtes-vous capable de vous arrêter de vous inquiéter.

	Fréquence	Excès	Contrôle	Commentaires
a. Sujets mineurs (p.ex. : ponctualité, réparations)	_____	_____	_____	_____
b. Travail/Études	_____	_____	_____	_____
c. Famille	_____	_____	_____	_____
d. Situation financière	_____	_____	_____	_____
e. Relations sociales/ Interpersonnelles	_____	_____	_____	_____
f. Santé (personnelle)	_____	_____	_____	_____
g. Santé (des proches)	_____	_____	_____	_____
h. Situation dans la société/dans le monde	_____	_____	_____	_____
i. Autre	_____	_____	_____	_____

Sous-questionner s'il y a égalité dans les cotes de fréquence pour les thèmes les plus importants.

II. ÉPISODE ACTUEL

Principaux sujets d'inquiétude (Fréquence 4 ou plus) :

1. Au cours des 6 derniers mois, ces sujets ont-ils été une source d'inquiétude excessive plus d'un jour sur deux ? (3 mois sur les 6 derniers mois)

OUI _____ NON _____

2. Au cours d'une journée ordinaire du mois passé, combien de temps dans une journée diriez-vous que vous étiez inquiet(e)?

Sur le nombre d'heures que vous êtes éveillé (16 heures), combien d'heures êtes-vous inquiet dans une journée (au travail, à la maison, quand regarde la TV, etc.)?

_____ hre(s)

Je vais maintenant vous poser une série de questions à propos de symptômes physiques.
Il y a deux (2) questions sur chacun des symptômes.

3. Au cours des 6 derniers mois, jusqu'à quel point diriez-vous que le symptôme de/d' _____ était sévère quand vous étiez inquiet?

Le symptôme de/d' _____ a-t-il été présent la majorité des jours au cours des 6 derniers mois?

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

	<u>GRAVITÉ</u>	<u>LA MAJORITÉ DES JOURS</u>
a. agitation, fièvre, sensation d'être survolté ou à bout.	_____	O N
b. Facilement fatigué	_____	O N
c. Difficultés de concentration ou trous de mémoire	_____	O N
d. Irritabilité	_____	O N
e. Tension musculaire	_____	O N
f. Difficulté d'endormissement ou sommeil interrompu; sommeil agité ou peu reposant.	_____	O N

4. De quelle façon ces inquiétudes ont-elles interféré dans votre vie (vie de tous les jours, travail, activités sociales)?; Jusqu'à quel point ces inquiétudes vous ont-elles dérangé (malaise)?

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

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

5a. Est-ce que vos inquiétudes sont un problème pour vous?

OUI _____ NON _____

6a. Lorsqu'une inquiétude vous vient à l'esprit, qu'est-ce qui la déclenche habituellement ? (Poser des questions sur les facteurs qui déclenchent l'inquiétude, par exemple : les situations, les activités.)

b À quelle fréquence vos inquiétudes vous viennent-elle à l'esprit sans raison apparente?

_____ 0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____ 7 _____ 8 _____
 Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent/
 Toujours

7a. Ces inquiétudes vous amènent-elles à poser des gestes dans le but de vous rassurer ou de réduire votre niveau de tension/d'anxiété associée à l'inquiétude (Poser des questions sur les comportements adoptés en réponse à l'inquiétude; vérifications, mesures préventives, recherche d'une réassurance, distraction.)?

OUI _____ NON _____

Si la réponse est OUI, préciser : _____

Pour chaque comportement adopté en réponse aux inquiétudes :

b À quelle fréquence vos inquiétudes vous amènent-elles à adopter un comportement destiné à vous rassurer ou à réduire votre niveau de tension/d'anxiété?

Coter la fréquence : Comportement no 1 _____ : _____

Comportement no 2 _____ : _____

_____ 0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____ 7 _____ 8 _____
Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent/
Toujours

ANNEXE C

Questionnaire descriptif des inquiétudes

Reprendre avec la stratégie la plus fréquente.

8. Jusqu'à quel point considérez-vous que cette stratégie a été efficace:

a) pour réduire votre malaise? _____

b) pour chasser la pensée? _____

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Aucunement Efficace		Un peu Efficace		Moyennement Efficace		Très Efficace		Extrêmement Efficace

9a. Jusqu'à quel point vous arrive-t-il d'essayer de régler votre inquiétude en y réfléchissant?

