

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

THÈSE PRÉSENTÉE À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR
MARIE-CHRISTINE HOUDE-CHARRON

LES FACTEURS IMPLIQUÉS DANS L'ANXIÉTÉ À L'ÉGARD DE
LA SANTÉ CHEZ L'ENFANT

MARS 2013

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE (Ph.D.)

PROGRAMME OFFERT PAR L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

LES FACTEURS IMPLIQUÉS DANS L'ANXIÉTÉ À L'ÉGARD DE
LA SANTÉ CHEZ L'ENFANT

PAR
MARIE-CHRISTINE HOUDE-CHARRON

Dr Frédéric Langlois, directeur de recherche Université du Québec à Trois-Rivières

Dr Marc Provost, président du jury Université du Québec à Trois-Rivières

Dre Karine Dubois-Comtois, évaluatrice Université du Québec à Trois-Rivières

Dre Marie-Claude Guay, évaluatrice externe Université du Québec à Montréal

Thèse soutenue le 11-01-13

Ce document est rédigé sous la forme d'articles scientifiques, tel qu'il est stipulé dans les règlements des études de cycles supérieurs (138) de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Les articles ont été rédigés selon les normes de publication de revues reconnues et approuvées par le Comité d'études de cycles supérieurs en psychologie. Le nom du directeur de recherche pourrait donc apparaître comme co-auteur de l'article soumis pour publication.

Sommaire

Malgré le fait que plusieurs études révèlent que certains enfants ont d'importantes peurs liées à la santé, pratiquement aucune ne s'est penchée sur le phénomène de l'anxiété à l'égard de la santé chez l'enfant. À ce jour, l'anxiété à l'égard de la santé et l'hypocondrie ont fait l'objet de nombreuses études auprès de la population adulte, mais son équivalent chez l'enfant est encore peu connu. Plusieurs questions relatives à ce phénomène demeurent donc en suspens. La présente étude vise l'exploration des relations existant entre l'anxiété à l'égard de la santé chez l'enfant et certaines variables cognitives et familiales reconnues comme étant associées au développement de l'anxiété. De façon plus spécifique, cette thèse vise à déterminer les variables sociodémographiques, les processus cognitifs et les comportements parentaux (perçus par l'enfant) qui sont associés à l'anxiété à l'égard de la santé chez l'enfant. Les différences entre les garçons et les filles au plan de l'anxiété à l'égard de la santé, des processus cognitifs et de la perception qu'ils ont des comportements de leurs parents seront également investiguées. Dans un premier temps, la thèse présente le cadre conceptuel et les connaissances actuelles sur l'anxiété à l'égard de la santé chez l'enfant. Le premier chapitre définit le concept d'anxiété à l'égard de la santé et aborde le débat actuel concernant sa classification nosologique. Les ressemblances et différences qui existent entre l'anxiété à l'égard de la santé et les troubles anxieux sont exposées et les conséquences d'une anxiété sévère à l'égard de la santé sont énoncées. Les différents facteurs pouvant être associés à l'anxiété à l'égard de la santé chez l'enfant sont également abordés (comportements parentaux, style d'attachement de l'enfant, inquiétude et développement

cognitif de l'enfant, source des peurs, acquisition de la compréhension du concept de maladie et processus cognitifs). Par la suite, deux articles empiriques sont présentés. Le premier article explore les liens existant entre l'anxiété à l'égard de la santé et certains comportements parentaux perçus par l'enfant. Les résultats démontrent que les comportements anxieux et de contrôle du père et de la mère perçus par les garçons et les filles prédisent l'anxiété à l'égard de la santé chez l'enfant. Les analyses démontrent aussi un effet modérateur du sexe dans lequel la perception de chaleur émotionnelle chez la mère et chez le père prédit une part significative d'anxiété à l'égard de la santé chez l'enfant, mais seulement dans le cas des garçons. De plus, la perception de rejet chez le père prédit une part significative d'anxiété à l'égard de la santé chez l'enfant, mais seulement dans le cas des filles. Il n'y a aucune relation significative entre l'auto-évaluation des comportements des parents et l'anxiété à l'égard de la santé de leur enfant. Le deuxième article se consacre à l'exploration des liens existant entre l'anxiété à l'égard de la santé chez l'enfant et certains processus cognitifs souvent présents chez les enfants anxieux ou les adultes hypocondriaques. D'abord, les résultats laissent croire qu'il existe peu de liens entre les variables sociodémographiques à l'étude et l'anxiété à l'égard de la santé chez l'enfant, sauf pour ce qui est du sexe de l'enfant. Au plan des processus cognitifs, il semble que la sensibilité à l'anxiété, l'évitement cognitif, l'intolérance à l'incertitude et l'attitude négative face aux problèmes soient significativement corrélés à l'anxiété à l'égard de la santé chez les garçons et chez les filles. Les analyses indiquent que la sensibilité à l'anxiété et l'intolérance à l'incertitude prédisent l'anxiété à l'égard de la santé chez les garçons et chez les filles. Finalement, la dernière section fait ressortir

les points saillants de cette recherche à travers une discussion et une conclusion prévues à cet effet.

Mots-clés : Anxiété à l'égard de la santé; Hypochondrie; Processus cognitifs; Comportements parentaux; Enfants.

Table des matières

Sommaire	iv
Liste des tableaux	xii
Remerciements	xiv
Introduction	1
Anxiété à l'égard de la santé et hypocondrie : une classification diagnostique controversée	3
Troubles anxieux et anxiété à l'égard de la santé	11
Au-delà des ressemblances : la distinction entre l'hypocondrie / l'anxiété à l'égard de la santé et les troubles anxieux	13
Conséquences de l'anxiété à l'égard de la santé	16
Les facteurs associés à l'anxiété à l'égard de la santé chez l'enfant	17
Rôle des comportements parentaux dans l'anxiété à l'égard de la santé	18
Anxiété à l'égard de la santé et style d'attachement	20
Inquiétude et développement cognitif de l'enfant	28
L'anticipation du futur	29
Le raisonnement abstrait et l'élaboration d'hypothèses	30
Source des peurs chez l'enfant	35
Acquisition de la compréhension du concept de maladie	37
Processus cognitifs impliqués dans l'anxiété générale et dans l'anxiété à l'égard de la santé chez l'enfant	43
L'amplification somato-sensorielle et l'interprétation erronée des symptômes	44
L'évitement cognitif	45
La sensibilité à l'anxiété	48

La recherche de réassurance	49
L'intolérance à l'incertitude	50
Présentation des deux articles	53
Chapitre 1. Les comportements parentaux associés à l'anxiété à l'égard de la santé chez l'enfant.....	55
Sommaire	57
Introduction.....	58
Trois grandes dimensions parentales	59
Études menées auprès des enfants	61
Méthode	63
Participants et déroulement.....	63
Instruments de mesure	65
Enfants.....	65
L'échelle d'attitudes à l'égard de la maladie chez l'enfant (CIAS-fr).....	65
Egna Minnen Beträffande Uppfostran for Children - Revised (EMBU-CR)	66
Parents.....	67
Questionnaire démographique et de santé de l'enfant	67
L'Inventaire d'Anxiété face à la Santé (IAS) - version courte	67
Egna Minnen Beträffande Uppfostran for Parents (EMBU-PR).....	68
Résultats	68
Analyses préliminaires de fiabilité.....	68
EMBU-CR	68
EMBU-PR.....	70

Analyses statistiques	70
Liens entre l'anxiété à l'égard de la santé, l'âge et le sexe des enfants	70
Analyse des différences de perception des comportements parentaux	71
Différences entre les garçons et les filles dans la perception des comportements de leurs parents	71
Différences de perception entre les parents et les enfants en ce qui a trait aux comportements parentaux	71
Analyses principales	72
Prédiction de l'anxiété à l'égard de la santé de l'enfant à partir de sa perception des comportements de ses parents	72
Analyse de l'interaction entre le sexe de l'enfant et les comportements parentaux	73
Relation entre les comportements parentaux perçus par les parents eux-mêmes et l'anxiété à l'égard de la santé chez l'enfant	75
Discussion	75
Références	86
Chapitre 2. Les processus cognitifs impliqués dans l'anxiété à l'égard de la santé chez l'enfant	105
Sommaire	107
Introduction	108
Processus cognitifs impliqués dans l'anxiété chez l'enfant	111
L'amplification somato-sensorielle	111
L'évitement cognitif	111
L'intolérance à l'incertitude	113
La sensibilité à l'anxiété	113
L'interprétation erronée des symptômes	115

L'attitude négative face aux problèmes	116
Objectif	117
Méthode	118
Participants et déroulement.....	118
Instruments de mesure	119
Mesure complétée par les parents.....	119
Questionnaire démographique et de santé de l'enfant	119
Mesures complétées par les enfants.....	119
L'échelle d'attitudes à l'égard de la maladie chez l'enfant (CIAS-fr).....	119
Child Anxiety Sensitivity Index (CASI).....	120
Questionnaire d'Interprétation des Symptômes - enfants (QIS-enfants)	121
L'échelle d'Amplification Somato-Sensorielle pour enfants (ASS-enfants)	122
Questionnaire des Cognitions reliées à l'Anxiété Généralisée (CAG)	122
Résultats	123
Analyses préliminaires de fiabilité.....	123
Analyses statistiques principales.....	123
Liens entre l'âge et l'anxiété à l'égard de la santé.....	123
Liens entre certaines variables sociodémographiques et l'anxiété à l'égard de la santé.....	123
Différences entre les garçons et les filles quant à l'anxiété à l'égard de la santé et aux processus cognitifs	124
Analyse de l'interaction entre le sexe de l'enfant et les processus cognitifs	125

Prédiction de l'anxiété à l'égard de la santé de l'enfant à partir des processus cognitifs	125
Discussion	127
Références	134
Discussion générale.....	148
Résumé de la première étude	150
Résumé de la deuxième étude	152
Retombées possibles des études présentées	153
Forces et limites des études présentées et recommandations pour les recherches futures	163
Conclusion	168
Références	171
Appendice A. Formulaire de consentement des participants	186
Appendice B. Cahier-questionnaires de l'enfant	190
Appendice C. Cahier-questionnaires du parent.....	206

Liste des tableaux

Liste des tableaux présentés dans le chapitre 1

Tableau

- 1 Coefficients de corrélation entre les quatre comportements parentaux perçus par l'enfant chez sa mère et son père 96
- 2 Comparaison de moyennes entre les garçons et les filles au CIAS 97
- 3 Comparaison de moyennes entre les garçons et les filles au EMBU-CR 98
- 4 Comparaison de moyennes entre les enfants (EMBU-CR) et leurs parents (EMBU-PR) en ce qui a trait à la perception des comportements parentaux 99
- 5 Coefficients de corrélation et de régression (méthode pas à pas) dans la prédiction de l'anxiété à l'égard de la santé chez les garçons et les filles (N = 234) et des trois sous-échelles évaluant les comportements de la mère par l'enfant 100
- 6 Coefficients de corrélation et de régression (méthode pas à pas) dans la prédiction de l'anxiété à l'égard de la santé chez les garçons et les filles (N = 223) et des trois sous-échelles évaluant les comportements du père par l'enfant 101
- 7 Test de l'effet d'interaction du sexe de l'enfant avec la chaleur émotionnelle de la mère (perçue par l'enfant) dans la prédiction de l'anxiété à l'égard de la santé de l'enfant 102
- 8 Test de l'effet d'interaction du sexe de l'enfant avec la chaleur émotionnelle du père (perçue par l'enfant) dans la prédiction de l'anxiété à l'égard de la santé de l'enfant 103
- 9 Test de l'effet d'interaction du sexe de l'enfant avec le rejet du père (perçu par l'enfant) dans la prédiction de l'anxiété à l'égard de la santé de l'enfant 104

Liste des tableaux présentés dans le chapitre 2

Tableau

1	Coefficients de cohérence interne des questionnaires complétés par les enfants.....	145
2	Comparaisons de moyennes entre les garçons et les filles sur les processus cognitifs étudiés.....	146
3	Coefficients de corrélation et de régression (méthode pas à pas) dans la prédiction de l'anxiété à l'égard de la santé chez les enfants (N = 240) à l'aide des variables de processus cognitifs présents chez l'enfant	147

Remerciements

Cette thèse n'aurait pu être réalisée sans la contribution de plusieurs personnes. D'abord et avant tout, je désire exprimer ma profonde reconnaissance à mon directeur de recherche, Docteur Frédéric Langlois, Ph. D., professeur au département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières, pour sa grande disponibilité, son souci du travail bien fait, son soutien, ses conseils, sa compétence scientifique, sa confiance et la liberté accordée tout au long de la rédaction de cet ouvrage. Vraiment, je n'aurais pu espérer tomber sur meilleur directeur. Merci pour tout.

Un grand merci à Docteur Patrick Gosselin, Ph.D., pour l'accès aux questionnaires et pour ses commentaires pertinents ayant permis de pousser plus loin la réflexion sur les aspects soulevés dans cette thèse. Merci à Docteure Karine Dubois-Comtois, Ph.D., et Docteur Marcos Balbinotti, Ph.D., pour leur aide précieuse relativement aux analyses statistiques. Merci à Martin Joly, d'abord pour toute l'aide apportée lors de l'entrée des données, mais aussi pour son sens de l'humour et son soutien au cours de certaines étapes du processus. Merci à France Bellemare et à Christiane Hamelin pour les aspects méthodologiques et la mise en page finale. Merci à mes collègues de travail qui, pour la plupart, sont passés par les mêmes étapes et ont été d'un soutien incroyable.

Finalement, je tiens à remercier chaleureusement ma famille, mes amis et mon amoureux, Alex. Merci d'avoir été là, du début à la fin. Je vous en serai toujours reconnaissante.

Introduction

L'anxiété à l'égard de la santé fait référence aux peurs et aux croyances liées à la santé. Ces peurs et croyances sont basées sur l'interprétation erronée d'un ou de plusieurs symptômes physiologiques comme étant les signes précurseurs d'une maladie grave et persistent malgré un examen médical approfondi et rassurant (Fritz, Fritsch & Hagino, 1997; Lucock & Morley, 1996; Wright & Asmundson, 2003). Il est normal pour une personne de vivre des formes mineures d'anxiété à l'égard de leur santé. Dans la plupart des cas, l'anxiété diminue à mesure que les symptômes s'atténuent ou après une réassurance appropriée lorsqu'une opinion médicale est requise (Wright & Asmundson, 2003). L'anxiété à l'égard de la santé n'est pas nécessairement due à une inquiétude exagérée : elle peut également revêtir une fonction adaptative en facilitant l'identification précoce des signes et symptômes associés à une maladie grave (Asmundson, Taylor, Sevgur, & Cox, 2001). Dans d'autres cas, l'anxiété est excessive et peut diminuer significativement le fonctionnement d'un individu. Les formes cliniques les plus fréquentes sont la phobie de la maladie (un type de phobie spécifique faisant partie de la grande catégorie des troubles anxieux) et l'hypocondrie (Wright & Asmundson, 2003).

Plusieurs auteurs se sont intéressés à l'anxiété à l'égard de la santé et à l'hypocondrie chez l'adulte. Toutefois, peu se sont penchés sur cette problématique chez l'enfant. Par

conséquent, peu de données sont disponibles sur ce sujet de même que sur son évolution (Asmundson, Taylor, Wright, & Cox, 2001). Le présent chapitre propose donc l'exploration du phénomène d'anxiété à l'égard de la santé chez l'enfant par le biais d'une revue de la documentation scientifique des facteurs qui pourraient être impliqués dans l'apparition et le maintien du trouble. Dans un premier temps, dans le but de clarifier la position de différents auteurs sur la question, le concept d'anxiété à l'égard de la santé sera défini et le débat actuel concernant sa classification nosologique sera abordé. Les ressemblances et différences qui existent entre l'anxiété à l'égard de la santé et les troubles anxieux sont exposées et les conséquences d'une anxiété sévère à l'égard de la santé sont énoncées. Ensuite, des facteurs d'influence actuellement considérés dans les écrits scientifiques seront abordés : 1) l'influence du style d'attachement et des comportements parentaux sur le développement de l'anxiété à l'égard de la santé; 2) l'impact du niveau de développement cognitif en relation avec l'apparition des premières peurs et inquiétudes; 3) la compréhension du concept de maladie; et 4) les processus cognitifs impliqués dans l'anxiété à l'égard de la santé chez l'enfant.

Anxiété à l'égard de la santé et hypocondrie : une classification diagnostique controversée

L'hypocondrie consiste en une préoccupation centrée sur la crainte ou sur l'idée d'être atteint d'une maladie grave, fondée sur l'interprétation erronée de symptômes physiques ou de manifestations du fonctionnement corporel. La crainte ne revêt pas d'intensité délirante, ne se limite pas à l'apparence extérieure et cause une détresse significative ou une interférence d'au moins six mois sur le fonctionnement social ou

occupationnel de la personne (American Psychiatric Association, 2003). L'hypocondrie est associée à une insatisfaction à l'égard des soins de santé, à la consultation de plusieurs médecins, à la détérioration des relations interpersonnelles et à des risques de complications iatrogènes causées par des procédures diagnostiques excessives ou répétées (Fritz et al., 1997).

Dans la quatrième édition du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, texte révisé (DSM-IV-TR)*, l'hypocondrie est classée dans la famille des troubles somatoformes. Or, il existe actuellement un débat important voulant que l'hypocondrie soit plutôt considérée comme un trouble anxieux, étant donné ses nombreuses caractéristiques communes aux autres troubles de cette famille, notamment au trouble d'anxiété généralisée (TAG), au trouble obsessionnel-compulsif (TOC), au trouble panique et à la phobie de la maladie (Barsky, 1992; Fallon, Klein, & Liebowitz., 1993; Langlois, Pelletier, Ladouceur, & Boucher, 2005; Langlois, Pelletier, Ladouceur, & Brassard Lapointe, 2005; Noyes, 1999; Salkovskis, 1991; Salkovskis, Rimes, Warwick, & Clark, 2002; Salkovskis & Warwick, 1989; Schmidt, 1994). À ce propos, Langlois et ses collaborateurs (2005) mentionnent que l'hypocondrie est caractérisée par des préoccupations morbides déplaisantes à propos de la santé, manifestations que l'on retrouve également dans le TAG. Un autre point commun entre ces deux troubles consiste en l'interprétation erronée des symptômes physiques. En effet, cette caractéristique n'est pas spécifique à l'hypocondrie : l'interprétation erronée des symptômes, très souvent catastrophique, peut déclencher des inquiétudes autant chez les

gens souffrant de TAG que chez ceux qui souffrent d'hypocondrie. De la même façon que dans l'hypocondrie, on retrouve dans le trouble panique une forte tendance à interpréter des sensations physiologiques de façon catastrophique. L'hypocondrie partage aussi certaines caractéristiques avec le TOC, soient la présence de comportements compulsifs : palpation du corps, vérification et recherche de réassurance dans la documentation médicale ou auprès des médecins et des proches (Langlois et al., 2005). L'énumération des nombreuses ressemblances existant entre l'hypocondrie et les troubles anxieux permet de mettre en relief l'important chevauchement qui existe entre ces troubles en ce qui a trait aux critères diagnostiques de chacun d'entre eux. Voilà pourquoi certains auteurs proposent de considérer l'hypocondrie comme une forme d'anxiété à l'égard de la santé (Langlois et al., 2005; Salkovskis, 1991; Salkovskis et al., 2002; Salkovskis & Warwick, 1989;).

De son côté, le comité de travail de l'American Psychiatric Association (APA), qui se penche actuellement sur le développement du nouveau DSM, a proposé de créer le diagnostic « anxiété à l'égard de la maladie » (*illness anxiety disorder*), distinct de l'hypocondrie, pour la cinquième édition qui paraîtra prochainement. Ce nouveau diagnostic ferait partie d'une nouvelle catégorie de troubles appelée « troubles symptômes somatiques » (*somatic symptom disorders*), qui correspondrait aux catégories DSM-IV troubles somatoformes, troubles factices et facteurs psychologiques influençant une affection médicale. Cette nouvelle catégorie serait composée de huit

diagnostics distincts¹ dont l'un d'entre eux porterait le nom de « trouble de symptômes somatiques complexes » (*complex somatic symptom disorder*) et inclurait, entre autres, le diagnostic DSM-IV d'hypocondrie. Le « trouble de symptômes somatiques complexes » mettrait l'accent sur la prédominance de symptômes somatiques présentés par le patient (selon l'APA, 75 % des personnes présentant un diagnostic d'hypocondrie, d'après les critères du DSM-IV, répondraient aux critères de ce trouble), tandis que l'« anxiété à l'égard de la maladie » serait plutôt caractérisée par une anxiété importante liée à la possibilité d'être malade, avec peu ou pas de symptômes somatiques associés (APA, 2011). Pour correspondre au diagnostic d'anxiété à l'égard de la maladie, la personne devrait répondre aux six critères suivants : A) il doit y avoir absence de symptômes somatiques, ou s'il y en a, ils doivent être de faible intensité; B) la personne doit être préoccupée à l'idée d'avoir ou de développer une maladie grave. S'il y a présence d'une condition médicale générale ou s'il existe un risque élevé d'en développer une, les préoccupations doivent être clairement excessives ou disproportionnées. La préoccupation n'est pas centrée sur une quelconque détresse physique, mais plutôt sur la suspicion d'un diagnostic médical sous-jacent; C) il doit y avoir présence d'un niveau élevé d'anxiété à l'égard de la santé ou en lien avec l'idée d'avoir ou de développer une maladie grave. Ces individus ont un faible seuil pour se considérer malade et un faible

¹ La nouvelle catégorie « troubles de symptômes somatiques » comprendrait : 1) les facteurs psychologiques influençant une affection médicale; 2) le trouble de symptômes somatiques complexes (incluant les diagnostics DSM-IV trouble somatisation, hypocondrie, trouble somatoforme indifférencié et trouble douloureux); 3) les troubles de symptômes somatiques simples ou abrégés (par exemple, la douleur); 4) l'anxiété à l'égard de la maladie (hypocondrie sans symptômes somatiques); 5) le trouble neurologique fonctionnel (l'équivalent du trouble de conversion dans le DSM-IV); 6) le trouble factice; 7) le pseudocyesis; et 8) le trouble : peur d'une dysmorphie corporelle.

seuil pour devenir alarmé à propos de leur santé; D) la personne exécute certains comportements excessifs (par exemple, vérifie son corps à la recherche d'indices témoignant de la présence d'une maladie, recherche de l'information et de la réassurance de façon répétée sur Internet ou via d'autres sources) ou présente des comportements d'évitement inappropriés (évite de se présenter à ses rendez-vous médicaux ou d'aller dans des hôpitaux, évite de rendre visite à des proches qui sont malades, évite les déclencheurs des peurs face à la maladie tels l'exercice physique); E) même s'il n'est pas nécessaire que la préoccupation soit présente continuellement, l'état de préoccupation est chronique (au moins six mois); et F) la préoccupation face à la maladie n'est pas mieux expliquée par un autre trouble mental, tels un trouble de symptômes somatiques complexes, un trouble panique, un TAG ou un TOC (APA, 2011).

L'idée de distinguer l'hypocondrie de l'anxiété à l'égard de la maladie dans le DSM-5 est intéressante puisqu'elle contribuera à aider les cliniciens à mieux catégoriser ces deux manifestations qui, auparavant, étaient considérées comme une même entité clinique. Par contre, il est étonnant que le comité de travail de l'APA n'ait pas décidé d'intégrer l'anxiété à l'égard de la maladie dans la catégorie des troubles anxieux, comme le proposait la plupart des chercheurs intéressés par l'hypocondrie adulte (Langlois et al., 2005; Salkovskis, 1991; Salkovskis, Rimes, Warwick, & Clark, 2002; Salkovskis & Warwick, 1989).

Les études menées auprès des jeunes montrent qu'à peu près aucun enfant ne correspond aux critères DSM-IV de l'hypocondrie. En effet, une des seules études à grande échelle ($N = 1035$) ayant examiné en détail la prévalence et la comorbidité des troubles somatoformes auprès de jeunes (élèves allemands âgés de 12 à 17 ans) a montré qu'aucun des participants de l'étude ne répondait aux critères de l'hypocondrie (Essau, Conradt, & Petermann, 1999). Dans l'étude de Lieb, Pfister, Mastaler et Wittchen (2000) menée auprès de 3021 jeunes allemands âgés entre 14 et 24 ans, un seul sujet rencontrait les critères DSM-IV de l'hypocondrie. Dans leur revue des écrits portant sur les troubles somatoformes chez les jeunes, Fritz et ses collaborateurs (1997) soulignent qu'il n'existe pratiquement aucune donnée dans les écrits scientifiques concernant l'existence de l'hypocondrie chez les enfants et les adolescents. Avec l'avènement du nouveau diagnostic DSM-5 d'anxiété à l'égard de la maladie, il sera intéressant de déterminer si le phénomène sera davantage représenté chez les enfants.

Malgré la quasi absence de données relatives à l'hypocondrie chez les enfants, plusieurs études montrent clairement l'existence de préoccupations en lien avec la santé et la maladie chez les jeunes. Par exemple, une recherche menée en 1940 par Pintner et Lev auprès de 270 garçons et 270 filles de cinquième et de sixième année de la ville de New York a montré que 22 % des garçons et 27 % des filles avaient souvent peur de tomber malade, tandis que 50 % des garçons et 48 % des filles s'en inquiétaient parfois. La crainte de tomber malade était la 10^e crainte en importance chez les garçons et la 4,5^e plus grande crainte chez les filles. Au total, les inquiétudes liées à la santé étaient

présentes chez 64 % des garçons et chez 66 % des filles (Pintner & Lev, 1940). Une étude de Muris, Merckelbach, Meesters et van den Brand (2002) menée auprès de 248 enfants de la population générale âgés entre 3 et 14 ans indique que les inquiétudes les plus fréquentes concernent la mort (6 %), les blessures physiques (5,6 %) et les performances scolaires (5,6 %). La peur de tomber malade était rapportée par 2,4 % des enfants de l'échantillon (Muris et al., 2002). Une étude de Muris, Merckelbach, Gadet et Moulaert (2000) menée auprès de 190 enfants âgés entre 4 et 12 ans révèle que les inquiétudes les plus intenses chez les enfants âgés entre 4 et 6 ans concernent d'abord le fait d'être séparé des parents, de mourir ou que certaines personnes meurent. Le fait d'être blessé ou que d'autres soient blessés vient en deuxième position. Chez les 7 à 9 ans, les craintes les plus intenses concernent d'abord les blessures corporelles (à soi ou aux autres), la mort (la sienne ou celle des autres), suivie de la performance aux examens. Les craintes des 10 à 12 ans sont semblables, si ce n'est qu'elles ne sont pas dans le même ordre : la performance aux examens vient au premier rang, la mort en deuxième et les blessures corporelles en troisième (Muris et al., 2000). Une étude de Muris, Merckelbach, Mayer et Prins (2000) menée auprès de 290 enfants âgés entre 8 et 13 ans révèle que 7,6 % des enfants rapportent que leur peur la plus intense concerne le fait de contracter une maladie grave, tandis que 43,1 % de tout l'échantillon rapporte avoir très peur de contracter une maladie grave, sans pour autant que cette peur soit leur plus importante (Muris et al., 2000).

En ce qui a trait aux adolescents, Eminson, Benjamin, Shortall, Woods et Faragher (1996) ont examiné la prévalence à vie de symptômes physiques de même que les attitudes liées à la maladie auprès de 805 élèves âgés entre 11 et 16 ans. Les élèves ont complété le Somatic Symptom Checklist (SSCL; Eminson et al., 1996) de même qu'une version modifiée du Illness Attitude Scales (IAS; Kellner, 1987). Les participants ayant identifié un nombre élevé de symptômes au SSCL ont obtenu un résultat significativement supérieur à ceux qui en ont identifié peu et ce, sur sept sous-échelles du IAS, indiquant une plus grande détresse à l'égard de la maladie. Par contre, l'étude de Eminson et de ses collaborateurs (1996) a utilisé les sous-échelles du IAS dont la validité factorielle s'est avérée pauvre, selon certaines études (Cox, Borger, Asmundson, & Taylor, 2000; Ferguson & Daniel, 1995; Hadjistavropoulos & Asmundson, 1998; Hadjistavropoulos, Frombach, & Asmundson, 1999; Stewart & Watt, 2000). Même si les résultats de cette étude ne sont pas totalement généralisables étant donné le manque de validité factorielle, ils suggèrent que certains adolescents vivent une anxiété significative à l'égard de la santé. Tous ces résultats d'études montrent donc que des craintes spécifiquement liées à la santé sont présentes chez les jeunes et ce, même si ces derniers ne répondent pas aux critères diagnostiques de l'hypocondrie.

Compte tenu : 1) des ressemblances marquées entre l'hypocondrie et les troubles anxieux chez l'adulte, notamment au plan des processus cognitifs; 2) de la création du diagnostic DSM-5 d'anxiété à l'égard de la maladie, distinct de l'hypocondrie; et 3) de la quasi absence de jeunes répondant aux critères DSM-IV d'hypocondrie dans les études,

malgré les éléments de preuve qui montrent que les craintes en lien avec la maladie sont fréquentes dans cette population, l'utilisation de l'expression « anxiété à l'égard de la santé » sera, dès lors, privilégiée dans cet ouvrage.

Troubles anxieux et anxiété à l'égard de la santé

Les troubles anxieux sont les troubles psychiatriques qui affectent le plus souvent les enfants et les adolescents. Le DSM-IV-TR (APA, 2003) présente 12 troubles impliquant des manifestations anxieuses pouvant affecter les jeunes : le trouble d'anxiété de séparation, la phobie sociale, la phobie spécifique, le TAG, le TOC, le trouble panique (avec ou sans agoraphobie), l'état de stress post-traumatique (ÉSPT), l'état de stress aigu, l'agoraphobie (avec ou sans panique), le trouble de l'adaptation avec anxiété, le trouble de l'adaptation avec à la fois anxiété et humeur dépressive et le trouble anxieux dû à une affection médicale générale. Des études épidémiologiques menées à grande échelle aux États-Unis, au Canada, en Nouvelle-Zélande et à Puerto Rico indiquent qu'approximativement 10 % à 20 % des enfants et adolescents développeront un trouble anxieux à un moment ou à un autre de leur vie (voir la revue des écrits effectuée par Costello, Angold, Burns, Stangl, Tweed, Erkanli et collaborateurs, 1996). Les troubles anxieux sont présents dans tous les groupes d'âge et dans tous les groupes socioéconomiques et ethniques. Certaines études indiquent que les filles et les garçons en sont également affectés, mais plusieurs indices suggèrent une plus grande prévalence de troubles anxieux chez les filles que chez les garçons, de même qu'une plus grande

prévalence chez les adolescents que chez les enfants (Bowen, Offord, & Boyle, 1990; Vasa & Pine, 2006).

Selon Anderson, Williams, McGee et Silva (1987) et Benjamin, Costello et Warren (1990), 3 % à 4 % des enfants âgés entre 7 et 11 ans répondent aux critères du trouble d'anxiété de séparation (cité dans Vasa & Pine, 2006). Le TAG, pour sa part, surviendrait chez moins de 5 % des enfants (Anderson et al., 1987; Benjamin et al., 1990), variant de 0,8 % sur une période de six mois (Breton, Bergeron, Valla, Berthiaume, Gaudet, Lambert, et al., 1997, 1999) à 3,7 % au cours de la vie (Whitaker, Johnson, Shaffer, Rapoport, Kalikow, Walsh, et al., 1990). Les taux de phobie sociale sont plus variables à travers les études, variant de 2 % à 7 % (Anderson et al., 1987; Fergusson, Horwood, & Lynskey, 1993; Verhulst, van der Ende, Ferdinand, & Kasius, 1997). Le TOC serait présent chez 1 % à 3 % des enfants (Hollingsworth, Tanquay, Grossman, & Pabst, 1980; Valleni-Basile et al., 1994). La prévalence de l'ÉSPT varierait de façon marquée à travers les études et en fonction de multiples facteurs tels que la nature du traumatisme, le moment de l'évaluation et les critères diagnostiques utilisés (Vasa & Pine, 2006). Par exemple, l'étude de March, Amaya-Jackson, Terry et Costanzo (1997) révèle la présence d'un ÉSPT chez 12 % des enfants ayant été exposés à un incendie industriel. L'étude de Pynoos, Goenjian et Steinberg (1995), pour sa part, révèle la présence d'un ÉSPT chez 70 % des enfants suite au tremblement de terre de 1988 en Arménie (Vasa & Pine, 2006). Le trouble panique et l'agoraphobie sont rares chez les enfants, et seules des

études de cas ont été effectuées. Même chez les adolescents, moins de 1 % d'entre eux seraient atteints d'un ou l'autre de ces troubles (Vasa & Pine, 2006).

La préoccupation pour la santé et la maladie est présente dans certains des troubles anxieux cités précédemment. Dans le trouble panique, par exemple, il est fréquent qu'une personne craigne de faire une crise cardiaque pendant une attaque de panique. Dans le TOC et le TAG, on retrouve fréquemment des obsessions ou des inquiétudes récurrentes relatives à la maladie. Il en est de même pour les personnes ayant une phobie de la maladie. Chez ces personnes, la crainte est souvent relative à une maladie spécifique comme le cancer ou le SIDA, par exemple. Parmi les prévalences de troubles anxieux citées précédemment, il est toutefois impossible de connaître la proportion de gens touchés par ces troubles qui ont des préoccupations à l'égard de leur santé.

Au-delà des ressemblances : la distinction entre l'hypocondrie / l'anxiété à l'égard de la santé et les troubles anxieux

Peu d'études se sont consacrées à différencier l'hypocondrie de la phobie de la maladie (Noyes, 1999; Noyes, Carney, & Langbehn, 2004). Selon Noyes et ses collaborateurs (2004), la phobie de la maladie pourrait se définir comme la crainte irréaliste de contracter ou d'être exposé à une maladie qui n'est pas présente, tandis que l'hypocondrie référerait plutôt à la crainte d'avoir une maladie que le patient croit déjà présente. La phobie de la maladie est relativement commune dans la population générale, avec une prévalence de 3 % à 4 % (Agras, Sylvester, & Oliveau, 1969; Malis, Hartz, Doebbeling, & Noyes, 2002); malgré tout, peu d'études en font l'objet. Noyes et

ses collaborateurs (2004) résument, dans leur étude, les principales différences entre les deux troubles. Concernant l'objet de la peur, le phobique aurait peur de développer une maladie spécifique, tandis que l'hypocondriaque serait convaincu d'avoir une maladie qui elle, est non-spécifique. Le phobique répondrait à une menace immédiate par de la peur ou de la panique, tandis que l'hypocondriaque s'inquiéterait plutôt des conséquences possibles à long terme d'une telle maladie. Pour ce qui est des symptômes somatiques, ceux-ci seraient absents ou perçus comme les signes d'une maladie spécifique chez le phobique, tandis qu'ils seraient plutôt multiples et diffus chez l'hypocondriaque. Chez le phobique, des symptômes anxieux, phobiques et obsessionnels-compulsifs seraient couramment associés, tandis que chez l'hypocondriaque, ce serait surtout des symptômes dépressifs et somatiques. Les manifestations comportementales du phobique seraient de l'ordre de l'évitement des stimuli internes et externes associés à la maladie, tandis qu'elles seraient plutôt de l'ordre d'une recherche de réassurance et de comportements de vérification persistants chez l'hypocondriaque (Noyes et al., 2004). Langlois et ses collaborateurs (2005) nuancent ce point en mentionnant que ces deux processus cognitifs sont présents dans les deux troubles. La différence résiderait dans le fait que l'évitement prendrait beaucoup plus de place dans la phobie, alors que la recherche de réassurance serait à l'avant-plan dans l'hypocondrie (Langlois et al., 2005). Au plan de l'insight, le phobique reconnaîtrait sa peur comme étant irraisonnée, tandis que l'hypocondriaque surévaluerait davantage sa croyance et manquerait d'insight. Finalement, le trouble apparaîtrait plus tôt chez le phobique que chez l'hypocondriaque (Noyes et al., 2004). Il faut toutefois

garder en tête que dans la pratique, les deux troubles se présentent rarement de façon aussi exclusive que ne le présentent les auteurs.

Certaines différences existent également entre l'hypocondrie et d'autres troubles anxieux. D'abord, l'hypocondrie se distingue du TAG par l'étendue des thèmes d'inquiétudes. En effet, dans le TAG, l'inquiétude concerne plusieurs thèmes (famille, argent, santé, etc.), tandis que dans l'hypocondrie, il n'y a qu'un seul thème d'inquiétude : la maladie. L'hypocondrie se distingue du TOC par le fait que l'individu souffrant d'hypocondrie ne tente pas de résister à ses intrusions à l'égard de la santé ou de la maladie, contrairement aux gens souffrant de TOC qui ont plutôt tendance à essayer de résister à leurs obsessions, considérant celles-ci comme inacceptables et comme preuves de leur anormalité (Langlois et al., 2005). Certaines différences existent entre le trouble panique et l'hypocondrie : l'une d'elles concerne le temps d'arrivée de la catastrophe (Salkovskis & Clark, 1993). En effet, la personne qui souffre d'hypocondrie interprète des sensations physiologiques internes comme le signe d'un danger physique, mais la conséquence (la maladie) n'est pas aussi imminente que dans le cas de la panique. Une autre différence entre ces deux troubles concerne le type de symptômes somatiques impliqués. Dans le trouble panique, un symptôme à lui seul peut déclencher une chaîne de réactions physiologiques (Langlois et al., 2005). Même si ces éléments de distinction sont tirés d'études portant sur la population adulte, il semble raisonnable de croire que les mêmes éléments contribuent aussi au diagnostic différentiel de ces différents troubles chez l'enfant et l'adolescent.

Conséquences de l'anxiété à l'égard de la santé

L'anxiété à l'égard de la santé peut être très invalidante. Selon Noyes, Kathol, Fisher et Phillips (1993), il semblerait que les adultes anxieux à l'égard de leur santé soient moins susceptibles d'obtenir un emploi en dehors de la maison et aient de plus grandes limites physiques. L'absentéisme au travail est plus fréquent chez ces personnes. De plus, les études montrent que les personnes souffrant d'anxiété sévère à l'égard de la santé utilisent davantage les services de soins de santé (plus de visites médicales à l'urgence et plus d'hospitalisations) (Barsky, Ettner, Horsky, & Bates, 2001) : les coûts sociaux de cette problématique sont donc importants. D'un point de vue plus personnel, l'anxiété à l'égard de la santé peut provoquer diverses sensations physiques désagréables, notamment des douleurs musculaires, des difficultés gastro-intestinales et des plaintes cardio-respiratoires (Barsky & Klerman, 1983). Selon Kahana et Feeny (2005), les conséquences potentielles d'une anxiété sévère à l'égard de la santé chez un enfant sont importantes : en effet, lorsque le niveau d'anxiété est élevé, il peut affecter tant le fonctionnement scolaire, social que familial de l'enfant. Par exemple, l'enfant peut refuser d'aller à l'école ou de participer aux activités sociales par peur d'y être malade ou de vomir. La détresse psychologique importante vécue par l'enfant anxieux est non-négligeable. Finalement, il est raisonnable de croire qu'une anxiété sévère à l'égard de la santé qui ne serait pas traitée dans l'enfance puisse s'aggraver avec le temps et cristalliser à l'âge adulte.

Les facteurs associés à l'anxiété à l'égard de la santé chez l'enfant

L'anxiété à l'égard de la santé chez les enfants est un phénomène qui a été, jusqu'à maintenant, bien peu documenté. D'ailleurs, sa prévalence demeure, à ce jour, inconnue (Campo & Reich, 1999; Kahana & Feeny, 2005). Chez l'adulte, toutefois, l'anxiété à l'égard de la santé et l'hypocondrie ont retenu l'attention d'un grand nombre de chercheurs qui ont su identifier certains facteurs d'influence sur la problématique. Parmi ces facteurs, relevons, entre autres, l'influence de certains processus cognitifs (Langlois et al., 2005; Warwick & Salkovskis, 1990), du style d'attachement (Wearden, Perryman, & Ward, 2006), de l'affectivité négative (Wearden, Perryman, & Ward, 2006), des facteurs biologiques (comme la tendance à expérimenter plus de fluctuations dans le corps que la moyenne des gens) et des expériences passées (historique de maladie chez soi ou dans la famille) (Warwick & Salkovskis, 1990). D'autres facteurs, non étudiés chez l'adulte, semblent toutefois pertinents pour comprendre le phénomène d'anxiété à l'égard de la santé chez l'enfant, notamment l'influence des comportements parentaux, le niveau de développement cognitif de l'enfant en lien avec l'apparition des premières peurs et inquiétudes et l'acquisition de la compréhension du concept de maladie. Cette section présente donc divers facteurs potentiellement impliqués dans l'anxiété à l'égard de la santé chez l'enfant, en s'inspirant des facteurs relevés dans les écrits adultes et en ajoutant les facteurs impliqués dans le développement de l'anxiété générale ou de certains troubles anxieux chez l'enfant. Dans un premier temps, les écrits portant sur les comportements parentaux et le style d'attachement de l'enfant seront présentés. Par la suite, le niveau de développement cognitif de l'enfant en lien avec l'apparition des

premières peurs et inquiétudes et l'acquisition de la compréhension du concept de maladie sera abordé. Finalement, les processus cognitifs qui pourraient être présents chez l'enfant anxieux à l'égard de sa santé seront survolés.

Rôle des comportements parentaux dans l'anxiété à l'égard de la santé

Depuis les dernières années, le rôle que les parents jouent dans le développement et le maintien de symptômes anxieux chez leurs enfants a fait l'objet de nombreuses études (Cobham, Dadds, & Spence, 1999; Siqueland, Kendall, & Steinberg, 1996). En effet, les comportements parentaux joueraient un rôle déterminant dans le développement de l'anxiété chez l'enfant (Rapee, 1997). Depuis les années '90, les études qui se sont intéressées à la relation entre le style parental ou les comportements parentaux et l'anxiété chez l'enfant ont mené à la proposition de trois dimensions parentales distinctes : 1) la chaleur émotionnelle versus le rejet; 2) le contrôle ou la surprotection versus la valorisation de l'autonomie; et 3) le modeling des comportements anxieux.

La *chaleur émotionnelle*, ou acceptation, réfère à une approche parentale générale caractérisée par une réceptivité et une chaleur interactionnelle (incluant l'acceptation des sentiments et des comportements de l'enfant, l'écoute active, etc.), de même que par une implication émotionnelle et comportementale dans la vie et les activités de l'enfant. Van der Bruggen, Stams, Bögels et Paulussen-Hoogeboom (2010) suggèrent de placer la chaleur émotionnelle au bout d'un continuum décrivant le soutien donné à l'enfant par le parent. À l'autre extrémité du continuum du soutien parental se trouverait l'antithèse de

la chaleur émotionnelle : le *rejet* (ou la critique). Selon Rohner et Rohner (1980), le rejet parental peut se manifester de trois manières distinctes : 1) par un manque de chaleur émotionnelle et d'affection de la part du parent à l'égard de son enfant; 2) par des comportements hostiles et agressifs; ou 3) par de l'indifférence ou de la négligence. Les études montrent que, comparativement aux enfants qui se sentent acceptés par leurs parents, les enfants qui se sentent rejetés montrent de plus hauts niveaux d'hostilité et d'agressivité, de dépendance, d'instabilité émotionnelle, de même qu'une plus faible estime de soi (Barnow, Lucht, & Freyberger, 2005; Palmer & Hollin, 2000; Rohner & Britner, 2002; Russ, Heim, & Westen, 2003). D'un autre côté, des parents qui sont chaleureux (qui favorisent l'écoute plutôt que la critique ou la minimisation des sentiments) à l'égard de leur enfant lorsqu'il exprime des émotions négatives aideraient à promouvoir une bonne régulation des émotions chez celui-ci en lui permettant d'apprendre, par essais et erreurs, à les tolérer (Gottman, Katz, & Hooven, 1997), ce qui réduirait sa sensibilité à l'anxiété.

Le *contrôle excessif*, ou surprotection, réfère plutôt à une régulation excessive des activités et de la routine de l'enfant, à une prise de décision parentale autocratique, à de la surprotection ou au fait de dire à l'enfant comment penser ou comment se sentir (Barber, 1996; Steinberg, Elmer, & Mounts, 1989). Ces différentes manifestations du contrôle parental impliquent toutes l'encouragement de la dépendance aux parents, ce qui, hypothétiquement, affecte chez l'enfant sa perception qu'il peut maîtriser son environnement. Un tel manque de maîtrise contribuerait à un niveau élevé d'anxiété de

trait en créant chez l'enfant un biais cognitif caractérisé par une perception des événements comme étant hors de son contrôle (Chorpita & Barlow, 1998). Le fait de favoriser l'autonomie chez l'enfant est considéré comme l'antithèse d'un contrôle parental excessif (Mattanah, 2001).

La dernière dimension, le *modeling des comportements anxieux*, a été moins étudiée que les deux autres. Elle réfère au fait de montrer à l'enfant que les problèmes sont dangereux et impossibles à résoudre, de l'encourager à recourir à des stratégies d'évitement et à voir les problèmes de façon catastrophique et de punir ses stratégies de coping ou de résolution de problèmes (Capps & Ochs, 1995; Whaley, Pinto, & Sigman, 1999). Les enfants de parents qui favorisent fréquemment le modeling de comportements anxieux pourraient en venir à croire qu'il n'y a aucune façon de résoudre des problèmes efficacement et ne seraient pas enclins à développer de bonnes stratégies de gestion de l'anxiété (Whaley et al., 1999).

Aucune étude ne s'est encore penchée sur les comportements des parents ayant un enfant qui souffre d'anxiété à l'égard de la santé.

Anxiété à l'égard de la santé et style d'attachement

Le style d'attachement qu'un individu développe à partir de ses premières expériences avec les personnes significatives de son enfance peut être conceptualisé comme un modèle qui contribue au type d'interactions que cet individu aura avec son

entourage tout au long de sa vie. À ce propos, Mary Ainsworth (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978) a conçu un système de classification pour les divers patrons de comportement d'attachement de l'enfant à l'égard de sa mère. Dans cette classification, elle distingue l'attachement « sécurisant » de l'attachement « insécurisant », qu'elle évalue en utilisant la « Situation étrangère » (*Strange Situation*), une technique d'observation standardisée dans laquelle la présence ou l'absence de la mère et celle d'un étranger sont systématiquement contrôlées. À partir des réactions des enfants dans les divers épisodes proposés, Ainsworth propose de classer les enfants selon trois modèles d'attachement : 1) l'attachement « sécurisant (B) », dans lequel l'enfant recherche la proximité de sa mère après une séparation ou un stress et a recours à elle comme base de sécurité pour explorer son environnement; 2) l'attachement « insécurisant-évitant (A) », dans lequel l'enfant évite le contact avec la mère après une séparation et ne manifeste pas de préférence entre des étrangers et sa mère; 3) l'attachement « insécurisant-ambivalent/dépendant (C) », caractérisé par le fait que l'enfant manifeste peu de comportements d'exploration, qu'il semble grandement perturbé lorsqu'il est séparé de sa mère, et que cette dernière ne parvient pas vraiment à le consoler et à le rassurer lorsqu'elle est de retour. Mary Main (Main & Soloman, 1990), pour sa part, décrit un quatrième type d'attachement, soit l'attachement « insécurisant-désorganisé (D) », dans lequel l'enfant semble troublé ou inquiet après une séparation et adopte des comportements dysrégulés et chaotiques, ainsi qu'une appréhension face au parent.

Bartholomew et Horowitz (1991), pour leur part, ont proposé un modèle de l'attachement adulte en quatre catégories : 1) l'attachement « sécurisant », dans lequel la personne a une image positive d'elle-même et des autres, croit qu'elle mérite d'être aimée et soutenue et est capable de faire confiance à autrui; 2) l'attachement « préoccupé », caractérisé par une image de soi négative (faible estime de soi, sentiment de ne pas avoir de valeur) et une image positive et idéalisée des autres (équivalent, dans le modèle de Ainsworth, à l'attachement « insécurisant-ambivalent/dépendant »). Ce type d'attachement se développerait suite à des réponses inconsistantes de la part des donneurs de soins pendant l'enfance et mènerait à de l'hypervigilance, à une peur de l'abandon et à un besoin constant de réassurance; 3) l'attachement « détaché », associé à une image négative des autres et à une image de soi positive; et 4) l'attachement « craintif », associé à une image de soi négative (sentiment de ne pas avoir de valeur) et une perception que les autres sont rejetants et peu fiables. Ces deux derniers types d'attachement chez l'adulte correspondent, dans le modèle de Ainsworth, à l'attachement « insécurisant-évitant ».

Les personnes vivant de l'anxiété à l'égard de leur santé sont préoccupées par la crainte d'avoir ou de développer une maladie et recherchent constamment de la réassurance auprès du corps médical. De la même façon, les individus dont le type d'attachement est préoccupé ont besoin de se faire rassurer très fréquemment par leurs proches. Une étude de Wearden, Perryman et Ward (2006) sur les facteurs interpersonnels impliqués dans l'hypocondrie révèle que l'affectivité négative (la

tendance à vivre et à communiquer des émotions négatives), la recherche de réassurance et les préoccupations hypocondriaques sont positivement corrélées les unes aux autres. Selon les auteurs, il existerait également une relation entre un style d'attachement préoccupé et l'hypocondrie, mais cette relation serait expliquée par la recherche de réassurance. En effet, ce phénomène, qui constitue un processus cognitif central dans l'hypocondrie, serait lié à une tendance générale à rechercher de la réassurance et cette tendance serait une caractéristique interpersonnelle importante chez les individus ayant développé un style d'attachement préoccupé. L'affectivité négative, qui serait également associée à une faible estime de soi, semble constituer un facteur de risque additionnel au développement d'anxiété à l'égard de la santé et ce, encore plus que les facteurs interpersonnels. La recherche de réassurance et l'affectivité négative constitueraient donc deux prédicteurs de l'hypocondrie indépendants l'un de l'autre. Les auteurs concluent que les interactions avec les figures d'attachement pendant l'enfance sont des déterminants potentiels au développement de comportements anormaux à l'égard de la maladie (Wearden et al., 2006).

Toutes les études citées précédemment réfèrent davantage à l'attachement à la fin de l'adolescence et au début de l'âge adulte. D'autres études font le lien entre l'attachement dans l'enfance et les troubles anxieux en général (Bar-Haim, Dan, Eshel, & Sagi-Schwartz, 2007; Bosquet & Egeland, 2006; Brown & Whiteside, 2008; Moss, Smolla, Cyr, Dubois-Comtois, Mazzarello, & Berthiaume, 2006; Moss, Smolla, Guerra, Mazzarello, Chayer, & Berthiaume, 2006; Shamir-Essakow, Ungerer, & Rapee, 2005;

Siqueland, Kendall, & Steinberg, 1996). Bar-Haim et ses collaborateurs (2007), par exemple, ont tenté d'évaluer si des enfants ayant un attachement insécurisant de type ambivalent risquaient davantage de développer un niveau élevé d'anxiété plus tard dans l'enfance que des enfants ayant un attachement sécurisant. Pour ce faire, 136 enfants âgés de 12 mois ont été évalués à l'aide de la Situation étrangère de Ainsworth (Ainsworth et al., 1978) et ont été réévalués à l'âge de 11 ans à l'aide du *Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders* (SCARED; Birmaher, Brent, Chiappetta, Bridge, Monga, & Baugher, 1999; Birmaher, Khetarpal, Brent, Cully, Balach, Kaufman, et al., 1997), qui a aussi été administré aux mères. Les résultats montrent que les enfants ayant un attachement insécurisant-ambivalent ont des niveaux plus élevés de phobie scolaire que les enfants ayant un attachement sécurisant. Les résultats montrent aussi que les garçons ayant un attachement insécurisant-ambivalent présentent des niveaux plus élevés de phobie sociale à l'âge de 11 ans que les garçons ayant un attachement sécurisant. Toutefois, il semble qu'un attachement insécurisant-ambivalent ne soit pas lié à des niveaux d'anxiété significativement pathologiques dans l'échantillon étudié (Bar-Haim et al., 2007).

L'étude de Bosquet et Egeland (2006), pour sa part, a été menée auprès de 155 participants tirés de la Minnesota Longitudinal Study of Parents and Children, une étude longitudinale prospective s'intéressant à l'adaptation des familles et des enfants à risque. Des femmes enceintes primipares ont été recrutées à la Minneapolis Public Health Clinic entre 1975 et 1977 pendant le troisième trimestre de leur grossesse et

étaient considérées à haut risque dû à la pauvreté et aux facteurs de risque associés (faible niveau d'éducation, jeune âge, manque de soutien, conditions de vie chaotiques et situations de vie stressantes). Dès la naissance, le comportement des enfants et les interactions mère-enfant ont été évalués à l'aide de divers tests psychologiques objectifs et projectifs, d'entrevues, de questionnaires et d'observations. Entre autres, à l'âge de 12 et 18 mois, la qualité de la relation d'attachement à la mère de chaque enfant a été évaluée à l'aide de la Situation étrangère (Ainsworth et al., 1978). Par la suite, les symptômes anxieux des enfants ont été évalués par les parents, les professeurs et/ou les enfants eux-mêmes à l'aide du Child Behavior Checklist (CBCL; Achenbach, 1991; Achenbach & Edelbrock, 1983, 1986) lorsque les enfants ont atteint l'âge de 64 mois, en première et en sixième année du primaire, de même qu'à l'âge de 16 ans. Le Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (K-SADS; Puig-Antich & Chambers, 1978) a aussi été administré à l'enfant à l'âge de 17,5 ans. Les résultats de l'étude montrent, entre autres, qu'un attachement insécurisant (évitant, ambivalent ou désorganisé) dans l'enfance prédirait des représentations négatives des relations avec les pairs à la pré-adolescence, et ces représentations négatives prédiraient la présence de symptômes anxieux à l'adolescence (Bosquet & Egeland, 2006).

L'étude de Shamir-Essakow et de ses collaborateurs (2005), pour sa part, a examiné l'association entre un patron d'attachement insécurisant (évalué à l'aide de la Situation étrangère de Ainsworth), l'inhibition comportementale et l'anxiété (évaluée à l'aide de l'entrevue structurée *Anxiety Disorders Interview Schedule for Children, Parent version*

(ADIS-CP-IV; Silverman & Albano, 1996)) dans un échantillon de 104 enfants à risque âgés entre 3 et 4 ans. La relation entre l'anxiété maternelle et l'anxiété de l'enfant a aussi été évaluée. Les résultats de l'étude montrent qu'un attachement insécurisant de même qu'un tempérament inhibé sont tous les deux indépendamment associés à de l'anxiété chez l'enfant, même après avoir contrôlé l'effet de l'anxiété maternelle. Cette dernière variable s'est également avérée associée à de l'anxiété chez l'enfant. De plus, les niveaux d'anxiété les plus élevés ont été observés chez les enfants ayant un tempérament inhibé, un type d'attachement insécurisant et une mère anxieuse (Shamir-Essakow et al., 2005).