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Jamais		Rarement		Parfois		Souvent		Très souvent/ Toujours

b. Jusqu'à quel point vous arrive-t-il d'essayer de chasser votre inquiétude? (ex.:me dire stop)

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Jamais		Rarement		Parfois		Souvent		Très souvent/ Toujours

c. Est-ce qu'il vous arrive de ne rien faire pour chasser vos inquiétudes?

OUI _____ NON _____

Si OUI, jusqu'à quel point vos inquiétudes partent-elles d'elles-mêmes (toutes seules)?

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Jamais		Rarement		Parfois		Souvent		Très souvent/Toujours

Utilité des inquiétudes

10. Jusqu'à quel point croyez-vous que le fait de vous inquiéter peut vous aider à résoudre vos problèmes?

_____ 0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____ 7 _____ 8 _____
 Aucunement Un peu Moyennement Beaucoup Extrêmement

Intolérance à l'incertitude

11. Jusqu'à quel point diriez-vous que le fait de vivre dans une situation incertaine vous affecte en vous rendant mal-à-l'aise, anxieux(se) et inquiet(e)?

_____ 0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____ 7 _____ 8 _____
 Aucunement Un peu Moyennement Beaucoup Extrêmement

Humeur

12. Quand vous vous inquiétez, jusqu'à quel point cela a un impact sur votre humeur?

_____ 0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____ 7 _____ 8 _____
 Aucun Impact Un peu d'Impact Impact Modéré Beaucoup d'Impact Extrêmement d'Impact

Si OUI, De quelles façons?

Présence/absence

- a) anxiété _____
- b) tristesse _____
- c) irritabilité _____

Déclencheurs

13. Est-ce qu'il y a un ou des moment(s) dans la journée où vous vous inquiétez davantage?

OUI _____ NON _____

Si la réponse est OUI, le ou lesquels (matin, dans temps libres, avant de m'endormir)?

Données socio-démographiques

Sexe: M_____ F_____

Âge: _____ ans

Date de naissance: _____ / _____ / _____

Scolarité

Veillez indiquer le niveau de scolarité le plus élevé

- a) le nombre d'années complétées à chaque niveau
- b) si le(s) diplôme(s) est/sont obtenu(s)

Primaire	_____ ans
Secondaire	_____ ans
Diplôme	_____
 Cégep	_____ ans
Diplôme	_____
 Autre	_____ ans
Diplôme	_____
 Université	_____ ans
1er cycle	_____
2ème cycle	_____
3ème cycle	_____
Diplôme	_____

Occupation

"Quelle est votre occupation actuelle?"

Actuelle: _____

Etat civil

"Quel est votre état civil ?"

<input type="checkbox"/>	Marié(e)	<input type="checkbox"/>	Séparé(e)
<input type="checkbox"/>	Célibataire	<input type="checkbox"/>	Divorcé(e)
<input type="checkbox"/>	Cohabitation	<input type="checkbox"/>	Veuf(ve)

Enfants

"Avez-vous des enfants?" Si oui, sous-question "âge".

Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
Âges: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

Habitation

"Pouvez-vous me dire avec qui vous habitez actuellement?"

Seul(e): <input type="checkbox"/>	Avec colocataire: <input type="checkbox"/>	Avec conjoint(e): <input type="checkbox"/>
Avec parent(s): <input type="checkbox"/>	Avec enfant(s): <input type="checkbox"/>	Autre: <input type="checkbox"/>

Revenu familial

"Quel est votre revenu familial annuel?"

<input type="checkbox"/>	moins de 15 000\$	<input type="checkbox"/>	45 000\$ à 54 999\$
<input type="checkbox"/>	15 000\$ à 24 999\$	<input type="checkbox"/>	55 000\$ à 64 999\$
<input type="checkbox"/>	25 000\$ à 34 999\$	<input type="checkbox"/>	65 000\$ à 74 999\$
<input type="checkbox"/>	35 000\$ à 44 999\$	<input type="checkbox"/>	75 000\$ et plus

Histoire de consultation

a. "Êtes-vous actuellement suivi par un psychologue ou un autre professionnel pour vos inquiétudes?"

OUI _____ NON _____

Qui _____ Quand _____

b. "Avez-vous déjà consulté un psychologue ou un autre professionnel pour vos inquiétudes?"

OUI _____ NON _____

Qui _____ Quand _____

c. "Êtes-vous actuellement suivi par un psychologue ou un autre professionnel pour d'autres difficultés émotionnelles ou psychologiques?"