Les deux études longitudinales de Ellen Moss et ses collaborateurs (2006) ont, pour leur part, examiné les liens existant entre l'attachement et les problèmes de comportement intériorisés (incluant l'anxiété de séparation, l'anxiété généralisée, la dépression et les phobies spécifiques) et extériorisés dans des échantillons d'enfants canadiens-français ($N = 96$ dans l'étude de Moss, Smolla, Cyr, Dubois-Comtois, Mazzarello, & Berthiaume, 2006; et $N = 108$ dans l'étude de Moss, Smolla, Guerra, Mazzarello, Chayer, & Berthiaume, 2006) de divers statuts socio-économiques. La classification d'attachement de l'enfant a été évaluée à l'âge de 6 ans par le biais d'une procédure de séparation-réunion similaire à celle proposée par Main et Cassidy (1988). Deux ans et demi plus tard, les problèmes de comportement de l'enfant, alors âgé de 8 ans et demi, ont été évalués par l'enfant lui-même au moyen du test Dominique (Version 5; Valla, Bergeron, Bérubé, Gaudet, & St-Georges, 1994). Notons que dans

l'étude de Moss, Smolla, Cyr, Dubois-Comtois, Mazzarello et Berthiaume (2006), les problèmes de comportement de l'enfant ont aussi été évalués par la mère à l'aide du Child Behavior Checklist (CBCL; Achenbach & Edelbrock, 1983) et par l'enseignant à l'aide du Social Behavior Questionnaire (SBQ; Tremblay, Vitaro, Gagnon, Piché, & Royer, 1992). Les résultats indiquent que les filles et les garçons présentant un attachement insécurisant-désorganisé rapportent plus de problèmes de comportements intériorisés que les enfants ayant un attachement sécurisant. Les auteurs concluent que les résultats au test Dominique, conjointement à l'identification d'un patron d'attachement insécurisant-désorganisé à 5-7 ans, pourraient permettre le dépistage des enfants de 6 à 11 ans à risque de présenter des difficultés d'adaptation en raison de problèmes de comportements de type anxio-dépressif.

Enfin, l'étude de Brown et Whiteside (2008) s'est intéressée aux relations entre les comportements parentaux perçus par l'enfant, le style d'attachement et l'inquiétude chez les enfants anxieux. Dans cette étude, 64 enfants et adolescents âgés entre 7 et 18 ans et souffrant d'un trouble anxieux (TOC, TAG, phobie sociale, anxiété de séparation, phobie spécifique, trouble panique ou autre) ont complété le EMBU-C (Castro, Toro, Van der Ende, & Arrindell, 1993), un questionnaire auto-administré par l'enfant évaluant sa perception par rapport à quatre comportements parentaux : la chaleur émotionnelle, le contrôle ou la surprotection, le rejet et l'anxiété. Le style d'attachement des enfants a été mesuré à l'aide du *Attachment Questionnaire for Children* (AQC; Muris, Meesters, van Melick, & Zwambag, 2001). Enfin, le

niveau d'inquiétude des enfants a été évalué à l'aide du *Penn-State Worry Questionnaire for Children* (PSWQ-C; Chorpita, Tracey, Brown, Collica, & Barlow, 1997). Les résultats de l'étude montrent que les enfants s'étant évalués comme ayant un attachement insécurisant-ambivalent rapportaient des niveaux d'inquiétude plus élevés que les enfants s'étant évalués comme ayant un attachement sécurisant. Les comportements parentaux et le style d'attachement contribueraient de façon indépendante au niveau d'inquiétude de l'enfant (Brown & Whiteside, 2008).

Toutes ces études montrent qu'il existe un lien entre l'anxiété et un style d'attachement insécurisant (surtout de type ambivalent ou désorganisé, selon certains auteurs) chez l'enfant. Toutefois, il semble qu'aucune étude n'ait encore fait de lien entre l'attachement dans l'enfance et l'anxiété à l'égard de la santé spécifiquement.

Inquiétude et développement cognitif de l'enfant

L'exploration du concept d'inquiétude est nécessaire à l'étude de l'anxiété à l'égard de la santé. En effet, une personne souffrant d'anxiété à l'égard de sa santé génère des inquiétudes concernant un thème bien précis : la maladie. Vasey (1993) définit l'inquiétude comme un processus cognitif impliquant des pensées et des images liées à la possibilité de vivre certains événements négatifs ou menaçants. Le contenu de ces pensées et images est de nature anticipatoire et concerne le plus souvent la personne elle-même (et non autrui). De plus, l'inquiétude est caractérisée par une pensée

catastrophique. Par définition, les inquiétudes sont difficiles à contrôler, sont intrusives et interfèrent avec la capacité de résolution de problèmes (Vasey, 1993).

L'inquiétude est un processus caractérisé par l'anticipation et l'élaboration d'hypothèses. Le développement de certaines habiletés cognitives semble nécessaire pour qu'un enfant soit en mesure de s'inquiéter. À ce propos, Vasey (1993) décrit deux opérations cognitives interreliées qui semblent nécessaires au processus de l'inquiétude, soient la capacité à anticiper et conceptualiser les événements futurs et la capacité d'abstraction permettant l'élaboration d'hypothèses.

L'anticipation du futur. Cette opération cognitive semble suivre un parcours de développement bien précis. En effet, avant l'âge de 7 ou 8 ans, les enfants possèderaient une faible capacité à considérer le futur (Ames, 1946; Wallace & Rabin, 1960). D'après Piaget et Inhelder (1966), après cet âge, il y aurait une amélioration drastique de cette capacité (Vasey, 1993). Plus le concept de temps se développerait chez l'enfant, plus ses perspectives futures s'étendraient et se complexifieraient. Ames (1946) fait d'ailleurs remarquer qu'autour de l'âge de 8 ans, la meilleure compréhension qu'a l'enfant du futur se reflète dans son langage. C'est ensuite à l'adolescence, avec l'acquisition de la pensée formelle, qu'une compréhension davantage abstraite du futur devient possible (Wallace & Rabin, 1960).

Même s'il est nécessaire d'être en mesure d'anticiper le futur pour pouvoir générer des inquiétudes, nul ne sait encore à quel degré il faut avoir acquis cette habileté pour pouvoir s'inquiéter. Selon la définition énoncée précédemment, la capacité à s'inquiéter ne semble pas requérir beaucoup plus que la simple capacité à former de vagues idées sur la possibilité d'une éventuelle menace. Cela signifierait donc que des enfants aussi jeunes que 2 ou 3 ans pourraient générer des inquiétudes. D'ailleurs, une étude de Littenberg, Tulkin et Kagan (1971) démontre que des enfants aussi jeunes que 2 ans sont capables de générer des hypothèses en ce qui a trait aux actions probables de leur entourage à court-terme.

Le raisonnement abstrait et l'élaboration d'hypothèses. La capacité à réfléchir à des hypothèses s'accroît largement à mesure que l'enfant se développe (Horobin & Acredolo, 1989). Avant l'adolescence, la capacité de l'enfant à réfléchir aux conséquences possibles est limitée aux possibilités directement observables par ce dernier ou à celles qu'il a déjà expérimentées. D'ailleurs, selon Klineberg (1967), ce n'est qu'à l'adolescence que l'enfant commence à faire des liens entre des hypothèses et leurs conséquences logiques.

Piaget (1987) suggère que plus l'enfant progresse dans son développement cognitif, plus il est en mesure de concevoir le possible. Dans son œuvre, il décrit d'ailleurs trois stades dans le développement de la capacité à concevoir le possible : les stades préopérateur (2 à 6-7 ans), opérateur concret (7 à 11-12 ans) et opérateur formel

(12 ans et plus) du développement cognitif. Afin d'évaluer à quel stade de développement cognitif se situe l'enfant, Piaget a créé différentes tâches conçues de manière à être assez faciles à comprendre pour les plus jeunes enfants, mais assez complexes pour que les enfants plus âgés puissent y percevoir un nombre infini de possibilités. En utilisant ces tâches, Piaget a pu démontrer que lors du stade préopératoire, l'enfant n'est capable de générer qu'un nombre très limité de solutions possibles. Il n'utilise pas le raisonnement déductif et n'a qu'une faible capacité anticipatoire. L'enfant n'est capable de découvrir de nouvelles possibilités qu'en essayant physiquement diverses solutions. Pendant le stade opératoire concret, l'enfant est capable de concevoir plusieurs possibilités à la fois sans avoir besoin de les essayer concrètement. Les possibilités qu'un enfant peut considérer à cet âge sont complètement anticipées et sont le produit d'un processus de raisonnement déductif. Pendant le stade opératoire formel, la capacité d'anticipation et de raisonnement déductif permet la réalisation d'un nombre infini de possibilités. Ces possibilités peuvent être complètement nouvelles ou basées sur des expériences passées.

Selon Vasey (1993), il est difficile de déterminer à quel point l'enfant doit être en mesure de raisonner de façon abstraite et d'élaborer des hypothèses pour pouvoir générer des inquiétudes. Quoiqu'il en soit, il semble que l'aptitude à générer ne serait-ce qu'une seule possibilité menaçante est suffisante pour produire de l'anxiété. Le fait de se rappeler un événement menaçant et de considérer ses impacts possibles dans un futur rapproché en est un exemple. Selon cette perspective, même des enfants au stade

préopératoire peuvent être capables de s'inquiéter. D'ailleurs, une étude de Muris, Merckelbach, Gadet et Moulaert (2000) révèle que 46,8 % des enfants âgés entre 4 et 6 ans rapportent s'inquiéter de temps à autre (les enfants devaient répondre 1 = jamais, 2 = parfois, ou 3 = souvent à la question « t'arrive-t-il de t'inquiéter? ». Préalablement à la question, les expérimentateurs montraient aux enfants une image illustrant un personnage qui s'inquiète, tout en leur expliquant le concept en des termes faciles à comprendre). Par contre, ces mêmes auteurs ont également pu observer une augmentation des inquiétudes avec l'âge, passant à presque 80 % entre 7 et 12 ans. Il semble donc que l'acquisition du raisonnement abstrait accroisse de façon drastique la tendance de l'enfant à s'inquiéter. Par exemple, la pensée catastrophique devient significativement plus élaborée lorsque l'enfant est capable de considérer les conséquences des menaces qu'il a anticipées. Un pré-requis essentiel à la pensée catastrophique est la capacité à aller au-delà de l'anticipation d'une seule conséquence négative, en pensant aux autres événements négatifs qui pourraient survenir (Vasey, 1993). Selon Vasey (1993), les enfants ayant atteint le stade opératoire formel sont capables d'élaborer des scénarios catastrophiques associés à un événement menaçant. Il semble que les enfants ayant atteint le stade opératoire concret soient également en mesure de générer des scénarios catastrophiques. Par contre, il semble moins certain que les enfants ayant atteint le stade préopératoire soient en mesure de générer des pensées catastrophiques, car en théorie, ils sont incapables de considérer plus que les aspects menaçants immédiats d'une situation (Vasey, 1993).

En résumé, il semble que les inquiétudes soient beaucoup plus importantes chez les enfants après l'âge de 7 ans. Cela peut s'expliquer par le fait qu'à partir de cet âge, la capacité de raisonnement de l'enfant par rapport à l'anticipation du futur et à l'élaboration d'hypothèses s'améliore drastiquement. De plus, à mesure qu'il vieillit, l'enfant obtient plus d'information directe ou indirecte sur les événements négatifs potentiels associés à diverses menaces. Aussi, plus l'enfant vieillit, plus son langage se développe et devient élaboré : il devient alors meilleur pour décrire ses inquiétudes, ce qui peut expliquer en partie le fait que l'on rapporte plus d'inquiétudes chez les enfants plus âgés (Muris et al., 2002). Par contre, d'autres facteurs jouent aussi un rôle dans la pathogenèse d'une inquiétude anormale : le sexe, la génétique, le tempérament, un faible sentiment de contrôle, les expériences de conditionnement et les stressseurs environnementaux non-spécifiques en sont des exemples (Muris et al., 2002).

Alors que la prévalence des inquiétudes semble s'accroître avec l'âge et le développement cognitif, le phénomène contraire a été observé pour la peur. En effet, les niveaux de peur généraux diminuent à mesure que l'âge et le niveau de développement cognitif s'accroissent, probablement parce que les enfants s'habituent graduellement et apprennent à gérer les stimuli et les situations qui étaient, au départ, inconnus (Muris et al., 2002).

Vasey (1993) s'est interrogé sur l'importance du rôle de l'inquiétude dans le développement de l'anxiété des jeunes enfants. Même si l'inquiétude a été décrite

comme l'une des composantes cognitives les plus importantes dans le développement de l'anxiété chez l'adulte (Barlow, 1988; Borkovec, Metzger, & Pruzinsky, 1986; Mathews, 1990), le rôle qu'elle joue dans le développement de l'anxiété chez l'enfant n'est pas aussi bien défini. Selon Kosslyn (1990), les jeunes enfants dépendraient davantage des images visuelles dans leur représentation de l'information que les enfants plus vieux ou les adultes. Étant donné que les très jeunes enfants n'ont pas encore d'habiletés langagières très développées, il est possible de poser l'hypothèse que les images visuelles jouent un rôle significativement plus grand dans leur représentation du monde que les représentations verbales. Si cette hypothèse s'avérait vraie, lorsque l'on présenterait des représentations d'évènements dangereux à de jeunes enfants, les images visuelles activeraient plus facilement les réponses physiologiques et comportementales associées à la peur que les représentations les plus verbales présentées à des enfants plus âgés et des adultes. Il est probable qu'une telle activation produirait une réponse de peur quasi identique à celle qui serait vécue en présence d'un danger réel. Donc, sachant qu'une inquiétude se présente principalement sous forme verbale, qu'elle est relativement indépendante de la composante physiologique de l'anxiété (Mathews, 1990; Vasey, 1993) et que les jeunes enfants se représentent surtout le monde grâce à des images visuelles, peut-être ne joue-t-elle pas un rôle aussi significatif dans l'anxiété des jeunes enfants que dans celle des adultes (Vasey, 1993).

Selon Borkovec et Hu (1990), l'inquiétude interférerait avec le processus normal d'habituation à la peur. En effet, les auteurs ont montré que l'inquiétude ne produit pas

la même augmentation de la fréquence cardiaque que le traitement d'images effrayantes. Selon eux, le fait que l'inquiétude ne produise pas une aussi grande augmentation de la fréquence cardiaque s'expliquerait par sa nature verbale. Une inquiétude qui contiendrait des images effrayantes devrait favoriser l'activation de certaines réponses (par exemple, une augmentation de la fréquence cardiaque). Par contre, il semble que l'inquiétude interfère activement avec l'activation de telles réponses. Borkovec et Hu (1990) ont d'ailleurs démontré que le fait de s'inquiéter avant de traiter des images effrayantes empêche l'habituation devant l'augmentation de la fréquence cardiaque associée aux images, un phénomène ayant été observé chez les participants n'ayant pas généré d'inquiétudes. L'inquiétude constituerait donc une activité du système verbal-conceptuel qui interfère avec le traitement des composantes physiologiques de la réponse d'anxiété, interférant donc avec le processus normal d'habituation à la peur. Pour cette raison, il est important de déterminer à quel âge les enfants commencent à utiliser les représentations verbales pour générer des inquiétudes. Selon ces auteurs, une fois présentes, de telles pensées verbales joueraient un rôle important dans le maintien et l'élaboration des peurs infantiles en interférant avec la tendance normale à l'habituation (Vasey, 1993).

Source des peurs chez l'enfant

Les mécanismes qui sous-tendent le développement des peurs ont été négligés en recherche étant donné les questions éthiques associées aux études prospectives ayant comme objet les peurs infantiles. Quoiqu'il en soit, plusieurs auteurs ont su montrer que l'information verbale était efficace pour induire une peur : certains auteurs ont d'ailleurs

démontré que l'information verbale consistait en un chemin menant à la peur (« pathway to fear »; voir King, Gullone, & Ollendick, 1998; Merckelbach, De Jong, Muris, & van den Hout, 1996). Par exemple, selon une étude d'Ollendick et King (1991), les enfants qui rapportent un grand nombre de peurs aux items du Fear Survey Schedule for Children-Revised attribuent fréquemment leurs peurs à une information négative. Muris, Merckelbach, Gadet et Moulaert (2000) et Ollendick & King (1991) indiquent à ce sujet que l'information négative constitue souvent la source des peurs (pour 55,2 % à 89 % des enfants), suivi du conditionnement (entre 33,1 % et 36 %) et du modeling (entre 25,5 % et 56 %). Les différences dans les résultats obtenus peuvent en partie s'expliquer par les grandes différences d'échantillonnage entre les deux études. En effet, l'échantillon de l'étude de Muris et al. (2000), plus petit, était constitué d'enfants beaucoup plus jeunes que dans l'étude de Ollendick et King (1991). La première comportait 190 enfants âgés entre 4 et 12 ans, tandis que la deuxième comportait 1092 enfants âgés entre 9 et 14 ans.

Concernant les inquiétudes, il semble que ce soit le conditionnement qui cause le plus de biais attentionnels chez les enfants. En effet, dans l'étude de Muris et al. (2000) évoquée précédemment, l'expérimentateur montrait à chacun des enfants une image et la lui décrivait. Ensuite, les enfants étaient questionnés sur la fréquence, le contenu et la sévérité de leurs inquiétudes, mais également sur leur origine. Des questions telle « as-tu déjà vécu une expérience effrayante concernant [le contenu de l'inquiétude]? » visaient à savoir si le conditionnement était majoritairement à l'origine de l'inquiétude, tandis que

d'autres investiguaient plutôt le modelage («as-tu déjà vu certaines personnes avoir peur de [contenu de l'inquiétude]») ou l'information négative («as-tu déjà vu des choses effrayantes à la télévision concernant [le contenu de l'inquiétude]») comme étant davantage à l'origine de l'inquiétude. Cette étude rapporte que la majorité (54,7 %) des enfants attribuerait l'origine de leur principale inquiétude à une expérience de conditionnement, tandis que 32,8 % l'attribuerait plutôt à l'acquisition d'une information. Seulement 13,3 % des enfants mentionnent une expérience de modeling comme étant la source de leur plus grande inquiétude (Muris et al., 2000).

En conclusion, comme l'anxiété à l'égard de la maladie se manifeste surtout sous forme d'inquiétudes, il est possible que l'enfant la développe suite à une expérience de conditionnement, qui constitue la source la plus fréquente d'inquiétudes chez les enfants selon les études décrites précédemment. L'acquisition d'informations négatives concernant la maladie et le modeling pourraient également être des sources probables.

Acquisition de la compréhension du concept de maladie

Par définition, l'anxiété à l'égard de la santé consiste en une préoccupation centrée sur la crainte ou sur l'idée d'être atteint d'une maladie grave. Pour souffrir d'anxiété à l'égard de la santé, une personne doit donc, nécessairement, avoir une certaine compréhension du concept même de maladie, et il semble que la famille joue un rôle important dans l'acquisition de ce concept. À ce propos, Koopman, Baars, Chaplin et Zwinderman (2004) indiquent que les idées qu'entretient la mère au sujet de la maladie

ne sont pas de bons indicateurs des idées qu'en aura l'enfant. Par contre, les écrits scientifiques suggèrent que plus l'enfant vieillit, plus sa compréhension de la maladie ressemblerait à celle de sa mère (Campbell, 1978). Carandang, Folkins et Hines (1979), de leur côté, soutiennent que la compréhension qu'ont les enfants de la maladie est liée à leur développement cognitif et social. Les enfants apprendraient davantage en observant la façon d'agir et de réagir de leurs parents qu'en écoutant les verbalisations de ces derniers. De plus, un niveau d'éducation élevé atteint par les parents favoriserait le développement de la compréhension qu'a l'enfant de la maladie (Lau, 1989).

L'environnement semble également jouer un rôle important dans la compréhension qu'a l'enfant de la maladie. Dans une étude menée par Sanger, Sandler et Perrin (1988), les enfants ayant une meilleure perception de leur propre contrôle sur la maladie démontraient une compréhension conceptuelle de la maladie plus raffinée que les enfants ayant une perception de contrôle davantage externe. Les enfants en santé obtenaient des résultats plus élevés aux questions relatives à leur conception de la maladie et exprimaient significativement plus de croyances démontrant un lieu de contrôle interne par rapport à la maladie que leurs pairs atteints d'une maladie physique chronique.

L'étude de Koopman et al. (2004) révèle une progression systématique de la compréhension qu'ont les enfants des concepts liés à la maladie. En effet, les idées qu'entretiennent les enfants sur les causes de la maladie suivraient une séquence de

stades développementaux, décrites à l'intérieur du modèle TEC (« Through the Eyes of the Child » model). Ce modèle comporte sept phases, la première étant caractérisée par l'*Invisible*. Elle coïncide avec le premier stade du développement cognitif de Piaget, le stade sensori-moteur. Dans cette phase, l'enfant ne pense pas aux aspects : « quoi? », « pourquoi? » et « comment? » de la maladie. Dans la plupart des cas, l'enfant ne répond pas à ces questions, mais provoque plutôt une association (par exemple, « un rhume, c'est pendant les vacances »). Selon Bibace et Walsh (1978), cette phase est caractérisée par une incompréhension des causes de la maladie.

La seconde phase est celle de la *Distance*. Elle est liée au stade préopératoire de Piaget et au stade de pensée globale de Werner (théorie du développement perceptuel, 1948). Dans cette phase, la maladie est définie par des activités externes reconnues par l'enfant (un son ou une action). Une connexion entre les deux n'est que pure coïncidence. Dans certains cas, il y a présence d'aspects magiques. La vision de l'enfant est centralisée sur un seul aspect. La différenciation entre le corps et le monde extérieur n'est pas suffisamment grande. Bibace et Walsh (1978) qualifient cette même phase de « phénoménisme », car l'enfant croit que la maladie est causée par un phénomène externe qui coïncide avec la maladie. Un enfant ayant atteint ce stade pourrait dire à sa mère, par exemple, que lorsqu'il laisse la fenêtre de sa chambre ouverte, la couverture sur son lit devient froide, ce qui pourrait le rendre malade.

Dans la troisième phase, qui fait également partie du stade préopératoire de Piaget, la *Proximité* joue un rôle important. L'enfant décrit maintenant la maladie en termes de personnes, d'objets et d'événements dans l'environnement direct. La maladie est le résultat d'une contamination de la part de l'entourage : Bibace et Walsh (1978) qualifie ce stade de phase de contagion. L'enfant met constamment l'emphase sur la proximité spatiale ou temporelle. Il se voit comme une victime des événements. Dans cette phase, les descriptions des causes de la maladie sont moins vagues.

La quatrième phase est caractérisée par le *Contact* et correspond au stade opératoire concret de Piaget et au stade de perception analytique de Werner. Dans cette phase, l'enfant n'est pas encore capable de différencier le corps et l'esprit, ces deux aspects pouvant évidemment contribuer à causer une maladie. La définition de la maladie devient plus étendue et peut inclure plusieurs symptômes. Certains comportements, tel un contact avec de la saleté ou des microbes, peuvent causer une maladie. Les fonctions corporelles, surtout celles qui sont observables de l'extérieur, sont incluses dans les explications de la maladie. La maladie trouve souvent sa source dans un contact physique : c'est d'ailleurs la phase de contamination de Bibace et Walsh (1978). La maladie se soigne grâce à un médicament qui peut être appliqué sur la surface du corps.

Dans la cinquième phase, qui correspond également au stade opératoire concret de Piaget, l'*Internalisation* est établie. Pour la première fois, la cause possible d'une maladie est recherchée à l'intérieur du corps. La maladie peut avoir une source externe

(fumée, microbes) ou peut être due à une mauvaise condition de santé (obésité, haute pression). Ces facteurs ont un impact direct sur les organes corporels. Prendre un médicament contribue à guérir la maladie. Pour la première fois dans cette phase, l'enfant reconnaît son rôle dans le traitement de la maladie (par exemple, le fait de prendre certaines précautions peut prévenir la maladie). C'est aussi pendant cette période que le raisonnement analogique se développe (« le cœur agit comme une pompe »).

La sixième phase, le *Processus corporel*, correspond au plus haut stade de développement de la pensée de Piaget, le stade opératoire formel. Cette phase est la même que celle de perception synthétique de Werner (1948), aussi appelée phase physiologique par Bibace et Walsh (1978), dans laquelle l'enfant est en mesure de décrire et d'expliquer les symptômes de la maladie en termes d'organes et de fonctions organiques. Les structures et les effets décrits n'ont pas à être observables de l'extérieur. L'enfant peut former des hypothèses sur la relation existant entre l'environnement et son corps. Des associations peuvent être données pour illustrer les causes de la maladie. L'enfant perçoit qu'il a de plus en plus de contrôle sur la maladie et ses traitements.

La septième et dernière phase du modèle coïncide également avec le stade opératoire formel de Piaget et est caractérisée par un insight psychophysiologique (Bibace & Walsh, 1978) : c'est la phase du *Corps et de la pensée*. L'enfant est capable d'inclure le rôle de la pensée dans ses explications des causes de la maladie. Il est

d'avantage conscient du fait que les pensées et sentiments d'une personne peuvent avoir un impact sur ses fonctions corporelles. Les composantes physiologiques constituent les causes majeures du développement d'une maladie, mais la pensée joue également un rôle important.

En résumé, il semble donc probable qu'un enfant ayant atteint l'une ou l'autre des deux dernières phases du modèle TEC, soient celle de *Processus corporel* ou celle de *Corps et de la santé*, soit en mesure de vivre de l'anxiété à l'égard de sa santé. En effet, c'est à partir de la sixième phase du modèle que l'enfant peut commencer à former des hypothèses sur les causes d'une maladie. Le fait d'être en mesure de poser des hypothèses sur un phénomène est le signe que l'enfant a développé une pensée assez abstraite pour pouvoir envisager les conséquences probables d'une telle maladie sur sa vie. Par contre, il est possible de se demander si le fait d'avoir atteint la cinquième phase du modèle, l'*Internalisation*, correspondant au stade opératoire concret de Piaget, est suffisant pour pouvoir générer des inquiétudes à l'égard de sa santé. En effet, pendant cette phase, l'enfant est en mesure de reconnaître son rôle dans le traitement de la maladie. Il est donc vraisemblable que l'émergence d'une certaine perception de contrôle à l'égard de la maladie amène pour la première fois l'enfant à rechercher l'opinion d'un médecin ou la réassurance d'un proche sur ses symptômes physiques. Quoiqu'il en soit, il semble que la tendance à vivre de l'anxiété à l'égard de la santé soit tributaire d'une bonne compréhension du concept même de maladie.

Processus cognitifs impliqués dans l'anxiété générale et dans l'anxiété à l'égard de la santé chez l'enfant

De nombreux auteurs se sont intéressés à la présence de certaines distorsions cognitives chez les enfants ayant un trouble anxieux. En effet, la généralisation à outrance, la personnalisation (Epkins, 1996; Weems, Berman, Silverman, & Saavedra, 2001), la pensée catastrophique (Weems et al., 2001), une attention excessive tournée vers soi (Kendall & Ronan, 1990), une perception erronée des demandes de l'environnement, une autocritique excessive (Kendall & Ronan, 1990; Vasey, 1993) et une sous-évaluation de ses propres habiletés (Kendall & Ronan, 1990) semblent constituer les distorsions cognitives les plus fréquemment rencontrées chez les enfants anxieux.

D'autres processus cognitifs sont également mentionnés par certains auteurs : l'évitement cognitif (Barrett, Dadds, & Rapee, 1996), l'interprétation erronée des symptômes, des situations ambiguës ou des indices environnementaux (Bogels & Zigterman, 2000), la sensibilité à l'anxiété (Chorpita, Albano, & Barlow, 1996; Silverman, Fleisig, Rabian, & Peterson, 1991; Vasey, 1991), la sensibilité au dégoût (Muris, Merckelbach, Schmidt, & Tierney, 1999), l'attitude négative face aux problèmes (Laugesen, Dugas, & Bukowski, 2003) et la recherche de réassurance (Wearden et al., 2006) en sont quelques-uns.

Selon Langlois et ses collaborateurs (2005), certains de ces processus cognitifs sont présents chez l'adulte hypocondriaque : l'évitement cognitif, la sensibilité à l'anxiété, la

recherche de réassurance, l'amplification somato-sensorielle, l'interprétation erronée des symptômes et l'intolérance à l'incertitude. Étant présents chez l'adulte souffrant d'hypocondrie, il semble raisonnable de se demander si ces processus cognitifs le sont aussi chez l'enfant présentant une anxiété sévère à l'égard de la santé.

L'amplification somato-sensorielle et l'interprétation erronée des symptômes.