OUI _____ NON _____

Qui _____ Quand _____

Quoi _____

d. "Avez-vous déjà consulté pour d'autres difficultés émotionnelles ou psychologiques?"

OUI _____ NON _____

Qui _____ Quand _____

Quoi _____

Diagnostic pour l'étude

TAG analogue _____

Non-TAG _____

Commentaires:

ANNEXE D

Questionnaires rétrospectifs
(QIPS, QII, IRPS)

QIPS

Questionnaire sur les Inquiétudes de Penn State

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	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.

Incertitude

Voici une série d'énoncés qui représentent comment les gens peuvent réagir à l'incertitude dans la vie. 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. ___ L'incertitude m'empêche de prendre position.
 2. ___ Être incertain(e) veut dire qu'on est une personne désorganisée.
 3. ___ L'incertitude rend la vie intolérable.
 4. ___ C'est injuste de ne pas avoir de garanties dans la vie.
 5. ___ Je ne peux pas avoir l'esprit tranquille tant que je ne sais pas ce qui va arriver le lendemain.
 6. ___ L'incertitude me rend mal à l'aise, anxieux(se) ou stressé(e).
 7. ___ Les imprévus me dérangent énormément.
 8. ___ Ça me frustre de ne pas avoir toute l'information dont j'ai besoin.
 9. ___ L'incertitude m'empêche de profiter pleinement de la vie.
 10. ___ On devrait tout prévenir pour éviter les surprises.
 11. ___ Un léger imprévu peut tout gâcher, même la meilleure des planifications.
 12. ___ Lorsque c'est le temps d'agir, l'incertitude me paralyse.
 13. ___ Être incertain(e) veut dire que je ne suis pas à la hauteur.
 14. ___ Lorsque je suis incertain(e), je ne peux pas aller de l'avant.
 15. ___ Lorsque je suis incertain(e), je ne peux pas bien fonctionner.
 16. ___ Contrairement à moi, les autres semblent toujours savoir où ils vont dans la vie .
 17. ___ L'incertitude me rend vulnérable, malheureux(se) ou triste.
 18. ___ Je veux toujours savoir ce que l'avenir me réserve.
 19. ___ Je deteste être pris(e) au dépourvu.
-

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

20. ____ Le moindre doute peut m'empêcher d'agir.
21. ____ Je devrais être capable de tout organiser à l'avance.
22. ____ Être incertain(e), ça veut dire que je manque de confiance.
23. ____ Je trouve injuste que d'autres personnes semblent certaines face à leur avenir.
24. ____ L'incertitude m'empêche de bien dormir.
25. ____ Je dois me retirer de toute situation incertaine.
26. ____ Les ambiguïtés de la vie me stressent.
27. ____ Je ne tolère pas d'être indécis(e) au sujet de mon avenir.

Inventaire de résolution de problèmes sociaux

Voici une série d'énoncés décrivant comment certaines personnes pourraient penser, se sentir et se comporter lorsqu'elles font face à des problèmes de la vie quotidienne. Il s'agit de problèmes importants qui pourraient avoir un effet significatif sur votre bien-être ou celui des gens que vous aimez. Par exemple, ces problèmes concernent la santé, une dispute avec un membre de votre famille, ou votre performance au travail ou à l'école. S.V.P. lisez attentivement chaque énoncé et choisissez un des chiffres ci-dessous afin d'indiquer à quel point l'énoncé est vrai pour vous. Tenez compte de votre façon habituelle de penser, de vous sentir et de vous comporter lorsque vous êtes aux prises avec des problèmes de la vie quotidienne ces jours-ci et inscrivez votre réponse sur la ligne (___) à côté du numéro de l'énoncé.

0	1	2	3	4
Pas du tout vrai dans mon cas	Un peu vrai dans mon cas	Modérément vrai dans mon cas	Très vrai dans mon cas	Extrêmement vrai dans mon cas

-
1. ___ Je passe trop de temps à m'inquiéter au sujet de mes problèmes au lieu d'essayer de les résoudre.
 2. ___ Je me sens menacé(e) et apeuré(e) lorsque j'ai un problème important à résoudre.
 3. ___ Lorsque je prends des décisions, je n'évalue pas assez soigneusement les différentes alternatives.
 4. ___ Lorsque j'ai une décision à prendre, je ne prends pas en considération l'effet probable de chaque alternative sur le bien-être des autres personnes.
 5. ___ Lorsque j'essaie de trouver une solution à un problème, je pense souvent à plusieurs solutions pour ensuite essayer de combiner certaines d'entre elles afin de trouver une meilleure solution.
 6. ___ Je me sens nerveux(se) et incertain(e) de moi lorsque j'ai une décision importante à prendre.
 7. ___ Lorsque mes premiers efforts pour résoudre un problème échouent, je pense que si je persiste et ne lâche pas trop facilement, je serai éventuellement capable de trouver une bonne solution.
 8. ___ Lorsque je tente de résoudre un problème, j'agis en fonction de la première idée qui me vient à l'esprit.
 9. ___ Chaque fois que j'ai un problème, je crois qu'il peut être résolu.
 10. ___ J'attends de voir si un problème se résoudra par lui-même avant d'essayer de le résoudre moi-même.
 11. ___ Lorsque j'ai un problème à résoudre, une des choses que je fais est d'analyser la situation et d'essayer d'identifier quels sont les obstacles qui m'empêchent d'obtenir ce que je veux.
 12. ___ Lorsque mes premiers efforts pour résoudre un problème échouent, je deviens très frustré(e).
 13. ___ Lorsque je suis en face d'un problème difficile, je doute que je serai capable de le résoudre par moi-même peu importe à quel point j'essaie.

	0	1	2	3	4
	Pas du tout vrai dans mon cas	Un peu vrai dans mon cas	Modérément vrai dans mon cas	Très vrai dans mon cas	Extrêmement vrai dans mon cas
14. ___	Lorsqu'un problème survient dans ma vie, je retarde aussi longtemps que possible mes efforts pour le résoudre.				
15. ___	Après avoir appliqué une solution à un problème, je <u>ne</u> prends <u>pas</u> le temps d'évaluer soigneusement tous les résultats.				
16. ___	Je fais un effort particulier pour éviter d'avoir à composer avec mes problèmes.				
17. ___	Les problèmes difficiles me contrarient beaucoup.				
18. ___	Lorsque j'ai à prendre une décision, j'essaie de prédire les conséquences positives et négatives de chaque option.				
19. ___	Lorsque des problèmes surviennent dans ma vie, j'aime m'occuper de ceux-ci aussitôt que possible.				
20. ___	Lorsque je tente de résoudre un problème, j'essaie d'être créatif(ve) et de penser à des solutions originales ou peu conventionnelles.				
21. ___	Lorsque je tente de résoudre un problème, je suis la première bonne idée qui me vient à l'esprit.				
22. ___	Lorsque je tente de penser à des solutions possibles à un problème, je <u>n'</u> arrive <u>pas</u> à générer plusieurs alternatives.				
23. ___	Je préfère éviter de penser à mes problèmes au lieu d'essayer de les résoudre.				
24. ___	Lorsque je prends des décisions, je tiens compte à la fois des conséquences immédiates et à long terme de chaque plan d'action possible.				
25. ___	Après avoir appliqué une solution à un problème, j'analyse ce qui a bien été et ce qui a mal été.				
26. ___	Après avoir appliqué une solution à un problème, j'examine mes sentiments et j'évalue à quel point ils ont changé en mieux.				
27. ___	Avant d'appliquer une solution à un problème, je pratique la solution afin d'augmenter mes chances de succès.				
28. ___	Lorsque je suis en face d'un problème difficile, je crois que je serai capable de le résoudre par moi-même si j'essaie suffisamment.				
29. ___	Lorsque j'ai un problème à résoudre, une des premières choses que je fais est d'aller chercher autant d'information que possible au sujet de ce problème.				
30. ___	Je retarde à résoudre les problèmes jusqu'à ce qu'il soit trop tard pour y faire quoi que ce soit.				
31. ___	Je passe plus de temps à éviter mes problèmes qu'à les résoudre.				