Selon Barsky, Wyshak et Klerman (1990), l'amplification somato-sensorielle et l'interprétation erronée des symptômes constituent des processus occupant une place importante dans l'étiologie de l'hypocondrie adulte. Ces processus réfèrent à la tendance à vivre des sensations somatiques et viscérales comme étant très intenses, dangereuses et dérangementes (Barsky et al., 1990). Ils impliquent l'hypervigilance face au corps, la prédisposition à diriger l'attention sur des sensations peu fréquentes et la tendance à évaluer des sensations somatiques comme étant les symptômes d'une maladie ou d'une pathologie plutôt que de normaliser la sensation (Langlois et al., 2005; Robbins & Kirmayer, 1991). Chez l'individu souffrant d'anxiété à l'égard de la santé, ces processus cognitifs agissent comme un biais attentionnel l'amenant à identifier un plus grand nombre de sensations corporelles. Selon Barsky et ses collaborateurs (1990), les patients hypocondriaques présenteraient généralement un plus haut niveau d'amplification somato-sensorielle que les personnes de la population générale. Leurs résultats montrent aussi que l'amplification somato-sensorielle est positivement corrélée aux symptômes hypocondriaques dans un échantillon de patients en intervention de première ligne. L'association existant entre l'amplification somatosensorielle et l'hypocondrie demeurerait

grandement significative même après avoir contrôlé la présence de troubles psychiatriques concomitants. Une autre étude menée auprès de 38 patients hypocondriaques démontre que les patients qui somatisent, amplifient leurs sensations physiques et attribuent leurs symptômes ambigus à la présence d'une maladie ont une forme d'hypocondrie davantage chronique et réfractaire au traitement (Barsky, Bailey, Fama, & Ahern, 2000). Selon les auteurs, la cooccurrence de ces caractéristiques cognitives et perceptuelles prédit la persistance du trouble.

L'évitement cognitif. Par définition, l'évitement cognitif est la tendance à éviter tout contenu cognitif susceptible de déclencher des sensations physiologiques de peur ou d'anxiété. Selon Gosselin, Langlois et Freeston (2002), l'évitement cognitif empêche l'exposition et la réévaluation cognitive des intrusions : elle contribue donc au maintien ou à l'exacerbation des inquiétudes.

Selon Borkovec et Inz (1990), l'évitement cognitif peut être conceptualisé de deux façons : 1) comme un processus automatique d'évitement de l'imagerie mentale menaçante; et 2) comme des stratégies visant à supprimer les pensées non-désirées. Les auteurs appuient la première conceptualisation et suggèrent, tel que mentionné précédemment, que l'inquiétude est principalement composée de pensées verbales plutôt que d'imagerie mentale. Borkovec (1994) propose que le contenu verbal de l'inquiétude agit principalement à titre de réponse d'évitement cognitif à l'égard des images effrayantes. Lorsqu'un individu est confronté à une image mentale menaçante, il

expérimente une augmentation subjectivement déplaisante de l'activation somatique aversive de même qu'une activation des réactions cardiovasculaires. Comme l'inquiétude inhibe les réactions cardiovasculaires, le fait de remplacer les images mentales menaçantes par des inquiétudes mène à une réduction de ces deux types de réactions. D'autres données appuient plutôt la deuxième conceptualisation, la suppression de pensées, et suggèrent que les personnes très inquiètes tentent activement de ne pas penser aux déclencheurs de leur inquiétude. Toutefois, plusieurs conséquences négatives résultent de la suppression de pensée. D'abord, cela active un processus de surveillance (monitoring) qui augmente l'accessibilité de la pensée non-désirée : c'est l'effet d'augmentation (« enhancement effect »; Lavy & van den Hout, 1990). Deuxièmement, même si la pensée est initialement supprimée, elle a tendance à devenir plus importante à long terme : c'est l'effet rebond (Merckelbach, Muris, van den Hout, & de Jong, 1991). En fin de compte, la suppression de pensée maintient les inquiétudes.

L'évitement cognitif jouerait un rôle important dans l'anxiété à l'égard de la santé chez l'adulte hypocondriaque, qui a tendance à éviter les thèmes et les images concrètes pouvant déclencher des sensations corporelles (par exemple, évitement des discussions sociales ou des émissions de télévision reliées à la maladie; Langlois et al., 2005). Il peut prendre différentes formes : 1) chasser des pensées, des images; 2) éviter des lieux, des contextes, des personnes pouvant faire penser à la maladie; 3) s'engager dans des activités qui captent l'attention pour fuir des pensées; et 4) transformer l'intrusion cognitive (par exemple, penser à la maladie comme si ça arrivait à un autre).

Peu d'études se sont consacrées à l'évitement cognitif chez l'enfant. Laugesen et ses collaborateurs (2003) ont étudié la suppression de pensée chez 528 adolescents âgés entre 14 et 18 ans à l'aide du White Bear Suppression Inventory (WBSI; Wegner & Zanakos, 1994). Les résultats de l'étude montrent que la suppression de pensée, même si elle est positivement corrélée avec la tendance à s'inquiéter, explique une part non-significative de la variance des scores d'inquiétude chez les adolescents. De plus, la suppression de pensée ne discrimine pas significativement les personnes modérément inquiètes des personnes très inquiètes. Toutefois, la suppression de pensée ne constitue qu'une dimension de l'évitement cognitif. L'autre dimension, la suppression automatique de l'imagerie mentale menaçante, n'a pas été évaluée dans cette étude. Les résultats de cette étude laissent donc croire que l'évitement cognitif n'est peut-être pas un processus cognitif ayant une importance significative dans l'anxiété en général et, par extrapolation, dans l'anxiété à l'égard de la santé chez les jeunes, contrairement à ce qui peut être observé dans une population adulte (Langlois et al., 2005).

Une étude de Gosselin, Langlois, Freeston, Ladouceur, Laberge et Lemay (2007) montre, toutefois, qu'il existe un lien important entre l'évitement cognitif et l'inquiétude à l'adolescence. En effet, les résultats de leur étude, menée auprès de 777 adolescents âgés entre 12 et 19 ans, montrent que les adolescents présentant un haut niveau d'inquiétude utilisent davantage de stratégies d'évitement et présentent plus de fausses croyances quant à l'utilité de s'inquiéter. Les résultats révèlent aussi que l'évitement de stimuli qui déclenchent des pensées déplaisantes et la substitution de pensée constituent

les stratégies d'évitement les plus importantes en lien avec l'inquiétude chez les adolescents (Gosselin et al., 2007).

La sensibilité à l'anxiété. La sensibilité à l'anxiété consiste à croire que les symptômes anxieux, tels que les palpitations, les tremblements et le vertige, sont les précurseurs de conséquences aversives (Hunt, Keogh, & French, 2007). Selon Reiss (1991), la sensibilité à l'anxiété jouerait un rôle dans la pathogenèse de la peur, de l'anxiété et de la panique.

Chez l'adulte hypocondriaque, la sensibilité à l'anxiété se manifeste par la tendance à craindre et à interpréter de façon catastrophique des sensations somatiques. Par exemple, un individu peut craindre des sensations d'étourdissement et de dépersonnalisation en les interprétant comme étant les signes d'un cancer du cerveau. Dans ce cas, l'interprétation catastrophique nourrit le sentiment de peur, mais les réactions du système nerveux autonome associées à la panique peuvent du même coup augmenter l'intensité des symptômes (Reiss, 1991; Reiss & McNally, 1985; Reiss, Peterson, Gursky, & McNally, 1986).

La sensibilité à l'anxiété a fait l'objet de nombreuses études chez l'adulte, mais ce n'est que récemment que certains chercheurs s'y sont intéressés chez l'enfant (Hunt et al., 2007). Non seulement les différences individuelles quant à la sensibilité à l'anxiété chez les adultes se sont avérées partiellement attribuables aux expériences vécues dans

l'enfance, mais les niveaux de sensibilité à l'anxiété sont également plus grands chez les enfants ayant un trouble panique que chez les enfants ayant tout autre trouble anxieux (Hunt et al., 2007). Par contre, certaines données suggèrent que la sensibilité à l'anxiété n'existerait peut-être pas chez des enfants âgés de moins de 12 ans (Chorpita et al., 1996). En effet, Reiss et McNally (1985) expliquent que la sensibilité à l'anxiété implique la capacité à interpréter les sensations corporelles de façon catastrophique : de telles interprétations requerraient donc des capacités cognitives plus sophistiquées, que l'enfant ne développerait qu'à partir de l'âge de 11 ou 12 ans, selon les auteurs.

La recherche de réassurance. Des études ont montré que plusieurs adultes souffrant d'hypocondrie recherchent de la réassurance (auprès de la famille, du médecin ou dans la documentation médicale) et ont de nombreux comportements de vérification (palpation du corps). Ils vont utiliser ces comportements pour diminuer, à court terme, l'anxiété provoquée par les préoccupations liées à la santé (Langlois et al., 2005). Par contre, cette réassurance et ces comportements de vérification empêchent l'adulte de s'exposer à son anxiété et à ses préoccupations (Warwick & Salkovskis, 1990). Il ne peut donc pas s'habituer à ses sensations anxiogènes et ne peut, non plus, découvrir que la maladie ne se serait pas présentée, même s'il n'avait pas cherché de réassurance (Langlois et al., 2005).

Il semble que les enfants anxieux recherchent eux aussi de la réassurance. Une étude de Masi, Mucci, Favilla, Romano et Poli (1999) menée auprès de 19 enfants (âgés

entre 7 et 11,11 ans) et 39 adolescents ayant un TAG montre que 100 % des enfants (et 74 % des adolescents) évalués dans l'échantillon recherchent continuellement de la réassurance par rapport à leurs inquiétudes. Des études de cas menées respectivement auprès d'un enfant de douze ans (Geffken, Sajid, & MacNaughton, 2005) et auprès d'un enfant de six ans (Wagner, 2003) ayant un TOC révèlent aussi des comportements compulsifs de recherche de réassurance.

L'intolérance à l'incertitude. L'intolérance à l'incertitude réfère à la tendance excessive d'un individu à considérer inacceptable la probabilité, si minime soit-elle, qu'un événement négatif puisse se produire (Dugas, Gosselin, & Ladouceur, 2001). La vie étant source d'ambiguïté et d'imprévisibilité, les personnes qui sont intolérantes à l'incertitude ont tendance à percevoir un plus grand nombre de menaces (Langlois et al., 2005). L'intolérance à l'incertitude joue donc un rôle très important dans la formation et le maintien d'inquiétudes excessives et incontrôlables chez l'adulte (Dugas, Gagnon, & Ladouceur, 1998).

La maladie fait partie des éventualités de la vie. Or, l'adulte souffrant d'hypocondrie ne tolère pas qu'il soit impossible d'avoir un total contrôle sur celle-ci. Tout symptôme constitue donc une source d'ambiguïté intolérable. L'intolérance à l'incertitude amène l'individu hypocondriaque à focaliser son attention sur des symptômes physiologiques pour lesquels d'autres personnes n'accordent pas d'importance (Langlois et al., 2005). Selon une étude menée auprès d'élèves de niveau collégial, l'intolérance à l'incertitude

constituerait un modérateur de la relation entre les évaluations de santé catastrophiques et l'anxiété à l'égard de la santé (Fergus & Valentiner, 2011).

Quelques études se sont penchées sur l'intolérance à l'incertitude chez les jeunes, notamment celle de Laugesen et collaborateurs (2003) évoquée précédemment. Leurs résultats démontrent que l'intolérance à l'incertitude explique une part significative de la variance de l'inquiétude chez les adolescents. Les auteurs ont également pu démontrer que l'intolérance à l'incertitude était fortement associée aux scores d'inquiétude et qu'elle constituait la variable la plus importante pour discriminer les adolescents qui s'inquiètent de façon modérée de ceux qui s'inquiètent beaucoup. Les auteurs concluent que l'intolérance à l'incertitude joue un rôle-clé dans la compréhension de l'inquiétude chez l'adolescent (Laugesen et al., 2003).

Dans leur étude menée auprès de 191 adolescents âgés entre 14 et 18 ans, Boelen, Vrinssen et van Tulder (2010) ont montré, de leur côté, que l'intolérance à l'incertitude était spécifiquement corrélée avec l'inquiétude et l'anxiété sociale, mais non avec la dépression, lorsque la variance partagée par ces variables avec l'affectivité négative, l'âge et le sexe était contrôlée. De plus, les résultats montrent que l'intolérance à l'incertitude agit comme un médiateur des liens existant entre l'affectivité négative et l'inquiétude et l'anxiété sociale (Boelen et al., 2010).

Comer, Roy, Furr, Gotimer, Beidas, Dugas et Kendall (2009), pour leur part, ont mené une étude auprès de 197 enfants âgés entre 7 et 17 ans. L'étude montre que les enfants ayant un diagnostic de trouble anxieux obtiennent des résultats plus élevés que les enfants de la population générale au questionnaire Intolerance of Uncertainty Scale for Children (IUSC).

L'étude de Evans et Galyer (2009) menée auprès de 54 enfants de maternelle (âge moyen = 4 ans et 8 mois) a montré que certains enfants s'inquiètent davantage dans les situations incertaines. Dans leur expérimentation, un assistant de recherche présentait à l'enfant une boîte contenant soit un chaton, soit un monstre imaginaire. Puis, selon la condition dans laquelle l'enfant se trouvait, on lui fournissait soit aucune information, soit une information verbale, soit une information visuelle afin qu'il devine ce qui se trouvait dans la boîte. Les enfants ayant reçu soit une information verbale, soit aucune information, étaient significativement plus enclins à vérifier la présence ou l'absence de la créature durant le jeu. Les résultats montrent que certains enfants sont plus inquiets dans les situations incertaines et que le type d'information donné à l'enfant est important, car il les aide à réguler leur inquiétude (Evans & Galyer, 2009).

En définitive, il semble que plusieurs des processus cognitifs présents chez l'adulte anxieux le soient également chez l'enfant anxieux : évitement cognitif, sensibilité à l'anxiété, recherche de réassurance, amplification somato-sensorielle, interprétation erronée des symptômes et intolérance à l'incertitude. Toutefois, aucune étude ne s'est

encore penchée sur la présence de ces processus cognitifs chez l'enfant présentant de l'anxiété à l'égard de sa santé. Étant donnée l'importance d'une connaissance approfondie de ces processus pour une meilleure compréhension du fonctionnement de l'enfant souffrant d'un trouble anxieux ainsi que pour son traitement, il semble primordial de voir si les mêmes processus cognitifs sont aussi présents chez l'enfant anxieux à l'égard de sa santé.

Présentation des deux articles

Les facteurs exposés dans ce chapitre laissent croire que l'anxiété à l'égard de la santé existe chez l'enfant. Toutefois, cette problématique demeure sous-diagnostiquée, sous-traitée et sous-étudiée en psychologie, cela s'expliquant en partie par le fait que les enfants qui en sont atteints sont davantage vus en pédiatrie (Lipowski, 1987). Cette revue des écrits permet d'ailleurs de réaliser l'ampleur des lacunes dans le domaine de l'anxiété à l'égard de la santé chez l'enfant et de constater l'importance de s'attarder davantage à cette problématique, étant données ses conséquences importantes sur le fonctionnement personnel, scolaire et social des enfants qui en sont atteints.

Bien que tous les facteurs présentés dans ce chapitre semblent impliqués d'une façon ou d'une autre dans le phénomène de l'anxiété à l'égard de la santé chez l'enfant, l'auteure de la présente thèse a choisi de s'intéresser spécifiquement à deux composantes, soient les variables familiales et cognitives, afin de mener plus loin l'exploration de la problématique. La variable familiale qui fait l'objet du premier article est l'impact de la

perception des comportements parentaux par l'enfant sur son niveau d'anxiété à l'égard de la santé. La décision de privilégier cette variable aux styles d'attachement, une autre variable familiale d'intérêt, a été prise en fonction de l'accessibilité et de la validité des outils d'évaluation relevés dans les écrits scientifiques. En effet, sous un angle pratique, il semble exister davantage de questionnaires auto-révélés validés, notamment le EMBU-CR, pour évaluer la perception des comportements parentaux que de mesures auto-révélées pour évaluer les patrons d'attachement. Quelques questionnaires auto-révélés mesurant l'attachement des enfants d'âge scolaire existent, comme le AQC (Muris et al., 2001) et le *Security Scale* (Kerns, Aspelmeier, Gentzler, & Grabill, 2001), mais ces questionnaires ne permettent pas d'évaluer chaque patron d'attachement identifié dans la Situation étrangère, notamment les patrons d'attachement insécurisant-ambivalent et insécurisant-désorganisé, qui sont les plus souvent associés aux symptômes intériorisés dans les études. Pour effectuer cette première étude par questionnaires, le choix s'est donc arrêté sur l'évaluation des comportements parentaux pour lesquels il existe une plus grande variété de questionnaires auto-rapportés validés et grandement utilisés. Le deuxième article, pour sa part, porte sur les processus cognitifs présents chez l'enfant présentant de l'anxiété à l'égard de sa santé, une variable cognitive d'importance tant auprès de la population adulte présentant de l'anxiété à l'égard de la santé qu'auprès d'enfants anxieux. Pour chaque article, un contexte théorique sera effectué, la méthode sera présentée et les résultats de l'étude seront discutés. Une discussion et une conclusion générales suivront la présentation des deux articles.

Chapitre 1

Les comportements parentaux associés à l'anxiété à l'égard de la santé chez l'enfant

Les comportements parentaux associés à l'anxiété à l'égard de la santé chez l'enfant

Marie-Christine Houde-Charron, Ph.D.¹

Frédéric Langlois, Ph.D.²

¹ Complète son doctorat en psychologie à l'Université du Québec à Trois-Rivières

² Professeur à l'Université du Québec à Trois-Rivières
et affilié au Centre de Recherche Fernand-Séguin.

Toute correspondance relative à cet article doit être acheminée à Marie-Christine Houde-Charron, Hôpital Rivière-des-Prairies, 7070, boulevard Perras, Montréal, Québec, Canada, H1E 1A4; Courriel : marie.christine.houde.charron.hrdp@ssss.gouv.qc.ca.

Sommaire

Dans les dernières années, l'anxiété à l'égard de la santé (ou hypocondrie, dans sa forme plus sévère) chez l'adulte a fait l'objet d'un grand nombre d'études en psychologie. Toutefois, très peu se sont intéressées au même phénomène chez l'enfant. La présente étude corrélationnelle examine la relation entre l'anxiété à l'égard de la santé chez l'enfant et les comportements parentaux (chaleur émotionnelle, rejet, contrôle/surprotection et comportements anxieux). Deux cent quarante-quatre enfants (108 garçons et 136 filles) âgés entre 8 et 12 ans et leurs parents ont participé à l'étude. Les comportements parentaux ont été évalués selon la perspective de l'enfant et du parent lui-même. Des analyses de régression multiple démontrent que les comportements anxieux et de contrôle/surprotection du père et de la mère perçus par les garçons et les filles prédisent l'anxiété à l'égard de la santé chez l'enfant. Les résultats démontrent que, chez les garçons seulement, la chaleur émotionnelle perçue chez le père et la mère prédit une part significative de l'anxiété à l'égard de la santé. Les résultats montrent aussi que la perception de rejet chez le père prédit l'anxiété à l'égard de la santé chez les filles. Finalement, une absence de corrélation a été obtenue entre l'anxiété à l'égard de la santé de l'enfant et celle de ses parents. Les résultats sont discutés en termes de différences sexuelles, de rôles et de stéréotypes sexuels, de perceptions et de cadre parental.

Mots clés : Anxiété à l'égard de la santé; Comportements parentaux; Enfants.

Introduction

L'hypocondrie consiste en une préoccupation centrée sur la crainte ou sur l'idée d'être atteint d'une maladie grave, fondée sur l'interprétation erronée de symptômes physiques ou de manifestations du fonctionnement corporel, persistant malgré un examen médical approfondi et rassurant (American Psychiatric Association, 2003). Dans le DSM-IV, l'hypocondrie est considérée comme un trouble somatoforme. Toutefois, le comité de travail de l'American Psychiatric Association (APA), qui se penche actuellement sur le développement du nouveau DSM, a proposé de créer le diagnostic « anxiété à l'égard de la maladie » (*illness anxiety disorder*), distinct de l'hypocondrie, pour la cinquième édition qui paraîtra prochainement. Ce nouveau diagnostic serait plutôt caractérisé par une anxiété importante liée à la possibilité d'être malade, avec peu ou pas de symptômes somatiques associés (APA, 2011). Cette proposition va dans le même sens que les travaux de la plupart des chercheurs intéressés par l'hypocondrie adulte (Langlois, Pelletier, Ladouceur, & Brassard Lapointe, 2005; Salkovskis, 1991; Salkovskis, Rimes, Warwick, & Clark, 2002; Salkovskis & Warwick, 1989). En effet, depuis quelques années déjà, certains auteurs suggèrent que le concept « anxiété à l'égard de la santé » serait moins restrictif, car il permettrait de considérer les cas cliniques où l'anticipation de la maladie est plus importante que la conviction d'être atteint une maladie. Pour toutes ces raisons, le terme « anxiété à l'égard de la santé » sera donc privilégié dans cet article.

Malgré sa prévalence élevée dans la population adulte, Kahana et Feeny (2005) indiquent que la prévalence de l'anxiété à l'égard de la santé n'est pas connue chez les

jeunes, malgré le fait que l'on sache que les phobies spécifiques liées à la maladie, au sang ou aux blessures débutent pendant l'enfance (APA, 2003). D'ailleurs, des études ayant comme objet les peurs infantiles révèlent que les enfants ont d'importantes peurs liées à la santé (peur de la mort, peur de ne pas être capable de respirer ou peur de contracter une maladie grave) (Muris, Merckelbach, Gadet, & Moulaert, 2000; Muris, Merckelbach, Mayer, & Prins, 2000; Ollendick, Yang, King, Dong, & Akande, 1996).

L'anxiété est l'un des problèmes de santé mentale que l'on retrouve le plus fréquemment chez les enfants d'âge scolaire (Bowen, Offord, & Boyle, 1990; Schniering, Hudson, & Rapee, 2000). Même si ce problème est très répandu et qu'il persiste souvent à l'adolescence, l'étiologie et les conséquences de l'anxiété chez l'enfant demeurent complexes (Wood, McLeod, Sigman, Hwang, & Chu, 2003). Les modèles traditionnels qui ont tenté d'expliquer le développement de l'anxiété chez l'enfant en terme d'effet principal unique (c.-à-d. contrôle parental, traits génétiques, etc.) ont tous échoué, ne réussissant à expliquer à eux seuls qu'une fraction de la variance associée aux symptômes ou aux troubles anxieux chez les enfants (Vasey & Dadds, 2001). Les théories actuelles considèrent plutôt l'anxiété chez l'enfant comme étant la résultante d'une combinaison de facteurs de risque et de protection externes (familiaux, socioenvironnementaux) et internes (génétiques, cognitifs) (Wood et al., 2003).

Trois grandes dimensions parentales

Depuis les dernières années, le rôle que les parents jouent dans le développement et le maintien de symptômes anxieux chez leurs enfants a fait l'objet de nombreuses études

(Cobham, Dadds, & Spence, 1999; Siqueland, Kendall, & Steinberg, 1996). En effet, les comportements parentaux joueraient un rôle déterminant dans le développement de l'anxiété chez l'enfant (Rapee, 1997). Depuis les années '90, les études qui se sont intéressées à la relation entre le style parental ou les comportements parentaux et l'anxiété chez l'enfant ont mené à la proposition de trois dimensions parentales distinctes : 1) la chaleur émotionnelle versus le rejet; 2) le contrôle ou la surprotection versus la valorisation de l'autonomie; et 3) le modeling des comportements anxieux.

La *chaleur émotionnelle*, ou acceptation, réfère à une approche parentale générale caractérisée par une réceptivité et une chaleur interactionnelle (incluant l'acceptation des sentiments et des comportements de l'enfant, l'écoute active, etc.), de même que par une implication émotionnelle et comportementale dans la vie et les activités de l'enfant. Van der Bruggen, Stams, Bögels et Paulussen-Hoogeboom (2010) suggèrent de placer la chaleur émotionnelle au bout d'un continuum décrivant le soutien donné à l'enfant par le parent. À l'autre extrémité du continuum du soutien parental se trouverait l'antithèse de la chaleur émotionnelle : le *rejet* (ou la critique). Selon Rohner et Rohner (1980), le rejet parental peut se manifester de trois manières distinctes : 1) par un manque de chaleur émotionnelle et d'affection de la part du parent à l'égard de son enfant; 2) par des comportements hostiles et agressifs; ou 3) par de l'inattention ou de la négligence.

Le *contrôle excessif*, ou surprotection, réfère plutôt à une régulation excessive des activités et de la routine de l'enfant, à une prise de décision parentale autocratique, à de la surprotection ou au fait de dire à l'enfant comment penser ou comment se sentir (Barber, 1996; Steinberg, Elmer, & Mounts, 1989). Ces différentes manifestations du

contrôle parental impliquent toutes l'encouragement de la dépendance aux parents, ce qui, hypothétiquement, affecte chez l'enfant sa perception qu'il peut maîtriser son environnement. Un tel manque de maîtrise contribuerait à un niveau élevé d'anxiété de trait en créant chez l'enfant un biais cognitif caractérisé par une perception des événements comme étant hors de son contrôle (Chorpita & Barlow, 1998).

La dernière dimension, le *modeling des comportements anxieux*, fait référence au fait de montrer à l'enfant que les problèmes sont dangereux et insolubles, de l'encourager à recourir à des stratégies d'évitement et à voir les problèmes de façon catastrophique et de punir ses stratégies de coping ou de résolution de problèmes (Capps & Ochs, 1995; Whaley, Pinto, & Sigman, 1999). Les enfants de parents qui favorisent fréquemment le modeling de comportements anxieux pourraient en venir à croire qu'il n'y a aucune façon de résoudre des problèmes efficacement et ne seraient pas enclins à développer de bonnes stratégies de gestion de l'anxiété (Whaley et al., 1999).

Études menées auprès des enfants

Les études visant à mesurer la relation entre l'anxiété et les trois dimensions parentales décrites précédemment ont tendance à utiliser le questionnaire Eigna Minnen Beträffander Uppfostran pour enfants (EMBU-C; Castro, Toro, van der Ende, & Arrindell, 1993; révisé par Grüner, Muris, & Merckelbach, 1999). Les recherches ont généralement montré des corrélations positives significatives entre les symptômes anxieux chez l'enfant et les comportements anxieux, de rejet et de contrôle parental perçus par l'enfant (Brown & Whiteside, 2008; Grüner et al., 1999; Muris, 2002; Muris, Meesters, Merckelbach, & Hülsenbeck, 2000; Muris & Merckelbach, 1998; Muris &

Merckelbach, 1999; Stark, Humphrey, & Crook, 1990; Yahav, 2006). En effet, les enfants anxieux percevaient leurs parents comme étant davantage surprotecteurs comparativement aux enfants non-anxieux (Messer & Beidel, 1994; Silverman, Cerny, & Nelles, 1988). Siqueland et ses collaborateurs (1996), pour leur part, ont montré que les parents d'enfants anxieux étaient perçus par leurs enfants comme étant moins tolérants et moins respectueux quant aux divergences d'opinions et présentaient davantage de jugements ou de réactions de rejet que les parents d'enfants non-anxieux. Ils seraient en général moins acceptants que les parents d'enfants non-anxieux (Moore, Whaley, & Sigman, 2004; Scott, Scott, & McCabe, 1991; Siqueland et al., 1996). D'autres auteurs ont observé que les parents d'enfants anxieux s'investissent moins dans les interactions (Woodruff-Borden, Morrow, & Bourland, 2002) et prennent rapidement le contrôle sur les problèmes que l'enfant doit résoudre (Krohne & Hock, 1991). De façon générale, ils favoriseraient moins l'autonomie (Barrett, Shortt, & Healy, 2002; Siqueland et al., 1996; Whaley et al., 1999) que les parents d'enfants non-anxieux. Muris, Steerneman, Merckelbach et Meesters (1996), de leur côté, ont montré que les phobies spécifiques rapportées par les enfants dépendent en grande partie du fait que leur mère expriment leurs propres peurs en présence de leur enfant. Certaines études révèlent même que les mères d'enfants anxieux, indépendamment de leur propre niveau d'anxiété, sont moins chaleureuses comparativement aux mères des enfants non-anxieux (Moore et al., 2004; Whaley et al., 1999).

La présente étude vise donc l'exploration de la relation existant entre certains comportements parentaux, perçus tant chez l'enfant que chez ses parents, et l'anxiété à

l'égard de la santé chez l'enfant. L'hypothèse centrale qui est soulevée est la suivante : la perception qu'a l'enfant d'un faible niveau de chaleur émotionnelle et d'un niveau élevé de rejet, de contrôle et de comportements anxieux chez ses parents prédit une part significative de l'anxiété à l'égard de la santé chez l'enfant. Des analyses exploratoires secondaires seront aussi effectuées afin d'examiner les différences de perception des comportements parentaux entre les garçons et les filles et entre les enfants et leurs parents. Le rôle modérateur du sexe de l'enfant dans la relation existant entre la perception des comportements parentaux et l'anxiété à l'égard de la santé de l'enfant sera investigué. Finalement, le lien entre l'anxiété à l'égard de la santé du parent et celle de l'enfant sera examiné.

Méthode

Participants et déroulement

Un total de 784 enfants francophones de 3^e à 6^e année répartis dans quatre écoles primaires de la Rive-Nord et de la Rive-Sud de Montréal ont assisté à une présentation détaillée du projet de recherche. Une lettre adressée aux parents de même qu'un formulaire de consentement éclairé a été remis aux élèves afin qu'ils les remettent à leurs parents. Deux semaines plus tard, la collecte des formulaires de consentement dûment signés a été effectuée dans chacune des classes. Sur les 784 enfants sollicités au départ, 253 enfants ont obtenu l'approbation de leurs parents pour participer à l'étude. Sur ce nombre, 244 enfants ont complété les questionnaires individuellement, sur une base volontaire, durant les heures de classe (neuf enfants étaient absents lors de la passation). Afin de compléter les questionnaires, les enfants ont été regroupés par niveau

scolaire dans un local préalablement réservé à cette fin. Les participants étaient donc appelés à sortir de leur groupe-classe pendant la passation (d'une durée d'environ 45 minutes) et à retourner en classe dès qu'ils avaient terminé de compléter leur cahier. Durant cette période, les enfants pouvaient, en tout temps, questionner la responsable de la recherche (la première auteure).

Comme la participation des parents à l'étude était aussi sollicitée, 229 mères et 147 pères ont également accepté de participer à l'étude. Ceux-ci avaient la possibilité de remplir leurs questionnaires en format papier ou par Internet. S'ils choisissaient de compléter le questionnaire par Internet, les parents recevaient l'adresse URL du site sécurisé où ils devaient se rendre pour compléter le questionnaire. En définitive, 173 mères et 86 pères ont complété les questionnaires.

En résumé, 244 enfants âgés entre 8 et 12 ans (3^e à 6^e année) fréquentant deux écoles primaires de la Montérégie et deux écoles primaires de la Rive-Nord de Montréal de même que leur mère et/ou leur père (173 mères et 86 pères, pour un total 259 parents) ont donc participé à cette étude. L'âge moyen des 244 enfants de l'échantillon (108 garçons et 136 filles) est de 9,94 ans (écart-type = 1,21 ans). Les parents se retrouvent davantage dans la strate d'âge 36 à 40 ans (39,77 %), suivi de 41 à 45 ans (28,96 %), de 31 à 35 ans (19,69 %), de 46 à 50 ans (9,65 %), de 26 à 30 ans (1,54 %) et de 51 à 55 ans (0,77 %).

Instruments de mesure

Enfants.

L'échelle d'attitudes à l'égard de la maladie chez l'enfant (CIAS-fr). Le CIAS-fr est la traduction française du Childhood Illness Attitude Scales (CIAS; Wright & Asmundson, 2003), un instrument de mesure auto-rapportée comportant 35 items, basé sur le Illness Attitude Scales (IAS; Kellner, 1987). Conçu pour être utilisé auprès d'enfants d'âge scolaire (8 à 15 ans), le CIAS-fr est destiné à évaluer les peurs, les croyances et les attitudes associées à l'hypocondrie et aux comportements anormaux à l'égard de la maladie. Chaque item est évalué sur une échelle de type Likert en trois points (jamais = 1, parfois = 2, très souvent = 3). Il a été démontré que la version originale anglaise, le CIAS, possède une bonne validité de construit et une fidélité test-retest de 0,86 lorsqu'un intervalle de temps de 10 à 14 jours sépare les deux passations (Wright & Asmundson, 2003, 2005). Il possède également une très bonne cohérence interne ($\alpha = 0,88$; Wright & Asmundson, 2005). Sa structure factorielle, quant à elle, révélait la présence de quatre facteurs distincts : 1) peurs; 2) recherche d'aide; 3) effets des symptômes; et 4) expériences de traitement. Dans la version québécoise francophone (Houde-Charron & Langlois, 2008), qui a été traduite de l'anglais en utilisant la méthode de traduction-retraduction (Vallerand, 1989), deux items mesurant les expériences de traitement de l'enfant ont été enlevés du questionnaire original (item 30 : « combien de médecins as-tu vus au cours de la dernière année? » et item 31 : « combien de fois t'es-tu fait soigner (avec des médicaments) ou opérer au cours de la dernière année? ») : ces questions ont plutôt été déplacées dans le *Questionnaire démographique et de santé de*

l'enfant qui est complété par le parent (voir la description du questionnaire plus loin). Le facteur « expériences de traitement » a donc été retiré des analyses. L'analyse de fiabilité du CIAS-fr révèle un coefficient alpha de Cronbach de 0,90, témoignant d'une bonne cohérence interne. Aucun item, lorsque retiré des analyses, ne fait augmenter de façon significative la valeur du coefficient de Cronbach. Des coefficients alpha de 0,86, 0,77 et 0,79 ont été obtenus pour les facteurs « peurs », « recherche d'aide » et « effets des symptômes », respectivement. Malgré la structure factorielle en trois facteurs, seul le score total est considéré dans la présente étude et ce, afin de représenter le concept d'anxiété à l'égard de la santé dans sa globalité (aspects cognitif, comportemental et émotionnel). Le CIAS-fr présente, finalement, une bonne validité convergente, divergente et de critère (Joly, Houde-Charron, & Langlois, 2010).

Egna Minnen Beträffande Uppfostran for Children - Revised (EMBU-CR). Le EMBU-CR (Castro et al., 1993; adaptation et traduction française : Gosselin, 2007) comporte 40 items qui évaluent quatre styles parentaux perçus par l'enfant : la chaleur émotionnelle (exemple : « tes parents montrent qu'ils t'aiment »), le rejet (exemple : « tes parents préféreraient que tu sois comme quelqu'un d'autre »), le contrôle/la surprotection (exemple : « tes parents veulent que tu leur dévoiles tes secrets ») et les comportements anxieux (exemple : « tes parents veulent te protéger de tous les dangers possibles »). La cotation s'effectue sur une échelle de type Likert en quatre points (1- Non, jamais à 4- Oui, presque toujours). L'enfant doit évaluer de façon distincte les comportements de sa mère et de son père. Ce questionnaire est présentement en cours de validation par le Laboratoire de thérapies cognitives-comportementales de l'Université

de Sherbrooke. La version utilisée dans la présente étude comporte 39 items, un item (« tes parents te battent sans raison ») ayant été supprimé à des fins d'éthique et pour éviter un problème de désirabilité sociale.

Parents.

Questionnaire démographique et de santé de l'enfant. Ce questionnaire a été créé aux fins de l'étude et est composé de 26 questions visant la collecte d'informations démographiques et objectives. Des questions relatives à l'âge, au niveau de scolarité, à l'occupation et au statut conjugal des parents sont posées, de même que des questions spécifiques relatives à l'état de santé de l'enfant (diagnostics reçus, nombre de consultations, types de professionnels consultés, absences sans raison de l'école, etc.).

L'Inventaire d'Anxiété face à la Santé (IAS) - version courte. La version originale anglophone du questionnaire IAS, le Health Anxiety Inventory (HAI; Salkovskis et al., 2002), est un instrument de mesure auto-rapportée comportant 18 items (version courte). Le HAI est destiné à évaluer le niveau d'anxiété à l'égard de la santé chez l'adulte et est utilisé auprès des parents dans la présente étude. Chaque item est constitué de quatre énoncés : la personne qui répond au questionnaire doit, pour chaque item, déterminer l'énoncé qui correspond le mieux à la façon dont elle s'est sentie au cours des six derniers mois. La structure factorielle est en deux facteurs et est composée d'une échelle principale mesurant le niveau d'anxiété face à la santé et d'un deuxième facteur appelé « conséquences négatives ». Il a été démontré que le HAI possède une bonne fidélité, une excellente cohérence interne ($\alpha = 0,95$; Salkovskis et al., 2002), une fidélité test-retest de 0,76 et une bonne validité de construit (Salkovskis et al., 2002). L'analyse de

fiabilité de la version québécoise (Langlois, Pettersen, Harrison-Robitaille, & Houde-Charron, 2010), dont la traduction française a été réalisée grâce à la méthode de traduction-retraduction, a révélé un coefficient de cohérence interne de 0,88. Les coefficients de cohérence interne de l'échelle principale et du facteur « conséquences négatives » sont respectivement de 0,88 et 0,72. Dans la présente étude, toutefois, seul le score total est considéré et ce, afin de représenter le concept dans sa globalité (aspects cognitif, comportemental et émotionnel).

Egna Minnen Beträffande Uppfostran för Parents (EMBU-PR). Le EMBU-PR (Castro et al., 1993; adaptation et traduction française : Gosselin, 2007) consiste en une adaptation des 40 items du EMBU-CR (décrit précédemment) s'adressant aux parents et leur permettant d'évaluer leurs propres comportements parentaux (la chaleur émotionnelle, le rejet, le contrôle et la surprotection et les comportements anxieux). La cotation s'effectue sur une échelle de type Likert en quatre points (1- Non, jamais à 4- Oui, presque toujours). Ce questionnaire est présentement en cours de validation par le Laboratoire de thérapies cognitives-comportementales de l'Université de Sherbrooke. La version qui est utilisée dans la présente étude comporte 39 items, un item (« j'ai tendance à battre mon enfant sans raison ») ayant été supprimé à des fins d'éthique.

Résultats

Analyses préliminaires de fiabilité

EMBU-CR. Au questionnaire EMBU-CR, chaque enfant devait évaluer de façon distincte les comportements de sa mère et de son père. À l'échelle des mères, l'analyse de fiabilité du EMBU-CR révèle des coefficients alpha de 0,63, 0,76, 0,74 et 0,82 pour

les sous-échelles « contrôle/surprotection », « chaleur émotionnelle », « rejet » et « comportements anxieux », respectivement. À l'échelle des pères, des coefficients alpha de 0,68, 0,79, 0,71 et 0,81 ont été obtenus pour les sous-échelles « contrôle/surprotection », « chaleur émotionnelle », « rejet » et « comportements anxieux », respectivement.

Des corrélations ont été calculées entre les quatre comportements parentaux perçus par l'enfant chez sa mère et chez son père (voir Tableau 1).

Suite à ces analyses préliminaires, les sous-échelles « comportements anxieux » et « contrôle/surprotection » ont été regroupées pour trois raisons : 1) la cohérence interne de la sous-échelle « contrôle/surprotection » est faible; 2) la force de la relation existant entre les comportements anxieux et les comportements de contrôle/surprotection est assez importante ($r = 0,60$ pour les comportements de la mère et $r = 0,62$ pour les comportements du père); et 3) lorsque les sous-échelles « contrôle/surprotection » et « comportements anxieux » sont combinées, le coefficient alpha de la nouvelle sous-échelle est de 0,84 pour les comportements de la mère (perçus par l'enfant) et de 0,84 pour le père (perçus par l'enfant). Notons qu'une analyse factorielle exploratoire (méthode Varimax) a été exécutée afin de vérifier si les items des trois nouvelles sous-échelles se regroupaient ensemble de façon naturelle. Les résultats de l'analyse montrent, effectivement, que les sous-échelles « comportements anxieux » et « contrôle/surprotection » se regroupent de façon naturelle, appuyant la décision de les fusionner.

EMBU-PR. Chez les mères, l'analyse de fiabilité du EMBU-PR révèle des coefficients alpha de Cronbach de 0,61, 0,84, 0,80 et 0,85 pour les sous-échelles « contrôle/surprotection », « chaleur émotionnelle », « rejet » et « comportements anxieux », respectivement. Pour les mêmes raisons énoncées précédemment pour le EMBU-CR, les sous-échelles « contrôle/surprotection » et « comportements anxieux » sont combinées. Le coefficient alpha de la nouvelle sous-échelle est de 0,83. Chez les pères, des coefficients alpha de 0,64, 0,73, 0,77 et 0,82 ont été obtenus pour les sous-échelles « contrôle/surprotection », « chaleur émotionnelle », « rejet » et « comportements anxieux », respectivement. Lorsque les sous-échelles « contrôle/surprotection » et « comportements anxieux » sont combinées, le coefficient alpha de la nouvelle sous-échelle est de 0,82.

Analyses statistiques

Liens entre l'anxiété à l'égard de la santé, l'âge et le sexe des enfants. Afin de déceler de possibles liens entre l'anxiété à l'égard de la santé, l'âge et le sexe des enfants, des corrélations de Pearson ont été calculées. Les résultats montrent une corrélation non-significative entre l'âge et l'anxiété à l'égard de la santé chez l'enfant. Des ANOVAS à un facteur révèlent que les filles présentent des scores plus élevés que les garçons au score total et aux sous-échelles (score total d'anxiété à l'égard de la santé : $F(1, 242) = 17,41, p < 0,001$; sous-échelle « peurs » : $F(1, 242) = 14,86, p < 0,001$; sous-échelle « recherche d'aide » : $F(1, 242) = 11,16, p < 0,01$; sous-échelle « effets des symptômes » : $F(1, 242) = 7,23, p < 0,01$). Les moyennes et les écarts-types sont présentées au Tableau 2.

Analyse des différences de perception des comportements parentaux. La présente étude portant sur les comportements parentaux se base uniquement sur des perceptions auto-révélees. Il est donc important de vérifier s'il existe des différences de perception et ce, de deux manières : 1) en vérifiant s'il existe des différences de perception entre les garçons et les filles; et 2) en comparant la perception de l'enfant à celle de ses parents.

Différences entre les garçons et les filles dans la perception des comportements de leurs parents. Des comparaisons de moyennes ont été effectuées entre les garçons et les filles au questionnaire EMBU-CR afin de déterminer si ceux-ci perçoivent leurs parents différemment (voir Tableau 3). Les résultats démontrent qu'en moyenne et de manière statistiquement significative, les filles perçoivent leur mère comme étant plus chaleureuse comparativement aux garçons de l'échantillon ($F(1,235) = 5,51, p < 0,05$). Les différences de moyennes entre la perception des garçons et des filles pour les autres comportements de la mère sont non-significatives. Les garçons, pour leur part, ont tendance à percevoir leur père comme étant plus rejetant comparativement aux filles de l'échantillon ($F(1,224) = 3,94, p < 0,05$). Les différences de moyennes entre la perception des garçons et des filles pour les autres comportements du père sont non-significatives.

Différences de perception entre les parents et les enfants en ce qui a trait aux comportements parentaux. Des tests t révèlent des différences significatives entre la perception des enfants et celle des mères en ce qui a trait aux comportements parentaux. Plus spécifiquement, après avoir effectué une correction de Bonferroni, les différences

de perception entre la mère et l'enfant sont significatives ($p < 0,05$) pour un seul comportement parental à l'étude, soit la chaleur émotionnelle. Ceci signifie que les enfants ont tendance à percevoir les mères comme étant moins chaleureuses ($t(162) = -2,81, p < 0,05$) qu'elles ne se perçoivent elles-mêmes. Il n'existe aucune différence significative entre la perception des enfants et celle des pères (voir Tableau 4).

Analyses principales. Les prochaines analyses visent à déterminer si les comportements parentaux (perçus par l'enfant) peuvent prédire l'anxiété à l'égard de la santé chez l'enfant. Les analyses abordent tant la perception de l'enfant que celle des parents.

Prédiction de l'anxiété à l'égard de la santé de l'enfant à partir de sa perception des comportements de ses parents. Des analyses de régression multiple utilisant la méthode pas à pas ont été effectuées dans le but de déterminer les comportements parentaux (perçus par l'enfant) qui prédisaient significativement l'anxiété à l'égard de la santé chez l'enfant. Deux analyses ont été effectuées pour l'ensemble des enfants : la première concernait les comportements perçus chez la mère et la deuxième, les comportements perçus chez le père (voir Tableaux 5 et 6). Dans ces analyses, la variable dépendante est le résultat total obtenu au questionnaire CIAS-fr. Les variables indépendantes sont les trois comportements parentaux à l'étude : 1) la chaleur émotionnelle; 2) le rejet; et 3) les comportements anxieux et de contrôle/surprotection.

Les résultats aux analyses de régression multiple font ressortir différents comportements parentaux comme prédicteurs d'anxiété à l'égard de la santé chez l'enfant. La première analyse démontre une relation significative entre l'anxiété à l'égard

de la santé et les comportements de la mère perçus par l'enfant ($R^2 = 0,14$, $F(1, 232) = 38,09$, $p < 0,001$). En effet, les résultats montrent que la perception de comportements anxieux et de contrôle/surprotection chez la mère explique 14 % de la variance de l'anxiété à l'égard de la santé chez l'enfant. En ce qui a trait aux comportements du père perçus par l'enfant, la deuxième analyse démontre aussi une relation significative avec l'anxiété à l'égard de la santé ($R^2 = 0,18$, $F(1, 221) = 47,24$, $p < 0,001$). Les comportements anxieux et de contrôle/surprotection du père permettent de prédire 18 % de la variance associée à l'anxiété à l'égard de la santé chez l'enfant.

Analyse de l'interaction entre le sexe de l'enfant et les comportements parentaux.

Puisque les comparaisons de moyennes ont montré des différences entre les garçons et les filles quant à la perception de certains comportements de leurs parents, il semble pertinent de vérifier si le sexe de l'enfant agit aussi comme modérateur sur la relation existant entre l'anxiété à l'égard de la santé et les comportements parentaux perçus par l'enfant. Pour ce faire, une analyse des termes d'interaction a été effectuée. Suivant les recommandations de Aiken et West (1991), une centration à la moyenne a d'abord été effectuée pour chacune des variables indépendantes (les trois comportements parentaux à l'étude perçus chez la mère et chez le père, pour un total de six variables). Les valeurs 0 et 1 ont ensuite été attribuées au sexe de l'enfant (0 = garçons et 1 = filles). Par la suite, des termes d'interaction ont été créés en multipliant ces variables centrées à la moyenne et le modérateur (le sexe de l'enfant). Six analyses de régression multiple, dans lesquelles les trois termes (variable indépendante centrée à la moyenne, sexe de l'enfant et terme d'interaction) ont été entrés dans le modèle en un seul bloc (méthode

« entrée »), ont finalement été effectuées afin de tester si les termes d'interaction créés étaient statistiquement significatifs. Les analyses démontrent la présence de trois termes d'interaction significatifs, soit l'interaction entre le sexe de l'enfant et : 1) la chaleur émotionnelle perçue par l'enfant chez sa mère ($R^2 = 0,10$, $F(3, 233) = 9,00$, $p < 0,001$) (voir Tableau 7); 2) la chaleur émotionnelle perçue par l'enfant chez son père ($R^2 = 0,09$, $F(3, 220) = 7,52$, $p < 0,001$) (voir Tableau 8); et 3) le rejet perçu par l'enfant chez son père ($R^2 = 0,12$, $F(3, 222) = 10,10$, $p < 0,001$) (voir Tableau 9). Pour deux de ces termes d'interaction (interaction entre le sexe de l'enfant et la chaleur émotionnelle perçue chez la mère et chez le père), le coefficient B de l'effet de la variable indépendante sur la variable dépendante (anxiété à l'égard de la santé chez l'enfant) est significatif, mais seulement pour les garçons (perception de chaleur émotionnelle chez la mère : $B = 0,54$, $p < 0,01$; perception de chaleur émotionnelle chez le père : $B = 0,47$, $p < 0,01$). Comme les modèles de régression testant l'interaction entre le sexe de l'enfant et la perception de chaleur émotionnelle chez la mère et chez le père sont significatifs, cela indique que la perception de chaleur émotionnelle chez le père et chez la mère prédit l'anxiété à l'égard de la santé chez l'enfant, mais seulement pour les garçons. La même procédure a été refaite, mais cette fois, avec la variable « sexe de l'enfant » recodée de façon à ce que 0 = filles et 1 = garçons. Les résultats montrent que la perception de rejet chez le père prédit l'anxiété à l'égard de la santé chez l'enfant, mais seulement pour les filles ($B = 0,78$, $p < 0,001$). Le modèle de régression testant l'interaction entre le sexe de l'enfant et la perception de rejet chez le père est significatif.

Relation entre les comportements parentaux perçus par les parents eux-mêmes et l'anxiété à l'égard de la santé chez l'enfant. Des régressions linéaires ont aussi été effectuées pour tenter de prédire l'anxiété à l'égard de la santé de l'enfant à partir des comportements parentaux tels que perçus par les parents. Les résultats obtenus indiquent qu'aucun des comportements parentaux perçus par les parents eux-mêmes ne prédit l'anxiété à l'égard de la santé chez l'enfant.

Discussion

La présente étude a exploré les relations existant entre les comportements parentaux tels que perçus par l'enfant et l'anxiété à l'égard de la santé dans un groupe d'enfants de la population générale. Dans un premier temps, les résultats démontrent que l'anxiété à l'égard de la santé est statistiquement différente selon le sexe de l'enfant. En effet, les filles présentent une plus forte anxiété à l'égard de la santé que les garçons. Ces résultats vont dans le même sens que les études récentes : Costello, Egger et Angold (2004) indiquent à ce propos qu'en général, les filles sont un peu plus susceptibles que les garçons de présenter un trouble anxieux, particulièrement une phobie spécifique, un trouble panique, de l'agoraphobie ou un trouble d'anxiété de séparation.

Puisque les analyses de la présente étude se basent sur des perceptions, il était important de documenter si ces perceptions pouvaient différer entre les garçons et les filles, mais également entre l'enfant et ses parents. Les résultats montrent qu'en général, les filles ont tendance à percevoir leur mère comme étant plus chaleureuse comparativement aux garçons. Les garçons, quant à eux, ont tendance à percevoir leur père comme étant plus rejetant comparativement aux filles. Le fait que les filles

perçoivent leur mère comme étant plus chaleureuse que leur contrepartie masculine est un résultat qui a également été obtenu par Roelofs, Meesters, Huurne, Bamelis et Muris (2006). Les filles seraient-elles plus sensibles à la chaleur émotionnelle que les garçons? Traditionnellement, la mère est souvent associée à la figure parentale qui prodigue les soins de base et l'affection. Il se peut que les filles réclament davantage de chaleur émotionnelle que les garçons. Conséquemment, cela renforcerait la mère dans l'expression de comportements chaleureux envers sa fille. Cependant, au-delà des perceptions, les mères pourraient généralement avoir tendance à montrer une plus grande chaleur émotionnelle envers leur fille qu'envers leur garçon. Les résultats obtenus amènent également à se questionner sur le besoin du garçon préadolescent de se dissocier des comportements chaleureux de sa mère. En effet, est-il possible que le préadolescent désire davantage se distancer des comportements chaleureux de la mère que la préadolescente? Le garçon aurait peut-être davantage tendance que la jeune fille à se dire, peut-être par désirabilité sociale, qu'il n'a pas besoin de sa mère pour le consoler ou lui remonter le moral. Il semble, d'ailleurs, que les mères aient tendance à valoriser davantage l'autonomie chez leur garçon que chez leur fille (Pomerantz, 1996; Prinstein & La Greca, 1999). Cette plus grande valorisation d'autonomie faciliterait peut-être chez le garçon le processus de séparation-individuation qui commence à s'opérer à la préadolescence.

En contre-partie, les résultats indiquent que les garçons tendent à percevoir leur père comme étant plus rejetant comparativement aux filles. Ce résultat est peut-être partiellement lié au précédent. En effet, il est possible que les parents soient

naturellement portés à exprimer plus de comportements chaleureux aux filles. Du même coup, un garçon pourrait alors se sentir mis à l'écart, voire même rejeté par un parent manifestant moins de comportements chaleureux à son endroit. De plus, comme les jeunes garçons sont plus susceptibles de présenter une symptomatologie externalisée que les jeunes filles (Bird, Gould, Yager, Staghezza, & Canino, 1989; Offord, Boyle, & Racine 1989; Velez, Johnson, & Cohen, 1989), il se peut que ceux-ci soient plus souvent confrontés à l'autorité du père et perçoivent cela comme du rejet.

Les résultats démontrent aussi que les enfants ne voient pas leurs parents comme ces derniers se perçoivent. Des constats similaires ont été obtenus par Schwarz, Barton-Henry et Pruzinsky (1985) de même que par Bögels et van Melick (2004). En effet, Schwarz et ses collaborateurs (1985) ont montré que les parents ont tendance à avoir une meilleure perception de leurs comportements parentaux que leur enfant à leur égard. Bögels et van Melick (2004), pour leur part, ont trouvé que les mères avaient tendance à donner une meilleure évaluation de leurs propres comportements parentaux que leurs enfants ne le faisaient, mais que les pères s'auto-évaluaient de manière semblable à leur enfant. Dans la présente étude, il est possible qu'un phénomène de désirabilité sociale ait amené les parents à surévaluer les comportements qui sont normalement valorisés dans le rôle parental (chaleur émotionnelle). Une autre hypothèse possible concerne la conception que se fait un parent du parent idéal. Il est possible qu'il y ait parfois confusion entre cet idéal et la réalité lorsque le parent s'auto-évalue.

Le but ultime de la présente étude était de déterminer si les comportements parentaux perçus par l'enfant pouvaient prédire la variance associée à l'anxiété à l'égard

de la santé. Dans un premier temps, des analyses de régressions ont permis de confirmer que les comportements anxieux et de surprotection, tant chez le père que chez la mère, prédisent l'anxiété à l'égard de la santé chez l'enfant.

Il est possible qu'un enfant percevant ses parents comme très contrôlants et surprotecteurs à son endroit puisse en venir à croire que le monde est dangereux et donc, à se percevoir comme étant davantage vulnérable, notamment aux maladies. Le contrôle parental a comme conséquence de réduire les occasions d'exploration de l'environnement de manière autonome (Muris & Merckelbach, 1998). En effet, comme les comportements de contrôle renforcent la dépendance au parent, l'enfant en vient à croire qu'il est dangereux de faire face seul à son environnement, favorisant du même coup le développement d'un pauvre sentiment de contrôle et d'efficacité personnelle chez celui-ci. L'inclusion de coaching parental favorisant l'autonomie de l'enfant pourrait donc être une piste intéressante pour prévenir le développement d'une anxiété significative à l'égard de la santé.

Les comportements anxieux des parents prédisent aussi l'anxiété à l'égard de la santé chez l'enfant. Selon Barrett, Rapee, Dadds et Ryan (1996), de tels comportements encourageraient l'enfant à avoir recours à des stratégies d'évitement ou à entretenir des pensées anxieuses. L'enfant qui présenterait des symptômes physiques inquiétants ne pourrait donc pas apprendre, par modeling, à générer des pensées réalistes et à tolérer son malaise puisque ces stratégies ne sont ni utilisées, ni encouragées par les parents. Encore une fois, ces résultats nous indiquent à quel point il est important d'inclure les parents dans la thérapie afin qu'ils deviennent davantage conscients de leurs propres

modes de fonctionnement et de l'impact qu'ils ont sur leur enfant (notamment par le modeling), mais également afin qu'ils acquièrent de meilleures stratégies de gestion de leur anxiété de façon à devenir de meilleurs modèles pour leur enfant.