	0	1	2	3	4
	Pas du tout vrai dans mon cas	Un peu vrai dans mon cas	Modérément vrai dans mon cas	Très vrai dans mon cas	Extrêmement vrai dans mon cas
32. —	Lorsque je tente de résoudre un problème, je deviens si contrarié(e) que je ne peux pas penser clairement.				
33. —	Avant d'essayer de résoudre un problème, je me fixe un objectif spécifique qui précise exactement ce que je veux accomplir.				
34. —	Lorsque j'ai une décision à prendre, je <u>ne</u> prends <u>pas</u> le temps de considérer le pour et le contre de chaque solution.				
35. —	Lorsque le résultat de ma solution à un problème n'est pas satisfaisant, j'essaie d'établir ce qui a fait défaut pour ensuite essayer de le résoudre à nouveau .				
36. —	Je déteste avoir à résoudre les problèmes qui surviennent dans ma vie.				
37. —	Après avoir appliqué une solution à un problème, j'essaie d'évaluer aussi soigneusement que possible à quel point la situation s'est améliorée.				
38. —	Lorsque j'ai un problème, j'essaie de le voir comme un défi ou une occasion de tirer profit du fait d'avoir un problème.				
39. —	Lorsque je tente de résoudre un problème, je pense à autant de solutions que possible jusqu'à ce que je ne puisse plus générer d'autres idées.				
40. —	Lorsque j'ai une décision à prendre, j'évalue les conséquences de chaque solution afin de les comparer les unes aux autres.				
41. —	Je deviens déprimé(e) et figé(e) lorsque j'ai un problème important à résoudre.				
42. —	Lorsque je suis en face d'un problème difficile, je vais vers une autre personne afin qu'elle m'aide à le résoudre.				
43. —	Lorsque j'ai une décision à prendre, je tiens compte des effets probables de chaque possibilité d'action sur mes sentiments personnels.				
44. —	Lorsque j'ai un problème à résoudre, j'examine quelles circonstances externes dans mon environnement contribuent possiblement au problème.				
45. —	Lorsque je prends des décisions, j'ai tendance à suivre mon intuition sans trop penser aux conséquences de chaque alternative.				
46. —	Lorsque je prends des décisions, j'utilise une méthode systématique pour juger et comparer les alternatives.				
47. —	Lorsque je tente de trouver une solution à un problème, je garde toujours en tête quel est mon objectif.				
48. —	Lorsque je tente de trouver une solution à un problème, j'aborde ce problème sous autant d'angles que possible.				

0	1	2	3	4
Pas du tout vrai dans mon cas	Un peu vrai dans mon cas	Modérément vrai dans mon cas	Très vrai dans mon cas	Extrêmement vrai dans mon cas

49. ___ Lorsque j'ai de la difficulté à comprendre un problème, j'essaie d'obtenir de l'information plus spécifique et concrète à son sujet afin de m'aider à le clarifier.
50. ___ Lorsque mes premiers efforts pour résoudre un problème échouent, je deviens découragé(e) et déprimé(e).
51. ___ Lorsque la solution que j'ai appliquée ne résout pas mon problème de façon satisfaisante, je ne prends pas le temps d'examiner soigneusement pourquoi elle n'a pas fonctionné.
52. ___ Je suis trop impulsif(ve) lorsque vient le temps de prendre des décisions.

ANNEXE E

Carnet d'auto-enregistrement quotidien

Semaine du ____ au ____

Code: _____

Veillez répondre à
chacune des questions à la
fin de chaque journée.

Si vous ne vous êtes pas
inquiété(e) aujourd'hui
veuillez inscrire une "*" dans
l'espace appropriée
pour chacune des
questions.

Merci!

Semaine du ____ au ____

Code: _____

Veillez répondre à
chacune des questions à
la fin de chaque journée.

Si vous ne vous êtes pas
inquiété(e) aujourd'hui
veuillez inscrire une "*" dans
l'espace appropriée
pour chacune des
questions.

Merci!

Semaine du ____ au ____

Code: _____

Veillez répondre à
chacune des questions à la
fin de chaque journée.

Si vous ne vous êtes pas
inquiété(e) aujourd'hui
veuillez inscrire une "*" dans
l'espace appropriée
pour chacune des
questions.

Merci!

Semaine du ____ au ____

Code: _____

Veillez répondre à
chacune des questions à
la fin de chaque journée.

Si vous ne vous êtes pas
inquiété(e) aujourd'hui
veuillez inscrire une "*" dans
l'espace appropriée
pour chacune des
questions.

Merci!

1. Pendant combien de temps vous êtes vous inquiété(e) aujourd'hui?

Date							
Jour							
Heures /Min.							

Si vous ne vous êtes pas inquiété(e) aujourd'hui veuillez inscrire une "*"

1. Pendant combien de temps vous êtes vous inquiété(e) aujourd'hui?

Date							
Jour							
Heures /Min.							