Les analyses ont démontré la présence d'un effet d'interaction entre le sexe de l'enfant et les comportements parentaux perçus dans la prédiction de l'anxiété à l'égard de la santé. Chez les garçons seulement, la perception de comportements de chaleur émotionnelle chez la mère et le père prédit l'anxiété à l'égard de la santé, ce qui va à l'encontre de l'hypothèse de départ. Un résultat similaire a également été obtenu dans un certain nombre d'études récentes (Gallagher, 2008; van der Bruggen et al., 2010). Une façon d'expliquer ce résultat serait de considérer le soutien parental sur un continuum : à un extrême se trouveraient les comportements qui seraient si peu chaleureux que nous pourrions les qualifier de rejetants. De l'autre côté du continuum se trouverait le parent « trop chaleureux », voire intrusif ou quasi fusionnel à son enfant. Ce parent pourrait envoyer le message à son enfant qu'il a absolument besoin de lui à ses côtés pour explorer son environnement, qu'il n'en est pas capable seul. À ce propos, Barlow (2002) indique que trop de chaleur émotionnelle viendrait avec une trop grande implication du parent qui empêcherait l'enfant de développer de nouvelles habiletés pour gérer les stressors, les parents s'assurant que les stressors sont évités. Conséquemment, cela mènerait au développement de l'anxiété chez l'enfant. Il est possible de poser l'hypothèse que pour les garçons, il existe une confusion entre la surprotection et la chaleur émotionnelle lorsque ce dernier comportement est perçu comme étant excessif. Traditionnellement, dans notre société, il est peut-être davantage acceptable et normal

pour un parent d'être très chaleureux envers sa fille. L'expression des sentiments est grandement valorisée chez la jeune fille et elle semble davantage autorisée à exprimer une certaine vulnérabilité. Chez le garçon, cette vulnérabilité semble moins encouragée, moins bien acceptée. Les enfants possédant très tôt la notion de stéréotypes sexuels (Auster & Mansbach, 2012; Birnbaum, 1983; Fagot, Leinbach, & O'Boyle, 1992; Goble, Martin, Hanish, & Fabes, 2012; Patterson, 2012), il est probable que le jeune garçon ressent ce qu'il est acceptable ou non de faire en termes de rôles sexuels stéréotypés et que les comportements de soins, du même coup, soient davantage associés au sexe féminin. En définitive, il est donc possible que le garçon qui perçoit ses parents comme étant très ou trop chaleureux envers lui en vienne à croire qu'il est très vulnérable. En se percevant comme étant fragile, l'enfant peut en venir à se dire qu'il est plus susceptible de développer des maladies qu'un autre. Une autre hypothèse pourrait contribuer à l'explication de ce résultat : chez les garçons, la perception de comportements très chaleureux de la part des parents correspondrait plutôt à la réassurance donnée par ces derniers. Prenons l'exemple d'un enfant qui vient d'identifier chez lui un symptôme physique qu'il croit être le signe d'une maladie grave. Inquiet, il aura probablement le réflexe d'aller voir son parent pour se faire rassurer et ce, surtout s'il perçoit ce dernier comme étant chaleureux. Or, une réassurance excessive ne permet à l'enfant ni de tolérer son malaise, ni d'arriver à gérer lui-même son anxiété plus efficacement. Par le fait même, cela contribue au développement d'anxiété à l'égard de la santé. Finalement, une dernière explication pour ces résultats est soulevée par Gallagher (2008), qui indique que de hauts niveaux de chaleur émotionnelle de la part du parent semblent être associés à un

manque de limites ou à un manque de discipline. De telles limites fournissent un cadre clair à l'enfant, donnant du même coup la chance à l'enfant de tester ces frontières avec ses parents, ce qui le rendrait plus fort et moins susceptible de développer de l'anxiété. De plus, la discipline parentale donnerait à l'enfant un sentiment de sécurité, alors qu'un manque de limites et une trop grande affirmation de puissance génèrerait de l'anxiété chez le jeune enfant (Gallagher, 2008).

Les résultats montrent aussi que la perception de comportements rejetants chez le père prédit l'anxiété à l'égard de la santé chez l'enfant, mais seulement pour les filles. Ces résultats vont dans le même sens que les études ayant démontré que les enfants anxieux perçoivent leurs parents comme plus rejetants (Brown & Whiteside, 2008; Grüner et al., 1999; Muris, 2002; Muris et al., 2000; Rapee, 1997; Roelofs et al., 2006; Vulic-Prtoric & Macuka, 2006; Yahav, 2006) que les enfants non-anxieux. Deux hypothèses peuvent contribuer à l'explication de ce résultat. D'abord, il est possible que plus un enfant manifeste des craintes à l'égard de sa santé et recherche de la réassurance auprès de son père, plus ce dernier répond à son enfant de manière rejetante, résultat d'une impuissance à pouvoir le rassurer ou d'un sentiment d'exaspération devant des demandes de réassurance répétées. D'un autre côté, il est également possible de croire que plus un père est rejetant envers sa fille (en la critiquant ou en minimisant ses sentiments négatifs), plus cette dernière risque de développer des difficultés à réguler ses émotions et à tolérer les affects négatifs, la rendant du même coup plus sensible à l'anxiété sous toutes ses formes, incluant l'anxiété à l'égard de la santé. D'une manière ou d'une autre, ceci pourrait expliquer de quelle façon la perception de comportements

rejetants chez le père prédit d'anxiété à l'égard de la santé chez les jeunes filles. De son côté, le garçon qui perçoit son père comme peu chaleureux ne sera pas enclin à aller le voir pour se faire rassurer. Il demeurerait donc sans aide, sans autre choix que de devoir tolérer son émotion et la réguler par lui-même. Il apprendrait peut-être alors davantage à tolérer l'émotion négative, ce qui le protégerait contre l'anxiété.

D'autres résultats provenant des analyses de régression montrent qu'aucun des comportements parentaux perçus par les parents eux-mêmes ne prédit les tendances hypocondriaques chez l'enfant. Ces résultats sont étonnants, mais semblent démontrer que c'est avant tout la perception de l'enfant qui prime lors de la prédiction de l'anxiété à l'égard de la santé, et non la perception des parents. Rappelons qu'il est possible qu'un phénomène de désirabilité sociale ait influencé ces résultats. Notons aussi que la présente étude se penchait exclusivement sur les perceptions des parents et des enfants. Il aurait été intéressant de combiner l'utilisation des questionnaires à des observations des comportements parentaux sur le terrain par un évaluateur externe. Une telle méthode de recherche pourrait d'ailleurs être utilisée dans le cadre de recherches futures.

Les résultats indiquent l'absence de corrélation entre l'anxiété à l'égard de la santé de l'enfant et celle de ses parents. Il aurait toutefois été intéressant de voir si le lien aurait été significatif entre l'anxiété à l'égard de la santé du parent et l'anxiété de trait chez l'enfant, de façon plus générale. En effet, il n'est pas dit que l'anxiété à l'égard de la santé du parent n'est pas liée à une autre forme d'anxiété chez l'enfant. En considérant la santé comme un thème d'inquiétude parmi d'autres dans le cadre d'un TAG, par exemple, il est possible que ce thème n'inquiète pas l'enfant, mais que

d'autres thèmes (comme la performance scolaire ou les catastrophes naturelles) l'inquiètent. Il aurait fallu évaluer l'anxiété générale de l'enfant pour le savoir. Une étude de Muris et ses collaborateurs (2000) peut aussi contribuer à l'explication de ce résultat. En effet, selon les auteurs, les inquiétudes découleraient principalement (dans 55 % des cas) d'expériences de conditionnement, c'est-à-dire d'avoir déjà vécu une expérience en lien avec l'inquiétude. Le modeling (avoir déjà vu une personne s'inquiéter) viendrait en troisième rang pour ce qui est de la source des inquiétudes (13 % des enfants). D'après cette étude, même si les enfants voyaient leurs parents s'inquiéter pour leur santé, ils auraient plus de chance de devenir eux-mêmes inquiets à l'égard de leur santé en vivant une expérience désagréable en lien avec la maladie, par exemple.

Il est possible de dégager certaines limites de la présente étude. Chez les parents, il est possible que l'emploi de mesures auto-rapportées les ait amenés à répondre dans le sens de la désirabilité sociale. Une façon intéressante de contourner ce problème aurait été de combiner les mesures auto-rapportées à des observations systématiques de dyades ou de triades parent(s)-enfant. Une autre limite réside dans le mode de sélection des participants. Il est possible que les gens qui ont accepté de participer soient ceux qui avaient déjà, à la base, un intérêt pour le thème de l'étude. Aussi, l'étude s'est déroulée dans la population générale. Or, il aurait été intéressant de bâtir un échantillon composé uniquement d'enfants ayant un niveau significatif d'anxiété à l'égard de la santé et retester la force des liens. Il aurait également été très intéressant d'obtenir plus que la seule perception de l'enfant quant à son niveau d'anxiété à l'égard de la santé. En effet,

l'obtention des perceptions des parents, enseignants ou pairs aurait pu contribuer à apporter un éclairage différent et à préciser davantage la problématique. Finalement, il aurait été important de questionner davantage les participants quant à certaines variables sociodémographiques d'intérêt (par exemple : revenu familial, nationalité, modalités de garde d'enfant, etc.) de façon à avoir une meilleure connaissance de la population à l'étude.

Malgré ces quelques limites, la présente étude comporte aussi plusieurs forces. Notons d'abord qu'elle constitue l'une des seules études s'étant intéressées à l'anxiété à l'égard de la santé chez l'enfant et ce, malgré le fait que plusieurs études aient montré que les enfants ont d'importantes peurs liées à la santé (Muris, Merckelbach, Gadet, & Moulaert, 2000; Muris, Merckelbach, Mayer & Prins, 2000; Ollendick et al., 1996). En deuxième lieu, le grand nombre d'enfants recrutés pour participer à l'étude constitue une autre force à noter puisqu'il permet de représenter assez fidèlement les tendances auprès de la population générale et de généraliser les résultats obtenus. Une autre force consiste en la présence de données relatives aux pères. En effet, très peu d'études se sont intéressées au rôle du père dans le développement de l'anxiété chez l'enfant (Phares, Lopez, Fields, Kamboukos, & Duhig, 2005; voir aussi la revue des écrits de Bögels & Phares, 2008). Pourtant, les études récentes montrent que le père joue un rôle très important dans l'étiologie, la prévention et le traitement de l'anxiété chez l'enfant (Bögels & Phares, 2008).

La présente étude démontre que la façon dont l'enfant *perçoit* les comportements de ses parents (indépendamment de la réalité objective) est un facteur lié à l'anxiété à

l'égard de la santé chez l'enfant. Cette étude démontre que certains comportements parentaux perçus par l'enfant sont prédicteurs d'une anxiété significative à l'égard de la santé. Les résultats montrent aussi qu'il existe des différences significatives entre la perception des enfants et celle de leurs parents. Ces résultats préliminaires ouvrent la porte à de nouvelles perspectives dans la prévention et le traitement de l'anxiété à l'égard de la santé chez l'enfant, notamment en soulignant l'importance d'explorer avec l'enfant la perception qu'il a des comportements de ses parents et de les revalider avec leur aide. L'inclusion des parents dans le traitement de l'enfant s'avère donc primordiale, puisqu'il permet aussi aux parents de développer eux-mêmes des stratégies de gestion de l'anxiété plus efficaces et ainsi, devenir de meilleurs modèles pour leur enfant.

Références

- Aiken, L. S., & West, S. G. (1991). *Multiple Regression: Testing and Interpreting Interactions*. Newbury Park, Californie: Sage Publications, Inc.
- American Psychiatric Association. (2003). *DSM-IV-TR: Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (4^e éd., texte révisé) (version internationale) (Washington, DC, 2000). Traduction française par J. D. Guelfi et al., Paris : Masson.
- American Psychiatric Association. (2011). J 02 Illness Anxiety Disorder. *DSM-5 Development*. Récupéré le 21 septembre 2011 de <http://www.dsm5.org/ProposedRevision/Pages/proposedrevision.aspx?rid=10#>.
- Auster, C. J., & Mansbach, C. S. (2012). The gender marketing of toys: An analysis of color and type of toy on the Disney store website. *Sex Roles*, 67, 375-388.
- Barber, B. (1996). Parental psychological control: Revisiting a neglected construct. *Child Development*, 67, 3296-3319.
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2e éd.). New York: Guilford Press.
- Barrett, P. M., Rapee, R. M., Dadds, M. R., & Ryan, S. M. (1996). Family enhancement of cognitive style in anxious and aggressive children: Threat bias and the FEAR effect. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24, 187-203.
- Barrett, P. M., Shortt, A., & Healy, L. (2002). Do parent and child behaviours differentiate families whose children have obsessive-compulsive disorder from other clinic and non-clinic families? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43, 597-607.

- Bird, H. R., Gould, M. S., Yager, T., Staghezza, B., et al. (1989). Risk factors for maladjustment in Puerto Rican children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 847-850.
- Birnbaum, D. W. (1983). Preschoolers' stereotypes about sex differences in emotionality : A reaffirmation. *The Journal of Genetic Psychology: Research and Theory on Human Development*, 143, 139-140.
- Bögels, S. M., & Phares, V. (2008). Fathers' role in the etiology, prevention and treatment of child anxiety: A review and new model. *Clinical Psychology Review*, 28, 539-558.
- Bögels, S. M., & van Melick, M. (2004). The relationship between child-report, parent self-report, and partner report of perceived parental rearing behaviors and anxiety in children and parents. *Personality and Individual Differences*, 37, 1583-1596.
- Bowen, R. C., Offord, D. R., & Boyle, M. H. (1990). The prevalence of overanxious disorder and separation anxiety disorder: Results from the Ontario Child Health Study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 753-758.
- Brown, A. M., & Whiteside, S. P. (2008). Relations Among Perceived Parental Rearing Behaviors, Attachment Style, and Worry in Anxious Children. *Anxiety Disorders*, 22, 263-272.

- Bruggen, C. O. van der, Stams, G. J. J. M., Bögels, S. M., & Paulussen-Hoogeboom, M. C. (2010). Parenting Behaviour as a Mediator between Young Children's Negative Emotionality and their Anxiety/Depression. *Infant and Child Development*, 19, 354-365.
- Capps, L., & Ochs, E. (1995). *Constructing panic: The discourse of agoraphobia*. Cambridge: Harvard University Press.
- Castro, J., Toro, J., Van der Ende, J., & Arrindell, W. A. (1993). Exploring the feasibility of assessing perceived parental rearing styles in Spanish children with the EMBU. *International Journal of Social Psychiatry*, 39, 47-57.
- Chorpita, B. F., & Barlow, D. H. (1998). The development of anxiety: The role of control in the early development. *Psychological Bulletin*, 124, 3-21.
- Cobham, V. E., Dadds, M. R., & Spence, S. H. (1999). Anxious children and their parents: What do they expect? *Journal of Clinical Child Psychology*, 28, 220-231.
- Costello, E.J., Egger, H. L., & Angold, A. (2004). Developmental epidemiology of anxiety disorders. Dans T. H. Ollendick, & J. S. March (Éds), *Phobic and Anxiety Disorders in Children and Adolescents*. New York: Oxford University Press.
- Fagot, B. I., Leinbach, M. D., & O'Boyle, C. (1992). Gender labeling, gender stereotyping, and parenting behaviors. *Developmental Psychology*, 28, 225-230.
- Gallagher, S. B. (2008). Anxiety in childhood: The role of parental cognition and behaviour. *Unpublished doctoral dissertation*, The University of Manchester, Manchester.

- Goble, P., Martin, C. L., Hanish, L. D., & Fabes, R. A. (2012). Children's gender-typed activity choices across preschool social contexts. *Sex Roles*, 67, 435-451.
- Grüner, K., Muris, P., & Merckelbach, H. (1999). The Relationship Between Anxious Rearing Behaviours and Anxiety Disorders Symptomatology in Normal Children. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 30, 27-35.
- Joly, M., Houde-Charron, M.-C., & Langlois, F. (mars 2010). *L'échelle d'attitudes à l'égard de la maladie chez les enfants*. Affiche présentée au 32^e Congrès de la Société Québécoise pour la Recherche en Psychologie, Montréal, Québec.
- Kahana, S. Y., & Feeny, N. C. (2005). Cognitive Behavioral Treatment of Health-Related Anxiety in Youth: A Case Example. *Cognitive and Behavioral Practice*, 12, 290-300.
- Kellner, R. (1987). *Abridged Manual of the Illness Attitudes Scale*. Department of Psychiatry, School of Medicine, University of New Mexico.
- Krohne, H. W., & Hock, M. (1991). Relationships Between Restrictive Mother-Child Interactions and Anxiety of the Child. *Anxiety Research*, 4, 109-124.
- Langlois, F., Pelletier, O., Ladouceur, R., & Brassard Lapointe, M. (2005). Les processus cognitifs de l'Anxiété à l'égard de la santé. *Revue francophone de Clinique Comportementale et Cognitive*, 10, 11-17.

- Langlois, F., Pettersen, R., Harrison-Robitaille, K., & Houde-Charron, M.-C. (mars 2010). *L'inventaire d'anxiété face à la santé: les propriétés psychométriques de la version francophone dans un échantillon analogue*. Affiche présentée au 32^e Congrès de la Société Québécoise pour la Recherche en Psychologie, Montréal, Québec.
- Messer, S. C., & Beidel, D. C. (1994). Psychosocial correlates of childhood anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 975-983.
- Moore, P. S., Whaley, S. E., & Sigman, M. (2004). Interactions between mothers and children: Impacts of maternal and child anxiety. *Journal of Abnormal Psychology*, 113, 471-476.
- Muris, P. (2002). Parental rearing behaviors and worry of normal adolescents. *Psychological Reports*, 91, 428-430.
- Muris, P., Meesters, C., Merckelbach, H., & Hülsenbeck, P. (2000). Worry in children is related to perceived parental rearing and attachment. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 487-497.
- Muris, P., & Merckelbach, H. (1998). Perceived parental rearing behaviour and anxiety disorders symptoms in normal children. *Personality and Individual Differences*, 25, 1199-1206.
- Muris, P., & Merckelbach, H. (1999). The etiology of childhood specific phobia: a multifactorial model. Dans M. W. Vasey, & M. R. Dadds, *The Developmental Psychopathology of Anxiety*. New York: Oxford University Press.

- Muris, P., Merckelbach, H., Gadet, B., & Moulart, V. (2000). Fears, worries, and scary dreams in 4- to 12-year-old children: Their content, developmental pattern, and origins. *Journal of Clinical Child Psychology, 29*, 43-52.
- Muris, P., Merckelbach, H., Mayer, B., & Prins, E. (2000). How serious are common childhood fears?. *Behaviour Research and Therapy, 38*, 217-228.
- Muris, P., Steerneman, P., Merckelbach, H., & Meesters, C. (1996). The role of parental fearfulness and modeling in children's fear. *Behaviour Research and Therapy, 34*, 265-268.
- Offord, D. R., Boyle, M. H., & Racine, Y. (1989). Ontario Child Health Study: Correlates of disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 28*, 856-860
- Ollendick, T. H., Yang, B., King, N. J., Dong, Q., & Akande, A. (1996). Fears in American, Australian, Chinese, and Nigerian Children and Adolescents: A Cross-Cultural Study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 37*, 213-220.
- Patterson (2012). Self-perceived gender typicality, gender-typed attributes, and gender stereotype endorsement in elementary-school-aged children. *Sex Roles, 67*, 422-434.
- Phares, V., Lopez, E., Fields, S., Kamboukos, D., & Duhig, A. M. (2005). Are fathers involved in pediatric psychology research and treatment? *Journal of Pediatric Psychology, 30*, 631-643.
- Pomerantz, E. M. (1996). The role of parental autonomy granting and control in the development of sex differences in self-evaluative processes. *Dissertation Abstracts International, 56*, 6421.

- Prinstein, M. J., & La Greca, A. M. (1999). Links between mothers' and children's social competence and associations with maternal adjustment. *Journal of Clinical Child Psychology, 28*, 197-210.
- Rapee, R. M. (1997). Potential Role of Childrearing Practices in the Development of Anxiety and Depression. *Clinical Psychology Review, 17*, 47-67.
- Roelofs, J., Meesters, C., Huurne, M. T., Bamelis, L., & Muris, P. (2006). On the Links Between Attachment Style, Parental Rearing Behaviors, and Internalizing and Externalizing Problems in Non-Clinical Children. *Journal of Child and Family Studies, 15*, 331-344.
- Rohner, R. P. & Rohner, E. C. (1980). Antecedents and consequences of parental rejection: a theory of emotional abuse. *Child Abuse and Neglect, 4*, 189-198.
- Salkovskis, P. M. (1991). Anxiété et santé : aspects cognitivo-comportementaux. *Act Médecine Interne-psychiatrie, 8*, 78-88.
- Salkovskis, P. M., Rimes, K. A., Warwick, H. M. C., & Clark, D. M. (2002). The Health Anxiety Inventory: development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. *Psychological Medicine, 32*, 843-853.
- Salkovskis, P. M., & Warwick, H. M. C. (1989). Morbide Preoccupation, Health Anxiety and Reassurance: A Cognitive-Behavioral Approach to Hypochondriasis. *Behaviour Research and Therapy, 24*, 597-602.
- Schniering, C. A., Hudson, J. L., & Rapee, R. M. (2000). Issues in the diagnosis and assessment of anxiety disorders in children and adolescents. *Clinical Psychology Review, 20*, 453-478.

- Schwarz, J. C., Barton-Henry, M. L., & Pruzinsky, T. (1985). Assessing Child-rearing Behaviors: A Comparison of Ratings Made by Mother, Father, Child, and Sibling on the CRPBI. *Child Development*, 56, 462-479.
- Scott, W. A., Scott, R., & McCabe, M. (1991). Family relationships and children's personality: A cross-cultural, cross-source comparison. *British Journal of Social Psychology*, 30, 1-20.
- Silverman, W. K., Cerny, J. A., & Nelles, W. B. (1988). The familial influence in anxiety disorders: Studies on the offspring of patients with anxiety disorders. Dans B. B. Lahey, & A. E. Kazdin (Éds), *Advances in Clinical Child Psychology* (Vol.11), (pp. 223-248). New York: Plenum Press.
- Siqueland, L., Kendall, P. C., & Steinberg, L. (1996). Anxiety in Children: Perceived Family Environments and Observed Family Interaction. *Journal of Clinical Child Psychology*, 25, 225-237.
- Stark, K. D., Humphrey, L. L., & Crook, K. (1990). Perceived Family Environments of Depressed and Anxious Children: Child's and Maternal Figure's Perspectives. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 18, 527-547.
- Steinberg, L., Elmer, J. D., & Mounts, N. S. (1989). Authoritative parenting, psychosocial maturity, and academic success among adolescents. *Child Development*, 60, 1424-1436.
- Vallerand, R. J. (1989). Vers une méthodologie de validation transculturelle de questionnaires psychologiques: Implications pour la recherche en langue française. *Psychologie canadienne*, 30, 662-680.

- Vasey, M. W., & Dadds, M. R. (2001). *The developmental psychopathology of anxiety*. New York: Oxford University Press.
- Velez, C. N., Johnson, J., & Cohen, P. (1989). A longitudinal analysis of selected risk factors for childhood psychopathology. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 861-864.
- Vulic-Prtoric, A., & Macuka, I. (2006). Family and coping factors in the differentiation of childhood anxiety and depression. *Psychology and Psychotherapy*, 79, 199-214.
- Whaley, S. E., Pinto, A., & Sigman, M. (1999). Characterizing Interactions Between Anxious Mothers and their Children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 826-836.
- Wood, J. J., McLeod, B.D., Sigman, M., Hwang, W.-C., & Chu, B.C. (2003). Parenting and Childhood Anxiety: theory, empirical findings, and future directions, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44, 134-151.
- Woodruff-Borden, J., Morrow, C., & Bourland, S. (2002). The Behavior of Anxious Parents: Examining Mechanisms of Transmission of Anxiety from Parent to Child. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 31, 364-374.
- Wright, K. D., & Asmundson, G. J. G. (2003). Health Anxiety in Children: Development and Psychometric Properties of the Childhoods Illness Attitude Scales. *Cognitive Behaviour Therapy*, 32, 194-202.
- Wright, K. D., & Asmundson, G. J. G. (2005). Brief Report: Factor Structure of the Childhood Illness Attitude Scales (CIAS). *Journal of Pediatric Psychology*, 30, 213-218.

Yahav, R. (2006). The relationship between children's and adolescents' perceptions of parenting style and internal and external symptoms. *Child: care, health and development*, 33, 460-471.

Tableau 1

Coefficients de corrélation entre les quatre comportements parentaux perçus par l'enfant chez sa mère et son père

Comportement parental	Mère			Père		
	Chaleur	Contrôle	Rejet	Chaleur	Contrôle	Rejet
Contrôle/surprotection	0,23**			0,18**		
Rejet	-0,23**	0,39**		-0,26**	0,43**	
Comportements anxieux	0,30**	0,60**	0,31**	0,35**	0,62**	0,31**

** $p < 0,01$.

Tableau 2

Comparaison de moyennes entre les garçons et les filles au CIAS

Variable	Garçons		Filles		F(1,242)
	M	ÉT	M	ÉT	
CIAS total	21,58	8,90	26,37	8,90	17,41***
CIAS-peurs	8,05	5,11	10,66	5,36	14,86***
CIAS-recherche d'aide	9,36	3,65	10,84	3,26	11,16**
CIAS-effets des symptômes	3,02	1,77	3,64	1,79	7,23**

Note. Le test de Levene est non-significatif pour chacune des variables : le postulat d'homogénéité des variances est donc satisfait.

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

Tableau 3

Comparaison de moyennes entre les garçons et les filles au EMBU-CR

Comportement parental	Comportements de la mère					Comportements du père				
	Garçons		Filles			Garçons		Filles		
	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>F</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>F</i>
Chaleur	32,34	4,89	33,75	4,35	5,51*	31,82	5,18	33,10	4,73	3,72
Rejet	15,22	4,59	14,30	4,08	2,67	15,19	4,60	14,08	3,76	3,94*
Contrôle + comp. anxieux	46,60	9,66	47,10	9,46	0,15	45,01	10,15	44,55	9,46	0,13

* $p < 0,05$.

Tableau 4

Comparaison de moyennes entre les enfants (EMBU-CR) et leurs parents (EMBU-PR) en ce qui a trait à la perception des comportements parentaux

Variable	Comportements de la mère					Comportements du père				
	Enfants		Mères			Enfants		Pères		
	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>t</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>t</i>
Chaleur	33,15	4,74	34,36	4,00	-2,81*	33,46	4,25	33,37	3,50	0,19
Rejet	14,47	4,24	13,69	3,31	2,06	13,92	4,17	14,04	3,05	-0,21
Contrôle + comp. anxieux	46,42	9,02	45,91	7,69	0,58	43,90	8,42	44,01	6,51	-0,10

* $p < 0,05$ (après correction de Bonferroni).

Tableau 5

Coefficients de corrélation et de régression (méthode pas à pas) dans la prédiction de l'anxiété à l'égard de la santé chez les garçons et les filles (N = 234) et des trois sous-échelles évaluant les comportements de la mère par l'enfant

	CIAS total	Chaleur	Rejet	C. anx/ contrôle	Prob>t	Bêta	sR ²
Chaleur	0,19**				0,22	0,08	
Rejet	0,07	-0,23***			0,17	-0,09	
Comp. anx/contrôle	0,38***	0,31***	0,39***		0,00	0,38	0,14

Note. $R^2 = 0,14$, $F(1, 232) = 38,09$, $p < 0,001$.

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

Tableau 6

Coefficients de corrélation et de régression (méthode pas à pas) dans la prédiction de l'anxiété à l'égard de la santé chez les garçons et les filles (N = 223) et des trois sous-échelles évaluant les comportements du père par l'enfant

	CIAS total	Chaleur	Rejet	C.,anx/ contrôle	Prob>t	Bêta	sR ²
Chaleur	0,14*				0,77	0,02	
Rejet	0,17**	-0,26***			0,96	0,00	
Comp. anx./contrôle	0,42***	0,30***	0,40***		0,00	0,42	0,18

Note. $R^2 = 0,18$, $F(1, 221) = 47,24$, $p < 0,001$.

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

Tableau 7

Test de l'effet d'interaction du sexe de l'enfant avec la chaleur émotionnelle de la mère (perçue par l'enfant) dans la prédiction de l'anxiété à l'égard de la santé de l'enfant

Variable	B	Erreur standard du B	Prob> t	Bêta	R ²
Garçons codés 0, filles codées 1					
Chaleur mère (centrée)	0,54	0,18	0,00	0,27	
Sexe	4,39	1,16	0,00	0,24	
Sexe X chaleur mère	-0,53	0,25	0,03	-0,19	0,10
Garçons codés 1, filles codées 0					
Chaleur mère (centrée)	0,01	0,17	0,95	0,01	
Sexe	-4,39	1,16	0,00	-0,24	
Sexe X chaleur mère	0,53	0,25	0,03	0,19	0,10

Note. R² = 0,10, F(3, 233) = 9,00, p < 0,001.