Si vous ne vous êtes pas inquiété(e) aujourd'hui veuillez inscrire une "*"

1. Pendant combien de temps vous êtes vous inquiété(e) aujourd'hui?

Date							
Jour							
Heures /Min.							

Si vous ne vous êtes pas inquiété(e) aujourd'hui veuillez inscrire une "*"

1. Pendant combien de temps vous êtes vous inquiété(e) aujourd'hui?

Date							
Jour							
Heures /Min.							

Si vous ne vous êtes pas inquiété(e) aujourd'hui veuillez inscrire une "*"

2. Aujourd'hui, jusqu'à quel point considérez-vous que vos inquiétudes étaient excessives ou exagérées compte tenu de votre situation de vie?

0 1 2 3 4 5 6 7 8
 Aucunement Modérément Extrêmement
 excessives excessives excessives

Date								
Jour								
Cote								

Si vous ne vous êtes pas inquiété(e) aujourd'hui veuillez inscrire une "*"

2. Aujourd'hui, jusqu'à quel point considérez-vous que vos inquiétudes étaient excessives ou exagérées compte tenu de votre situation de vie?

0 1 2 3 4 5 6 7 8
 Aucunement Modérément Extrêmement
 excessives excessives excessives

Date								
Jour								
Cote								

Si vous ne vous êtes pas inquiété(e) aujourd'hui veuillez inscrire une "*"

2. Aujourd'hui, jusqu'à quel point considérez-vous que vos inquiétudes étaient excessives ou exagérées compte tenu de votre situation de vie?

0 1 2 3 4 5 6 7 8
 Aucunement Modérément Extrêmement
 excessives excessives excessives

Date								
Jour								
Cote								

Si vous ne vous êtes pas inquiété(e) aujourd'hui veuillez inscrire une "*"

2. Aujourd'hui, jusqu'à quel point considérez-vous que vos inquiétudes étaient excessives ou exagérées compte tenu de votre situation de vie?

0 1 2 3 4 5 6 7 8
 Aucunement Modérément Extrêmement
 excessives excessives excessives

Date								
Jour								
Cote								

Si vous ne vous êtes pas inquiété(e) aujourd'hui veuillez inscrire une "*"

3. Jusqu'à quel point avez-vous eu de la difficulté à contrôler vos inquiétudes aujourd'hui?

0 1 2 3 4 5 6 7 8
 Aucune difficulté à contrôler Difficulté moyenne à contrôler Énormément de difficulté à contrôler

Date								
Jour								
Cote								

Si vous ne vous êtes pas inquiété(e) aujourd'hui veuillez inscrire une "*"

3. Jusqu'à quel point avez-vous eu de la difficulté à contrôler vos inquiétudes aujourd'hui?

0 1 2 3 4 5 6 7 8
 Aucune difficulté à contrôler Difficulté moyenne à contrôler Énormément de difficulté à contrôler

Date								
Jour								
Cote								

Si vous ne vous êtes pas inquiété(e) aujourd'hui veuillez inscrire une "*"

3. Jusqu'à quel point avez-vous eu de la difficulté à contrôler vos inquiétudes aujourd'hui?

0 1 2 3 4 5 6 7 8
 Aucune difficulté à contrôler Difficulté moyenne à contrôler Énormément de difficulté à contrôler

Date								
Jour								
Cote								

Si vous ne vous êtes pas inquiété(e) aujourd'hui veuillez inscrire une "*"

3. Jusqu'à quel point avez-vous eu de la difficulté à contrôler vos inquiétudes aujourd'hui?

0 1 2 3 4 5 6 7 8
 Aucune difficulté à contrôler Difficulté moyenne à contrôler Énormément de difficulté à contrôler

Date								
Jour								
Cote								

Si vous ne vous êtes pas inquiété(e) aujourd'hui veuillez inscrire une "*"

4. Jusqu'à quel point vos inquiétudes vous ont-elles dérangé dans vos activités quotidiennes?

0 1 2 3 4 5 6 7 8
Aucunement Moyennement Extrêmement

Date								
Jour								
Cote								

Si vous ne vous êtes pas inquiété(e) aujourd'hui veuillez inscrire une "*"

4. Jusqu'à quel point vos inquiétudes vous ont-elles dérangé dans vos activités quotidiennes?

0 1 2 3 4 5 6 7 8
Aucunement Moyennement Extrêmement

Date								
Jour								
Cote								

Si vous ne vous êtes pas inquiété(e) aujourd'hui veuillez inscrire une "*"