Tableau 8

Test de l'effet d'interaction du sexe de l'enfant avec la chaleur émotionnelle du père (perçue par l'enfant) dans la prédiction de l'anxiété à l'égard de la santé de l'enfant

Variable	B	Erreur standard du B	Prob>t	Bêta	R ²
Garçons codés 0, filles codées 1					
Chaleur père (centrée)	0,47	0,17	0,01	0,25	
Sexe	4,27	1,19	0,00	0,23	
Sexe X chaleur père	-0,51	0,24	0,04	-0,20	0,09
Garçons codés 1, filles codées 0					
Chaleur père (centrée)	-0,04	0,17	0,81	-0,02	
Sexe	-4,27	1,19	0,00	-0,23	
Sexe X chaleur père	0,51	0,24	0,04	0,19	0,09

Note. R² = 0,09, F(3, 220) = 7,52, p < 0,001.

Tableau 9

Test de l'effet d'interaction du sexe de l'enfant avec le rejet du père (perçu par l'enfant) dans la prédiction de l'anxiété à l'égard de la santé de l'enfant

Variable	B	Erreur standard du B	Prob>t	Bêta	R ²
Garçons codés 0, filles codées 1					
Rejet père (centré)	0,21	0,19	0,28	0,09	
Sexe	4,99	1,17	0,00	0,27	
Sexe X rejet père	0,57	0,28	0,04	0,18	0,12
Garçons codés 1, filles codées 0					
Rejet père (centré)	0,78	0,21	0,00	0,35	
Sexe	-4,99	1,17	0,00	-0,27	
Sexe X rejet père	-0,57	0,28	0,04	-0,19	0,12

Note. R² = 0,12, F(3, 222) = 10,10, p < 0,001.

Chapitre 2

Les processus cognitifs impliqués dans l'anxiété à l'égard de la santé chez l'enfant

Les processus cognitifs impliqués dans l'anxiété à l'égard de la santé chez l'enfant

Marie-Christine Houde-Charron, Ph.D.¹

Frédéric Langlois, Ph.D.²

¹ Complète son doctorat en psychologie à l'Université du Québec à Trois-Rivières

² Professeur à l'Université du Québec à Trois-Rivières et

affilié au Centre de Recherche Fernand-Séguin.

Toute correspondance relative à cet article doit être acheminée à Marie-Christine Houde-Charron, Hôpital Rivière-des-Prairies, 7070, boulevard Perras, Montréal, Québec, Canada, H1E 1A4; Courriel : marie.christine.houde.charron.hrdp@ssss.gouv.qc.ca.

Sommaire

Dans les dernières années, l'anxiété à l'égard de la santé chez l'adulte (ou hypocondrie, dans sa forme plus sévère) a fait l'objet d'un grand nombre d'études en psychologie. Toutefois, très peu se sont intéressées au même phénomène chez l'enfant. La présente étude, de nature exploratoire et corrélationnelle, examine la relation entre l'anxiété à l'égard de la santé chez l'enfant et les processus cognitifs qui y sont impliqués. Deux cent quarante-quatre enfants (108 garçons et 136 filles) âgés entre 8 et 12 ans et leurs parents ont participé à l'étude. La tendance à l'anxiété à l'égard de la santé de l'enfant a été évaluée, de même que la présence de divers processus cognitifs (intolérance à l'incertitude, sensibilité à l'anxiété, attitude négative face aux problèmes et évitement cognitif). Les résultats démontrent que la sensibilité à l'anxiété, l'évitement cognitif, l'intolérance à l'incertitude et l'attitude négative face aux problèmes sont significativement corrélés à l'anxiété à l'égard de la santé chez les garçons et chez les filles. Les analyses démontrent que la sensibilité à l'anxiété est le principal prédicteur d'anxiété à l'égard de la santé chez les enfants, suivie de l'intolérance à l'incertitude, dans une plus faible proportion. Les résultats sont discutés en termes de différences sexuelles et de développement cognitif.

Mots clés : Anxiété à l'égard de la santé; Processus cognitifs; Enfants.

Introduction

L'anxiété à l'égard de la santé fait référence aux peurs et aux croyances liées à la santé. Ces peurs/croyances sont basées sur l'interprétation erronée d'un ou de plusieurs symptômes physiologiques comme étant les signes précurseurs d'une maladie grave et elles ont tendance à persister malgré un examen médical approfondi et rassurant. Dans le DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2003), deux formes cliniques d'anxiété à l'égard de la santé sont répertoriées : 1) la phobie de la maladie, une phobie spécifique de la catégorie des troubles anxieux, et 2) l'hypocondrie, qui fait partie de la catégorie des troubles somatoformes. Les chercheurs intéressés par l'hypocondrie adulte (Langlois, Pelletier, Ladouceur, & Boucher, 2005; Salkovskis, 1991; Salkovskis, Rimes, Warwick, & Clark, 2002; Salkovskis & Warwick, 1989) constatent les nombreuses similitudes entre ce trouble et les troubles anxieux, notamment au plan des processus cognitifs impliqués (Noyes, 1999).

Dans les dernières années, le développement de modèles cognitifs a permis de mieux comprendre l'anxiété à l'égard de la santé chez l'adulte. Par exemple, Salkovskis et Warwick (1986, 2001; Warwick & Salkovskis, 1990) ont développé un modèle cognitivo-comportemental qui suggère que les personnes anxieuses à l'égard de leur santé entretiennent des croyances erronées concernant la prévalence des maladies graves, la signification des sensations physiques et l'évolution et le traitement des maladies. Selon leur modèle, ces croyances sont activées par des situations diverses et entraînent des pensées hypocondriaques amenant la personne à être de plus en plus anxieuse et hypervigilante à tout indice de maladie. Barsky (1992, 2001; Barsky &

Klerman, 1983), de son côté, a proposé une approche similaire en mettant l'accent sur l'idée que les individus anxieux à l'égard de leur santé sont plus sensibles et conscients de leurs sensations physiques et que cette « amplification somatosensorielle » agit comme facteur de risque dans l'hypocondrie. Par la suite, Taylor et Asmundson (2004) ont intégré des facteurs cognitifs (incluant les croyances erronées et la mémoire sélective), des facteurs attentionnels et l'amplification somatosensorielle dans un modèle intégré de l'anxiété à l'égard de la santé. Tous ces modèles ont permis l'élaboration de stratégies thérapeutiques efficaces auprès des adultes anxieux à l'égard de leur santé et ce, grâce à l'identification précise des processus cognitifs en jeu dans cette problématique. À ce propos, Langlois, Pelletier, Ladouceur et Brassard-Lapointe (2005) proposent une revue des principaux processus cognitifs impliqués, notamment l'évitement cognitif, la sensibilité à l'anxiété, l'amplification somatosensorielle, l'interprétation erronée des symptômes et l'intolérance à l'incertitude.

Avant les années 2000, les modèles cognitifs de l'anxiété chez l'enfant ont surtout été des adaptations de modèles adultes. Plus récemment, toutefois, certains chercheurs ont tenté d'identifier les variables et distorsions cognitives spécifiquement impliquées dans l'anxiété chez les jeunes, cela dans le but de mieux comprendre la problématique auprès de cette clientèle, mais également de développer des programmes de prévention et de traitement. Parmi les distorsions cognitives les plus fréquemment rencontrées chez les enfants anxieux, notons la généralisation à outrance, la personnalisation (Epkins, 1996; Weems, Berman, Silverman, & Saavedra, 2001), la pensée catastrophique (Weems et al., 2001), une attention excessive tournée vers soi, une sous-évaluation de ses propres

habiletés (Kendall & Ronan, 1990), une perception erronée des demandes de l'environnement et une auto-critique excessive (Kendall & Ronan, 1990; Vasey, 1993). D'autres processus cognitifs présents chez l'enfant anxieux sont également mentionnés par certains auteurs : l'évitement cognitif (Barrett, Dadds, & Rapee, 1996), l'interprétation erronée des symptômes, des situations ambiguës ou des indices environnementaux (Bogels & Zigterman, 2000), la sensibilité à l'anxiété (Chorpita, Albano, & Barlow, 1996; Silverman, Fleisig, Rabian, & Peterson, 1991; Vasey, 1991), la sensibilité au dégoût (Muris, Merckelbach, Schmidt, & Tierney, 1999), l'attitude négative face aux problèmes (Kertz, 2012; Laugesen, Dugas, & Bukowski, 2003) et la recherche de réassurance (Wearden, Perryman, & Ward, 2006) en sont quelques-uns. L'identification de ces processus a d'ailleurs permis le développement de modèles cognitifs de l'inquiétude chez l'enfant et l'adolescent (Fialko, Bolton & Perrin, 2012; Gosselin, Langlois, Freeston, Ladouceur, Laberge, & Lemay, 2007; Kertz, 2012). Ces modèles mettent en relation les principales variables cognitives impliquées dans ce phénomène, notamment l'interprétation de la menace, les croyances sur l'utilité de s'inquiéter, l'orientation négative face aux problèmes, l'intolérance à l'incertitude et l'évitement cognitif.

Aucun modèle semblable n'a encore été développé pour mieux comprendre le phénomène d'anxiété à l'égard de la santé chez l'enfant. Pourtant, plusieurs études ayant comme objet les peurs infantiles ont révélé d'importantes peurs liées à la santé (peur de la mort, peur de ne pas être capable de respirer ou peur de contracter une maladie grave) auprès de cette population (Muris, Merckelbach, Gadet, & Moulart, 2000; Muris,

Merckelback, Mayer, & Prins, 2000; Ollendick, Yang, King, Dong, & Akande, 1996). Il semble donc raisonnable de se demander si les processus cognitifs ci-haut mentionnés pourraient aussi être observés chez l'enfant présentant de l'anxiété à l'égard de la santé. La présente étude vise justement à tester comment ces processus peuvent être reliés à la tendance à s'inquiéter pour sa santé.

Processus cognitifs impliqués dans l'anxiété chez l'enfant

L'amplification somato-sensorielle

Selon Barsky, Wyshak et Klerman (1990), l'amplification somato-sensorielle constitue un processus occupant une place importante dans l'étiologie de l'anxiété à l'égard de la santé chez l'adulte. Elle réfère à la tendance à vivre des sensations somatiques et viscérales comme étant très intenses et dérangeantes (Barsky et al., 1990). Elle implique l'hypervigilance face au corps, la prédisposition à diriger l'attention sur des sensations peu fréquentes et la tendance à évaluer des sensations somatiques comme étant les symptômes d'une maladie ou d'une pathologie plutôt que de normaliser la sensation (Langlois et al., 2005; Robbins & Kirmayer, 1991).

L'évitement cognitif

Par définition, l'évitement cognitif est la tendance à éviter tout contenu cognitif (pensée, image, doute, impulsion) susceptible de déclencher des sensations physiologiques de peur ou d'anxiété. Selon Gosselin, Langlois et Freeston (2002), l'évitement cognitif empêche l'exposition et la réévaluation cognitive des intrusions : elle contribue donc au maintien ou à l'exacerbation des inquiétudes. Selon Borkovec et Inz (1990), l'inquiétude serait principalement composée de pensées verbales plutôt que

d'imagerie mentale. Borkovec (1994) propose que le contenu verbal de l'inquiétude agit principalement à titre de réponse d'évitement cognitif à l'égard des images effrayantes. D'autres suggèrent que les personnes très inquiètes tentent activement de ne pas penser aux déclencheurs de leurs inquiétudes (Salkovskis & Campbell, 1994). Cet évitement provoque un effet d'augmentation (« enhancement effect »; Lavy & van den Hout, 1990) et un effet rebond (Merckelbach, Muris, van den Hout, & de Jong, 1991) puisque la pensée qui a initialement été supprimée a tendance à devenir plus saillante.

L'évitement cognitif joue un rôle important dans l'anxiété à l'égard de la santé chez l'adulte (Langlois, 2002). Celui-ci aurait tendance à éviter les thèmes et les images concrètes pouvant déclencher des sensations corporelles (par exemple, évitement des discussions sociales ou des émissions de télévision reliées à la maladie; Langlois et al., 2005). Par contre, peu d'études se sont consacrées à l'évitement cognitif chez l'enfant. Une étude de Gosselin et ses collaborateurs (2007) montre qu'il existe un lien important entre l'évitement cognitif et l'inquiétude chez les jeunes. En effet, les résultats de leur étude, menée auprès de 777 adolescents âgés entre 12 et 19 ans, montrent que les adolescents présentant un haut niveau d'inquiétude utilisent davantage de stratégies d'évitement et présentent plus de fausses croyances quant à l'utilité de s'inquiéter. Les résultats révèlent aussi que l'évitement de stimuli qui déclenchent des pensées déplaisantes et la substitution de pensée constituent les stratégies d'évitement les plus importantes en lien avec l'inquiétude chez les adolescents (Gosselin et al., 2007).

L'intolérance à l'incertitude

L'intolérance à l'incertitude réfère à la tendance excessive à trouver inacceptable la *possibilité*, si minime soit-elle, qu'un événement négatif se produise (Dugas, Gosselin, & Ladouceur, 2001). La vie étant source d'ambiguïté et d'imprévisibilité, les personnes qui sont intolérantes à l'incertitude ont tendance à percevoir un plus grand nombre de menaces et le domaine de la maladie ne fait pas exception (Langlois et al., 2005). L'intolérance à l'incertitude joue un rôle très important dans la formation et le maintien d'inquiétudes excessives et incontrôlables chez l'adulte (Dugas, Gagnon, & Ladouceur, 1998). Selon une étude menée auprès d'élèves de niveau collégial, l'intolérance à l'incertitude constituerait un modérateur de la relation entre les évaluations de santé catastrophiques et l'anxiété à l'égard de la santé (Fergus & Valentiner, 2011). La maladie fait partie des éventualités de la vie. Or, l'adulte souffrant d'anxiété à l'égard de la santé ne tolérerait pas l'idée de ne pouvoir totalement contrôler les variables associées à la santé. Tout symptôme ambigu constitue donc une expérience humaine intolérable. L'intolérance à l'incertitude amènerait l'individu anxieux à l'égard de sa santé à focaliser son attention sur des symptômes physiologiques pour lesquels d'autres personnes n'accordent pas d'importance (Langlois et al., 2005).

La sensibilité à l'anxiété

La sensibilité à l'anxiété consiste à croire que les symptômes anxieux, tels que les palpitations, les tremblements et le vertige, sont les précurseurs de conséquences aversives (Hunt, Keogh, & French, 2007). Selon Reiss (1991), la sensibilité à l'anxiété jouerait un rôle dans la pathogenèse de la peur, de l'anxiété et de la panique. Plusieurs

études se sont penchées sur le lien existant entre la sensibilité à l'anxiété et les préoccupations hypocondriaques chez l'adulte (Olatunji, Wolitzky-Taylor, Elwood, Connolly, Gonzales, & Armstrong, 2009; Otto, Demopulos, McLean, Pollack, & Fava, 1998; Otto, Pollack, Sachs, & Rosenbaum, 1992; Stewart & Watt, 2000). Chez l'adulte hypocondriaque, la sensibilité à l'anxiété pourrait se manifester par la tendance à craindre et à interpréter de façon catastrophique des sensations somatiques. Par exemple, un individu peut craindre des sensations d'étourdissement et de dépersonnalisation en les interprétant comme étant les signes d'un cancer du cerveau. Dans ce cas, l'interprétation catastrophique nourrit le sentiment de peur, mais les réactions du système nerveux autonome associées à la panique peuvent du même coup augmenter l'intensité des symptômes (Reiss, 1991; Reiss & McNally, 1985; Reiss, Peterson, Gursky, & McNally, 1986).

La sensibilité à l'anxiété a fait l'objet de nombreuses études chez l'adulte, mais ce n'est que récemment que certains chercheurs s'y sont intéressés chez l'enfant. Les niveaux de sensibilité à l'anxiété sont également plus grands chez les enfants ayant un trouble panique que chez les enfants ayant un autre trouble anxieux (Hunt et al., 2007). Par contre, certaines données suggèrent que la sensibilité à l'anxiété n'existerait peut-être pas chez des enfants âgés de moins de 12 ans (Chorpita et al., 1996). En effet, Reiss et McNally (1985) expliquent que la sensibilité à l'anxiété implique la capacité à interpréter les sensations corporelles de façon catastrophique : de telles interprétations requerraient donc des capacités cognitives plus sophistiquées, que l'enfant ne développerait qu'à partir de l'âge de 11 ou 12 ans (Reiss & McNally, 1985). Selon Vasey

(1993), bien que l'acquisition du raisonnement abstrait accroisse de façon drastique la tendance de l'enfant à s'inquiéter, il semble que les enfants ayant atteint le stade opératoire concret soient eux aussi en mesure de générer des possibilités catastrophiques associées à un événement menaçant. Par contre, ce ne serait pas le cas pour les enfants ayant atteint le stade préopératoire, car en théorie, ils sont incapables de considérer plus que les aspects menaçants immédiats d'une situation (Vasey, 1993). Donc, à partir de l'âge de 7 ou 8 ans, comme la capacité de raisonnement de l'enfant par rapport à l'anticipation du futur et à l'élaboration d'hypothèses s'améliore drastiquement, il semble possible que l'enfant soit en mesure de générer des pensées catastrophiques sur certaines sensations physiques. Partant de ce principe, la sensibilité à l'anxiété pourrait exister chez des enfants aussi jeunes que 7 ou 8 ans.

L'interprétation erronée des symptômes

L'interprétation erronée des symptômes constitue la tendance à interpréter les sensations somatiques comme étant les symptômes d'une maladie ou d'une pathologie plutôt que de normaliser la sensation (Robbins & Kirmayer, 1991). Selon Barsky et al. (1990), elle jouerait un rôle important dans l'étiologie de l'hypocondrie chez l'adulte. Une étude de MacLeod, Haynes et Sensky (1998) montre même que l'anxiété et l'hypocondrie se distinguent en fonction du type d'interprétation que les patients font de leurs sensations physiques. Dans leur étude, 32 femmes et 15 hommes, répartis à l'intérieur de trois groupes (hypocondriaques, anxieux et non-anxieux) ont complété divers questionnaires, dont le questionnaire Symptom Interpretation Questionnaire (SIQ; Robbins & Kirmayer, 1991). Les résultats de l'étude montrent que les anxieux en

général ont tendance à faire une interprétation davantage psychologique de leurs symptômes physiques, comparativement aux hypocondriaques qui ont plutôt tendance à faire une interprétation somatique de leurs symptômes (MacLeod et al., 1998).

L'attitude négative face aux problèmes

L'attitude négative face aux problèmes consiste en un ensemble de cognitions négatives ou dysfonctionnelles où les problèmes sont perçus comme étant des menaces impossibles à résoudre et où la personne doute de sa propre habileté à résoudre un problème et devient frustrée et de mauvaise humeur lorsque des problèmes émergent (Maydeu-Olivares & D'Zurilla, 1996). Selon Davey (1994), l'inquiétude ne serait pas significativement corrélée à la connaissance de techniques de résolution de problèmes. En effet, les adultes qui s'inquiètent de façon excessive savent comment résoudre des problèmes, mais sont incapables d'appliquer ces stratégies, car ils ont une attitude négative face aux problèmes (Davey, 1994; Davey, Tallis, & Capuzzo, 1996; Dugas, Freeston, & Ladouceur, 1997).

L'étude de Laugesen et ses collaborateurs (2003) évoquée précédemment a montré que l'attitude négative face aux problèmes explique une part significative de la variance de l'inquiétude chez les adolescents et discrimine les jeunes modérément inquiets des jeunes très inquiets. L'attitude négative face aux problèmes semble donc constituer une caractéristique-clé de l'inquiétude. En effet, certains adolescents se sentiraient submergés lorsque confrontés à un problème et seraient donc incapables d'appliquer des stratégies de résolution de problèmes appropriées. Des études démontrent d'ailleurs que l'attitude négative face aux problèmes a un impact sur les difficultés d'adaptation

psychologique (Calvete & Cardeñoso, 2005; Kant, D’Zurilla, & Maydeu-Olivares, 1997; Marcotte, Alain, & Gosselin, 1999; Maydeu Olivares, Rodriguez-Fornells, Gomez-Benito, & D’Zurilla, 2000; McCabe, Blankstein, & Mills, 1999; Robichaud, Dugas, & Conway, 2003; Spence, Sheffield, & Donovan, 2002). Peu d’études se sont intéressées à l’attitude négative face aux problèmes chez les enfants. Parmi les études existantes, notons celle de Scher (1998) qui s’est intéressée à la relation entre les événements de vie générateurs de stress et les symptômes dépressifs chez des enfants de 8 à 11 ans. Les résultats de l’étude montrent une corrélation positive entre l’attitude négative aux problèmes et les symptômes dépressifs (les résultats demeurant significatifs en contrôlant pour le QI et les symptômes externalisés et anxieux).

Objectif

Dans l'ensemble, aucune étude ne s'est encore penchée sur la présence des processus cognitifs décrits précédemment chez l'enfant anxieux à l'égard de sa santé. Toutefois, il semble raisonnable de croire que plusieurs des processus cognitifs présents chez l'adulte hypocondriaque pourraient également l'être chez l'enfant qui craint la maladie. La connaissance approfondie des processus en jeu dans une psychopathologie est une étape essentielle dans le développement d'interventions visant à aider l'enfant souffrant d'un trouble anxieux. La présente étude explore la relation entre certains processus cognitifs et l'anxiété à l'égard de la santé chez l'enfant. Elle vise principalement à tester l'hypothèse selon laquelle certains processus cognitifs, tels l'intolérance à l'incertitude, l'orientation négative face aux problèmes, l'évitement cognitif, l'amplification somato-sensorielle, la sensibilité à l'anxiété et l'interprétation erronée des symptômes

(explication somatique), prédisent une part significative de l'anxiété à l'égard de la santé chez l'enfant. L'hypothèse selon laquelle le fait d'être une fille prédit une part significative de l'anxiété à l'égard de la santé chez l'enfant sera également vérifiée. Les différences entre les garçons et les filles au plan des processus cognitifs seront finalement explorées.

Méthode

Participants et déroulement

Un total de 784 enfants francophones de 3^e à 6^e année répartis dans quatre écoles primaires de la Rive-Nord et de la Rive-Sud de Montréal ont assisté à une présentation détaillée du projet de recherche. Une lettre adressée aux parents de même qu'un formulaire de consentement éclairé a été remis aux élèves afin qu'ils les remettent à leurs parents. Deux semaines plus tard, la collecte des formulaires de consentement dûment signés a été effectuée dans chacune des classes. Sur les 784 enfants sollicités au départ, 253 enfants ont obtenus l'approbation de leurs parents pour participer à l'étude. Sur ce nombre, 244 enfants ont complété les questionnaires individuellement, sur une base volontaire, durant les heures de classe (neuf enfants étaient absents lors de la passation). Afin de compléter les questionnaires, les enfants ont été regroupés par niveau scolaire dans un local préalablement réservé à cette fin. Les participants étaient donc appelés à sortir de leur groupe-classe pendant la passation (d'une durée d'environ 45 minutes) et à retourner en classe dès qu'ils avaient terminé de compléter leur cahier. Les questions étaient permises en tout temps. Comme la participation des parents à l'étude était aussi sollicitée afin de compléter un questionnaire sociodémographique et

de santé de l'enfant (voir la description du questionnaire ci-après), 229 mères et 147 pères ont également accepté de participer à l'étude. Ceux-ci avaient la possibilité de remplir le questionnaire en format papier ou par Internet. S'ils choisissaient de compléter le questionnaire par Internet, les parents recevaient l'adresse URL du site sécurisé où ils devaient se rendre pour compléter le questionnaire. En définitive, 173 mères et 86 pères ont complété le questionnaire.

En résumé, 244 enfants âgés entre 8 et 12 ans (3^e à 6^e année) fréquentant deux écoles primaires de la Montérégie et deux écoles primaires de la Rive-Nord de Montréal de même que leur mère et/ou leur père (173 mères et 86 pères) ont donc participé à cette étude. L'âge moyen des enfants (108 garçons et 136 filles) est de 9,94 ans (écart-type = 1,21 ans).

Instruments de mesure

Mesure complétée par les parents.

Questionnaire démographique et de santé de l'enfant. Ce questionnaire a été créé aux fins de l'étude et est composé de 26 questions visant la collecte d'informations démographiques et objectives. Des questions relatives à l'âge, au niveau de scolarité, à l'occupation et au statut conjugal des parents sont posées, de même que des questions spécifiques relatives à l'état de santé de l'enfant (diagnostics reçus, nombre de consultations, types de professionnels consultés, absences en raison de l'école, etc.).

Mesures complétées par les enfants.

L'échelle d'attitudes à l'égard de la maladie chez l'enfant (CIAS-fr). Le CIAS-fr est la traduction française du Childhood Illness Attitude Scales (CIAS; Wright &

Asmundson, 2003), un instrument de mesure auto-rapportée comportant 35 items, basé sur le *Illness Attitude Scales* (IAS; Kellner, 1987). Conçu pour être utilisé auprès d'enfants d'âge scolaire (8 à 15 ans), le CIAS-fr est destiné à évaluer les peurs, les croyances et les attitudes associées à l'hypocondrie et aux comportements anormaux à l'égard de la maladie. Chaque item est évalué sur une échelle de type Likert en trois points (jamais = 1, parfois = 2, très souvent = 3). Il a été démontré que la version originale anglaise, le CIAS, possède une bonne validité de construit et une fidélité test-retest de 0,86 lorsqu'un intervalle de temps de 10 à 14 jours sépare les deux passations (Wright & Asmundson, 2003, 2005). Il possède également une très bonne cohérence interne ($\alpha = 0,88$; Wright & Asmundson, 2005). Sa structure factorielle, quant à elle, révélait la présence de quatre facteurs distincts : 1) peurs; 2) recherche d'aide; 3) effets des symptômes; et 4) expériences de traitement. Dans la version québécoise francophone, qui a été traduite de l'anglais par la méthode de traduction-retraduction, deux items mesurant les expériences de traitement de l'enfant ont été enlevés du questionnaire original (item 30 : « combien de médecins as-tu vus au cours de la dernière année? » et item 31 : « combien de fois t'es-tu fait soigner (avec des médicaments) ou opérer au cours de la dernière année? ») : ces questions ont plutôt été déplacées dans le Questionnaire démographique et de santé de l'enfant qui est rempli par le parent (voir la description du questionnaire dans la section précédente). Le facteur « expériences de traitement » a donc été retiré des analyses.

Child Anxiety Sensitivity Index (CASI). Le CASI (Silverman et al., 1991) comporte 18 items provenant du *Anxiety Sensitivity Index* (ASI; Peterson & Reiss, 1987). Ce

questionnaire mesure la sensibilité à l'anxiété en demandant aux enfants de juger à quel point ils perçoivent certains symptômes anxieux comme étant aversifs. La cotation s'effectue sur une échelle de type Likert en trois points (pas du tout = 1, un peu = 2, beaucoup = 3). Le questionnaire présente une bonne fidélité test-retest (0,76 pour l'échantillon clinique et 0,79 pour l'échantillon non-clinique, avec une semaine d'intervalle entre les deux passations). La traduction française du CASI a été effectuée en utilisant la méthode de traduction-retraduction. La version québécoise francophone du CASI possède de bonnes propriétés psychométriques dans le présent échantillon (Vanasse-Larochelle, Houde-Charron, & Langlois, 2010).

Questionnaire d'Interprétation des Symptômes - enfants (QIS-enfants). Le QIS-enfants est une adaptation pour les enfants du questionnaire QIS. Le QIS est la traduction française du Symptom Interpretation Questionnaire (SIQ; Robbins & Kirmayer, 1991). Il évalue trois sortes d'attributions (psychologique, somatique et neutre) pour 13 symptômes physiques. La cohérence interne (psychologique $\alpha = .87$, somatique $\alpha = .71$, et neutre $\alpha = .81$) et la validité convergente sont bonnes pour chaque échelle. Une analyse confirmatoire a démontré les trois différents construits. Les propriétés psychométriques de la version française sont bonnes (Langlois & Ladouceur, 2004). Quelques items de la version adulte ont été adaptés (vocabulaire simplifié) pour s'assurer que les enfants âgés entre 8 et 12 ans comprennent tous les items (par exemple, l'énoncé « si j'avais un mal de tête prolongé, je penserais probablement que c'est parce que je suis émotionnellement bouleversé » a été remplacé par « j'ai un mal de tête qui ne

veut pas partir. C'est sûrement parce que j'ai de la peine, je suis stressé(e) ou je vis des émotions très fortes ».

L'échelle d'Amplification Somato-Sensorielle pour enfants (ASS-enfants). Le ASS-enfants est une adaptation pour enfants du questionnaire ASS (Langlois & Ladouceur, 2004). Le ASS est la traduction française du Somatosensory Amplification Scale (SSAS; Barsky et al., 1990). Il comporte 10 items décrivant des sensations physiques déplaisantes qui ne sont pas nécessairement associées à des maladies graves. La version originale anglaise, le SSAS, a une bonne fidélité test-retest (74 jours; $r = 0,79$) et une bonne cohérence interne ($\alpha = 0,82$). La version québécoise francophone, créée à l'aide de la méthode de traduction-retraduction, possède une cohérence interne modérée ($\alpha = 0,72$; Langlois & Ladouceur, 2004). Parmi les adaptations effectuées pour les enfants, notons l'emploi du tutoiement dans la consigne initiale, la simplification de certains mots de vocabulaire (par exemple, le mot « ecchymose » a été remplacé par le mot « bleu »), de même que la modification de l'échelle de Likert de cinq à trois points (ne me ressemble pas du tout = 1, me ressemble un peu = 2, me ressemble beaucoup = 3) afin de faciliter les choix de réponse.

Questionnaire des Cognitions reliées à l'Anxiété Généralisée (CAG). Le CAG (Martin & Gosselin, 2009) est un questionnaire auto-rapporté qui comporte 16 items évaluant trois processus cognitifs que l'on retrouve chez les enfants anxieux : l'intolérance à l'incertitude, l'évitement cognitif et l'attitude négative aux problèmes. Les enfants évaluent à quel point ils sont en accord avec chaque énoncé sur une échelle de type Likert en trois points (ne me ressemble pas du tout = 1, me ressemble un

peu = 2, me ressemble beaucoup = 3). Martin et Gosselin (2009) ont démontré que le CAG possède une excellente structure à trois facteurs qui supporte sa validité de construit. La cohérence interne pour l'ensemble des items est de 0,86. Les sous-échelles obtiennent des coefficients alpha de Cronbach de 0,71 pour l'intolérance à l'incertitude, 0,81 pour l'évitement cognitif et 0,70 pour l'orientation négative aux problèmes. Le CAG semble donc être un instrument valide et fidèle auprès d'enfants âgés de 8 à 12 ans issus de la population québécoise francophone (Martin & Gosselin, 2009).

Résultats

Analyses préliminaires de fiabilité

Des analyses de cohérence interne ont été effectuées pour les mesures qui ont été adaptées pour la présente étude. Étant donnée leur faible cohérence interne ($\alpha < 0,70$) et une structure factorielle mal définie dans le cas du QIS-enfants, nous avons décidé de retirer les questionnaires QIS-enfants et ASS-enfants des analyses principales (voir Tableau 1).

Analyses statistiques principales

Liens entre l'âge et l'anxiété à l'égard de la santé. Afin de déceler de possibles liens entre l'âge des enfants et l'anxiété à l'égard de la santé de ces derniers, des corrélations de Pearson ont été calculées. Les résultats montrent une corrélation non-significative entre l'âge et l'anxiété à l'égard de la santé chez l'enfant, de même qu'entre l'âge et tous les processus cognitifs à l'étude.

Liens entre certaines variables sociodémographiques et l'anxiété à l'égard de la santé. Des corrélations de Pearson, tests t et autres analyses ont aussi été effectués entre

le score total obtenu au CIAS-fr et certaines autres variables sociodémographiques, notamment : 1) le fait d'être enfant unique; 2) le fait de souffrir d'une maladie physique, qu'elle soit ou non diagnostiquée par un professionnel de la santé; 3) le nombre de jours d'hospitalisation dans la dernière année; 4) le nombre de fréquentations de l'urgence d'un hôpital; 5) le fait d'avoir été en contact soutenu avec une personne gravement malade; 6) la perception de la mère et du père quant à la santé de leur enfant; 7) la perception de la mère et du père quant à la santé de leur enfant, en comparant avec les autres enfants; 8) le fait que les activités quotidiennes de l'enfant soient bouleversées par un problème de santé; 9) le nombre de jours d'école manqués dans la dernière année; et 10) le nombre de consultations médicales dans la dernière année. Ces deux dernières variables sont les seules dont la corrélation avec le score total d'anxiété à l'égard de la santé était significative ($r = 0,15$; $p < 0,05$, et $r = 0,16$; $p < 0,05$, respectivement). En contrôlant pour la présence d'une maladie physique chez l'enfant, ces corrélations demeurent significatives à $p < 0,05$. Plus le niveau d'anxiété à l'égard de la santé est élevé chez l'enfant, plus ce dernier a tendance à manquer des jours d'école et à consulter souvent un médecin.

Différences entre les garçons et les filles quant à l'anxiété à l'égard de la santé et aux processus cognitifs. Les résultats aux quatre mesures de processus cognitifs ont été analysés à l'aide d'une analyse de variance multivariée (MANOVA) comportant le sexe de l'enfant comme facteur de groupe. S'appuyant sur le lambda de Wilks, cette analyse révèle un effet principal multivarié du facteur sexe ($F(4, 235) = 6,73$, $p < 0,001$), indiquant la présence de différences significatives entre les filles et les garçons. Des

analyses post-hoc ont ensuite démontré que les filles obtiennent des résultats significativement supérieurs aux garçons sur tous les processus cognitifs à l'étude (voir Tableau 2).

Analyse de l'interaction entre le sexe de l'enfant et les processus cognitifs. Afin de déterminer si le sexe de l'enfant a un effet modérateur entre la variable dépendante à l'étude (l'anxiété à l'égard de la santé chez l'enfant) et les différents processus cognitifs, une analyse des termes d'interaction a été effectuée. Suivant les recommandations de Aiken et West (1991), une centration à la moyenne a d'abord été effectuée pour chacune des variables indépendantes (les quatre processus cognitifs à l'étude). Les valeurs 0 et 1 ont ensuite été attribuées pour la variable « sexe de l'enfant » (0 = garçons et 1 = filles). Par la suite, des termes d'interaction ont été créés en multipliant ces variables centrées à la moyenne et le modérateur (le sexe de l'enfant). Quatre analyses de régression multiple, dans lesquelles les trois termes (variable indépendante centrée à la moyenne, sexe de l'enfant et terme d'interaction) ont été entrés dans le modèle en un seul bloc (méthode « entrée »), ont finalement été effectuées afin de tester si les termes d'interaction créés étaient statistiquement significatifs. Les analyses ne démontrent aucun effet de modulation : en effet, les quatre termes d'interaction sont non-significatifs. La même procédure a été refaite, mais cette fois, avec la variable « sexe de l'enfant » recodée de façon à ce que 0 = filles et 1 = garçons. Encore une fois, les quatre termes d'interaction sont non-significatifs, indiquant l'absence d'effet de modulation.

Prédiction de l'anxiété à l'égard de la santé de l'enfant à partir des processus cognitifs. Une analyse de régression multiple utilisant la méthode pas à pas a été

effectuée dans le but de déterminer les processus cognitifs qui prédisent significativement la tendance à souffrir d'anxiété à l'égard de la santé chez l'enfant. Étant donné qu'il n'y a pas d'effet d'interaction entre le sexe de l'enfant et les processus cognitifs à l'étude, l'analyse de régression a été effectuée pour l'ensemble des enfants (voir Tableau 3). Dans cette analyse, la variable dépendante est l'anxiété à l'égard de la santé chez l'enfant (le résultat total obtenu au questionnaire CIAS). Les variables indépendantes sont les quatre processus cognitifs à l'étude : 1) la sensibilité à l'anxiété; 2) l'intolérance à l'incertitude; 3) l'attitude négative face aux problèmes; et 4) l'évitement cognitif.

D'abord, les tableaux de corrélations démontrent que tous les processus cognitifs à l'étude sont significativement corrélés ($p < 0,001$) entre eux, de même qu'avec l'anxiété à l'égard de la santé de l'enfant, indiquant la présence de colinéarité entre les variables (voir Tableau 3).

L'analyse de régression multiple démontre une relation significative entre l'anxiété à l'égard de la santé et certains processus cognitifs, soient la sensibilité à l'anxiété et l'intolérance à l'incertitude ($R^2 = 0,55$, $F(2, 237) = 146,57$, $p < 0,001$). D'abord, les résultats montrent que la sensibilité à l'anxiété explique 54 % de la variance de l'anxiété à l'égard de la santé chez l'enfant. Une part significative (1 %) de la variance est aussi expliquée par l'intolérance à l'incertitude. Une analyse de régression multiple dans laquelle toutes les variables sont entrées dans l'équation simultanément démontre que l'ensemble des quatre processus cognitifs à l'étude explique 56 % de la variance de

l'anxiété à l'égard de la santé chez l'enfant ($R^2 = 0,56$, $F(4, 235) = 74,29$, $p < 0,001$), une augmentation de variance de 0,5 % comparativement à la méthode pas à pas.

Discussion

La présente étude visait à explorer les relations existant entre l'anxiété à l'égard de la santé chez l'enfant et des processus cognitifs qui ont été observés dans l'anxiété à l'égard de la santé chez l'adulte. Dans un premier temps, les résultats démontrent que le sexe de l'enfant explique une part significative de la variance de l'anxiété à l'égard de la santé chez l'enfant. En effet, les filles présentent une plus forte tendance à ressentir de l'anxiété à l'égard de leur santé que les garçons. Ces résultats vont dans le même sens que les études récentes, notamment celle de Costello, Egger et Angold (2004), indiquant que les filles sont un peu plus susceptibles de présenter un trouble anxieux que les garçons. Cependant, l'analyse qui teste l'effet d'interaction entre le sexe et les processus cognitifs dans la prédiction de l'anxiété à l'égard de la santé est non-significative. Cela suggère que les jeunes filles présentent des tendances plus fortes que les garçons à la fois aux mesures de processus et à la mesure d'anxiété à l'égard de la santé.

Des analyses de corrélation montrent que le nombre de consultations médicales et de jours d'école manqués dans la dernière année est faiblement et positivement corrélé à l'anxiété à l'égard de la santé chez l'enfant. Ces résultats indiquent que, tout comme l'adulte hypocondriaque, l'enfant présentant de l'anxiété à l'égard de sa santé cherche à se faire rassurer par un médecin lorsqu'il présente des sensations physiques désagréables ou qu'il somatise. Selon Taylor & Garralda (2003), la somatisation peut être définie comme un moyen de communiquer la détresse émotionnelle, les relations conflictuelles

et les situations fâcheuses par le biais de symptômes physiologiques médicalement inexpliqués. Comme les enfants ont un vocabulaire limité pour exprimer leurs émotions, il arrive fréquemment qu'ils expriment leurs inquiétudes et leur détresse par le biais de symptômes physiques (Gledhill & Garralda, 2006). À ce moment, il est possible que le réflexe parental soit de l'amener consulter immédiatement un médecin pour écarter toute cause organique. Des consultations médicales répétées, engendrant par le fait même de l'absentéisme scolaire, sont donc observées chez des enfants souffrant d'anxiété à l'égard de la santé, ce qui confirme les données de la documentation scientifique à l'idée que les enfants anxieux à l'égard de leur santé ou ayant une tendance à la somatisation soient davantage vus en pédiatrie qu'en psychiatrie ou en psychologie (Lipowski, 1987). Il ne faut pas oublier de souligner que la faible corrélation observée aurait pu s'avérer plus importante si elle avait été mesurée dans un échantillon clinique.

Les résultats ont aussi démontré qu'en moyenne, les filles présentent une plus grande sensibilité à l'anxiété, plus d'évitement cognitif, une attitude plus négative face aux problèmes et une plus grande intolérance à l'incertitude que les garçons. Ces résultats vont dans le même sens que les études récentes menées auprès d'échantillons d'adultes : dans l'étude de Robichaud et de ses collaborateurs (2003), les femmes obtiennent des résultats significativement plus élevés que les hommes aux questionnaires mesurant la suppression de pensée (une forme d'évitement cognitif) et l'orientation négative face aux problèmes. Dans l'étude de Van Dam, Earleywine et Forsyth (2009), les femmes obtiennent des résultats significativement plus élevés que les hommes au questionnaire Anxiety Sensitivity Index, qui mesure la sensibilité à l'anxiété

(un biais lié au sexe, toutefois, est repéré dans un item du questionnaire : la suppression de cet item éliminait la différence significative). L'étude de Feldner, Zvolensky, Schmidt et Smith (2008) fait également ressortir que la sensibilité à l'anxiété est plus fortement (et positivement) corrélée aux symptômes de stress post-traumatique chez les femmes que chez les hommes.

La sensibilité à l'anxiété s'est avérée être le plus important prédicteur de l'anxiété à l'égard de la santé chez les enfants, tant chez les garçons que chez les filles. Le fait qu'un processus cognitif propre au trouble panique, la sensibilité à l'anxiété, soit le plus important prédicteur de l'anxiété à l'égard de la santé chez l'enfant met en lumière les ressemblances existant entre les deux troubles, notamment en ce qui a trait à la crainte des conséquences des symptômes physiques. Chez les adultes, l'hypocondrie est associée à des craintes dont les conséquences sont à plus long terme (par exemple, la crainte de développer un cancer), contrairement au trouble panique dans lequel les conséquences craintes sont immédiates (crainte de faire une crise cardiaque, par exemple). Or, il est possible de se demander si l'enfant a atteint un niveau de développement cognitif lui permettant de se projeter suffisamment dans le futur pour craindre les conséquences d'une maladie sur sa vie ou pour distinguer les conséquences possibles des différents symptômes physiques anormaux. D'ailleurs, il est possible que la relation claire existant entre la sensibilité à l'anxiété et l'anxiété à l'égard de la santé puisse, en partie, s'expliquer par le fait que les items du questionnaire CASI sont formulés de manière très concrète, peut-être davantage que les items des autres questionnaires (par exemple, le CAG, qui évalue des concepts plus abstraits comme

l'incertitude ou l'évitement). Cette formulation pourrait rendre le questionnaire plus facile à comprendre pour les enfants dont le niveau de développement cognitif est peu avancé. Cependant, la compréhension des questionnaires ne semble pas avoir été problématique étant donné que les coefficients de cohérence interne étaient satisfaisants pour toutes les mesures complétées par les enfants.

L'analyse de régression multiple a montré qu'une part significative de la variance de l'anxiété à l'égard de la santé chez l'enfant est aussi expliquée par l'intolérance à l'incertitude. Ce résultat confirme les ressemblances importantes qui existent entre l'anxiété à l'égard de la santé et le trouble d'anxiété généralisée (TAG). En effet, Dugas et ses collaborateurs (1997) indiquent que l'intolérance à l'incertitude est fortement corrélée à l'inquiétude, la caractéristique principale du TAG. L'anxiété à l'égard de la santé semble s'apparenter au TAG, mais la différence majeure est le nombre de thèmes d'inquiétudes rapportés (dans le TAG, plusieurs thèmes d'inquiétudes sont habituellement présents). Puisque l'intolérance à l'incertitude est une variable prédictrice de l'anxiété à l'égard de la santé, cela met en lumière l'importance de viser, cliniquement, l'augmentation de la tolérance à l'incertitude chez les jeunes.

Les résultats obtenus dans la présente étude s'apparentent à ceux des études précédentes qui se sont intéressées au phénomène de l'anxiété chez l'enfant. Tel que mentionné précédemment, la plupart de ces études ont démontré que les enfants anxieux présentaient certains processus cognitifs différents de ceux des enfants non-anxieux. Effectivement, la présente étude suggère que certains processus cognitifs présents chez l'enfant, notamment l'intolérance à l'incertitude, l'évitement cognitif, l'attitude négative

face aux problèmes et la sensibilité à l'anxiété, sont positivement et significativement corrélés à l'anxiété à l'égard de la santé chez l'enfant. Toutefois, c'est la sensibilité à l'anxiété (qui explique 54 % de la variance de l'anxiété à l'égard de la santé) et l'intolérance à l'incertitude qui seraient les meilleurs prédicteurs de l'anxiété à l'égard de la santé chez l'enfant (1 % de variance expliquée). Lorsque considérés globalement, tous les processus cognitifs permettent d'expliquer 56 % de la variance de l'anxiété à l'égard de la santé chez l'enfant, indiquant que les autres processus cognitifs évalués jouent aussi un rôle dans l'explication du phénomène de l'anxiété à l'égard de la santé chez l'enfant. L'ensemble des résultats démontre que tous les processus sont fortement corrélés et indique, du même coup, la cohérence globale des variables considérées dans la présente étude.

Il est possible de dégager certaines limites de la présente étude. D'abord, il est possible que les enfants plus jeunes de l'échantillon aient eu plus de difficulté à lire, à comprendre certains termes ou à évaluer avec justesse les comportements ou attitudes décrits. Soulignons par ailleurs la complexité et le caractère abstrait des construits évalués (anxiété, inquiétude, processus cognitifs) qui peuvent constituer un obstacle pour les plus jeunes enfants de l'échantillon (8-9 ans). Cependant, globalement, les coefficients de cohérence interne nous indiquent que les questionnaires et les sous-échelles ont été bien compris par les enfants. Aussi, l'étude s'est déroulée dans la population générale. Or, il aurait été intéressant de bâtir un échantillon composé uniquement d'enfants ayant un niveau significatif d'anxiété à l'égard de la santé et retester la force des liens. Quatrièmement, il aurait été très intéressant d'obtenir plus que

la seule perception de l'enfant quant à son niveau d'anxiété à l'égard de la santé. En effet, l'obtention des perceptions des parents, enseignants ou pairs aurait pu contribuer à apporter un éclairage différent et à préciser davantage la problématique. Finalement, il aurait été important de questionner davantage les participants quant à certaines variables sociodémographiques d'intérêt (par exemple : revenu familial, nationalité, modalités de garde d'enfant, etc.) de façon à avoir une meilleure connaissance de la population à l'étude.

Malgré ces quelques limites, la présente étude comporte aussi plusieurs forces. Notons d'abord qu'elle constitue l'une des rares études s'étant intéressées à l'anxiété à l'égard de la santé chez l'enfant et ce, malgré le fait que plusieurs études aient montré que les enfants ont d'importantes peurs liées à la santé (Muris, Merckelbach, Gadet & Moulaert, 2000; Muris, Merckelbach, Mayer & Prins, 2000; Ollendick et al., 1996). Elle contribue donc à l'avancement des connaissances dans ce domaine. En deuxième lieu, le grand nombre d'enfants recrutés pour participer à l'étude constitue une autre force à noter puisqu'il permet de représenter assez fidèlement les tendances auprès de la population générale et de généraliser les résultats obtenus.

La présente étude démontre que des processus cognitifs observés chez l'adulte qui craint la maladie sont aussi liés à l'anxiété à l'égard de la santé chez l'enfant. Cette étude démontre que certains processus cognitifs chez l'enfant sont prédicteurs d'anxiété à l'égard de la santé. Les résultats montrent aussi qu'il existe des différences significatives entre les garçons et les filles en ce qui a trait aux processus cognitifs. Ces résultats préliminaires ouvrent la porte à de nouvelles perspectives dans la prévention et le

traitement de l'anxiété à l'égard de la santé chez l'enfant, notamment en soulignant l'importance de bien évaluer les processus cognitifs présents chez l'enfant pour ensuite offrir des outils de restructuration cognitive ou de psychoéducation en fonction du type de processus présent. L'inclusion des parents dans le traitement de l'enfant s'avère elle aussi importante, puisqu'elle permet également aux parents de prendre conscience de leurs propres processus cognitifs et de l'impact que ceux-ci ont sur leur enfant. L'inclusion des parents permettrait aussi de favoriser chez ceux-ci des stratégies de gestion de l'anxiété plus efficaces et ainsi, devenir de meilleurs modèles pour leur enfant.

Références

- Aiken, L. S., & West, S. G. (1991). *Multiple Regression: Testing and Interpreting Interactions*. Newbury Park, Californie: Sage Publications, Inc.
- American Psychiatric Association. (2003). *DSM-IV-TR : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (4^e éd., texte révisé) (version internationale) (Washington, DC, 2000). Traduction française par J. D. Guelfi et al., Paris : Masson.
- Barrett, P. M., Dadds, M. M., & Rapee, R. M. (1996). Family Treatment of childhood anxiety: a controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 24, 187-203.
- Barsky, A. J. (1992). Amplification, somatization, and the somatoform disorders. *Psychosomatics*, 33, 28-34.
- Barsky, A. J. (2001). Somatosensory amplification and hypochondriasis. Dans V. Starcevic & D. R. Lipsitt (Éds.), *Hypochondriasis : Modern perspectives on a ancient malady* (pp. 223-248). New York : Oxford University Press.
- Barsky, A. J., & Klerman, G. L. (1983). Overview : Hypochondriasis, bodily complaints, and somatic styles. *American Journal of Psychiatry*, 140, 273-283.
- Barsky, A. J., Wyshak, G., & Klerman, G. L. (1990). The Somatosensory Amplification Scale and Its Relationship to Hypochondriasis, *Journal of Psychiatric Research*, 24, 323-334.
- Bögels, S. M., & Zigterman, D. (2000). Dysfunctional cognitions in children with social phobia, separation anxiety disorder, and generalized anxiety disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28, 205-211.

- Borkovec, T. D. (1994). The nature, functions, and origins of worry. Dans G. C. L. Davey & F. Tallis (Éds), *Worrying: Perspectives on theory, assessment and treatment*, (pp. 5-33). Oxford: John Wiley & Sons.
- Borkovec, T. D., & Inz, J. (1990). The nature of worry in generalized anxiety disorder: A predominance of thought activity. *Behaviour Research & Therapy*, 28, 153-158.
- Calvete, E., & Cardeñoso, O. (2005). Gender Differences in Cognitive Vulnerability to Depression and Behavior Problems in Adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology: An official publication of the International Society for Research in Child and Adolescent Psychopathology*, 33, 179-192.
- Chorpita, B. F., Albano, A., & Barlow, D. H. (1996). Child Anxiety Sensitivity Index: Considerations for Children with Anxiety Disorders. *Journal of Clinical Child Psychology*, 25, 77-82.
- Costello, E.J., Egger, H. L., & Angold, A. (2004). Developmental epidemiology of anxiety disorders. Dans T. H. Ollendick, & J. S. March (Éds), *Phobic and Anxiety Disorders in Children and Adolescents*. New York: Oxford University Press.
- Davey, G. C. L. (1994). Worrying, social problem-solving abilities, and social problem-solving confidence. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 327-330.
- Davey, G. C. L., Tallis, F., & Capuzzo, N. (1996). Beliefs about the consequences of worrying. *Cognitive Therapy and Research*, 20, 499-520.
- 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. (1998). Generalized anxiety disorder: A preliminary test of a conceptual model. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 215-226.
- Dugas, M. J., Gosselin, P., & Ladouceur, R. (2001). Intolerance of uncertainty and worry: Investigating specificity in a nonclinical sample. *Cognitive Therapy and Research*, 25, 551-558.
- Epkins, C. C. (1996). Cognitive specificity and affective confounding in social anxiety and dysphoria in children. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 18, 83-101.
- Feldner, M. T., Zvolensky, M. J., Schmidt, N. B., & Smith, R. C. (2008). A prospective test of anxiety sensitivity as a moderator of the relation between gender and posttraumatic symptom maintenance among high anxiety sensitive young adults. *Depression and Anxiety*, 25, 190-199.
- Fergus, T. A., & Valentiner, D. P. (2011). Intolerance of uncertainty moderates the relationship between catastrophic health appraisals and health anxiety. *Cognitive Therapy and Research*, 35, 560-565.
- Fialko, L., Bolton, D., & Perrin, S. (2012). Applicability of a cognitive model of worry to children and adolescents. *Behaviour Research and Therapy*, 50, 341-349.
- Gledhill, J., & Garralda, E. (2006). Functional Symptoms and Somatoform Disorders in Children and Adolescents: The Role of Standardised Measures in Assessment. *Child and Adolescent Mental Health*, 11, 208-214.

- Gosselin, P., Langlois, F., & Freeston, M. H. (2002). Le Questionnaire d'Évitement Cognitif (QEC): Développement et validation auprès d'adultes et d'adolescents. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 12, 24-37.
- Gosselin, P., Langlois, F., Freeston, M. H., Ladouceur, R., Laberge, M., & Lemay, D. (2007). Cognitive variables related to worry among adolescents: avoidance strategies and faulty beliefs about worry. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 225-233.
- Hunt, C., Keogh, E., & French, C. C. (2007). Anxiety Sensitivity, Conscious Awareness and Selective Attentional Biases in Children. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 497-509.
- Kant, G. L., D'Zurilla, T. J., & Maydeu-Olivares, A. (1997). Social problem solving as a mediator of stress-related depression and anxiety in middle-aged and elderly community residents. *Cognitive Therapy and Research*, 21, 73-96.
- Kellner, R. (1987). *Abridged Manual of the Illness Attitudes Scale*. Department of Psychiatry, School of Medicine, University of New Mexico.
- Kendall, P. C., & Ronan, K. D. (1990). Assessment of Children's Anxieties, Fears, and Phobias: Cognitive-Behavioral Models and Methods. Dans C. R. Reynolds & R. W. Kamphaus (Éds.), *Handbook of Psychological and Educational Assessment of Children: Vol. 2. Personality, Behavior, and Context* (pp. 223-244). New York: Guilford Press.
- Kertz, S. J. (2012). Worry in children : Proposal and test of a cognitive model. *Dissertation Abstracts International*, 73, 1849.

- Langlois, F. (2002). *De l'hypocondrie à l'anxiété face à la santé*. Thèse de doctorat, Université Laval.
- Langlois, F., & Ladouceur, R. (2004). Adaptation of a GAD Treatment for Hypochondriasis. *Cognitive and Behavioral Practice*, 11, 393-404.
- Langlois, F., Pelletier, O., Ladouceur, R., & Boucher, O. (2005). Hypocondrie et Anxiété à l'égard de la santé. *Revue francophone de Clinique Comportementale et Cognitive*, 10, 1-10.
- Langlois, F., Pelletier, O., Ladouceur, R., & Brassard Lapointe, M. (2005). Les processus cognitifs de l'Anxiété à l'égard de la santé. *Revue francophone de Clinique Comportementale et Cognitive*, 10, 11-17.
- Laugesen, N., Dugas, M. J., & Bukowski, W. M. (2003). Understanding Adolescent Worry: The Application of a Cognitive Model. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 31, 55-64.
- Lavy, E. H., & Van den Hout, M. A. (1990). Thought suppression induces intrusions. *Behavioural Psychotherapy*, 18, 251-258.
- Lipowski, Z. J. (1987). Somatization: The Experience and Communication of Psychological Distress as Somatic Symptoms. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 47, 160-167.
- MacLeod, A. K., Haynes, C., & Sensky, T. (1998). Attributions about common bodily sensations: their associations with hypochondriasis and anxiety. *Psychological Medicine*, 28, 225-228.

- Marcotte, D., Alain, M., & Gosselin, M.-J. (1999). Gender differences in adolescent depression: Gender-typed characteristics or problem-solving skills deficits? *Sex Roles, 41*, 31-48.
- Martin, A., & Gosselin, P. (2009). *Évaluation des mécanismes cognitifs reliés aux inquiétudes et à l'anxiété généralisée chez les enfants : développement et validation d'un nouvel instrument de mesure*. Document inédit, Université du Québec à Montréal et Université de Sherbrooke.
- Maydeu-Olivares, A