4. Jusqu'à quel point vos inquiétudes vous ont-elles dérangé dans vos activités quotidiennes?

0 1 2 3 4 5 6 7 8
Aucunement Moyennement Extrêmement

Date								
Jour								
Cote								

Si vous ne vous êtes pas inquiété(e) aujourd'hui veuillez inscrire une "*"

4. Jusqu'à quel point vos inquiétudes vous ont-elles dérangé dans vos activités quotidiennes?

0 1 2 3 4 5 6 7 8
Aucunement Moyennement Extrêmement

Date								
Jour								
Cote								

Si vous ne vous êtes pas inquiété(e) aujourd'hui veuillez inscrire une "*"

5. Aujourd'hui, quand une inquiétude vous venait à l'esprit, jusqu'à quel point vous avez essayé de chasser la pensée en tentant de ne pas y penser?

5. Aujourd'hui, quand une inquiétude vous venait à l'esprit, jusqu'à quel point vous avez essayé de chasser la pensée en tentant de ne pas y penser?

0 1 2 3 4 5 6 7 8
Jamais Parfois Constamment

0 1 2 3 4 5 6 7 8
Jamais Parfois Constamment

Date								
Jour								
J'essaie de chasser la pensée								

Date								
Jour								
J'essaie de chasser la pensée								

Exemple : _____

Exemple: _____

5. Aujourd'hui, quand une inquiétude vous venait à l'esprit, jusqu'à quel point vous avez essayé de chasser la pensée en tentant de ne pas y penser?

5. Aujourd'hui, quand une inquiétude vous venait à l'esprit, jusqu'à quel point vous avez essayé de chasser la pensée en tentant de ne pas y penser?

0 1 2 3 4 5 6 7 8
Jamais Parfois Constamment

0 1 2 3 4 5 6 7 8
Jamais Parfois Constamment

Date								
Jour								
J'essaie de chasser la pensée								

Date								
Jour								
J'essaie de chasser la pensée								

Exemple:

Exemple:

6. Aujourd'hui, si une inquiétude vous venait à l'esprit, jusqu'à quel point avez vous essayé de la régler en y réfléchissant?

0 1 2 3 4 5 6 7 8
Jamais Parfois Constamment

Date								
Jour								
J'y réfléchis								

Exemple : _____

6. Aujourd'hui, si une inquiétude vous venait à l'esprit, jusqu'à quel point avez vous essayé de la régler en y réfléchissant?

0 1 2 3 4 5 6 7 8
Jamais Parfois Constamment

Date								
Jour								
J'y réfléchis								

Exemple: _____

6. Aujourd'hui, si une inquiétude vous venait à l'esprit, jusqu'à quel point avez vous essayé de la régler en y réfléchissant?

0 1 2 3 4 5 6 7 8
Jamais Parfois Constamment

Date								
Jour								
J'y réfléchis								

Exemple : _____

6. Aujourd'hui, si une inquiétude vous venait à l'esprit, jusqu'à quel point avez vous essayé de la régler en y réfléchissant?

0 1 2 3 4 5 6 7 8
Jamais Parfois Constamment

Date								
Jour								
J'y réfléchis								

Exemple: _____

7. Aujourd'hui, si une inquiétude vous venait à l'esprit, jusqu'à quel point vous arrivait-il de ne rien faire pour la contrôler?

0 1 2 3 4 5 6 7 8
Jamais Parfois Constamment

Date								
Jour								
Rien fait								

Exemple : _____

7. Aujourd'hui, si une inquiétude vous venait à l'esprit, jusqu'à quel point vous arrivait-il de ne rien faire pour la contrôler?

0 1 2 3 4 5 6 7 8
Jamais Parfois Constamment

Date								
Jour								
Rien fait								

Exemple: _____

7. Aujourd'hui, si une inquiétude vous venait à l'esprit, jusqu'à quel point vous arrivait-il de ne rien faire pour la contrôler?

0 1 2 3 4 5 6 7 8
Jamais Parfois Constamment

Date								
Jour								
Rien fait								

Exemple :

7. Aujourd'hui, si une inquiétude vous venait à l'esprit, jusqu'à quel point vous arrivait-il de ne rien faire pour la contrôler?

0 1 2 3 4 5 6 7 8
Jamais Parfois Constamment

Date								
Jour								
Rien fait								

Exemple: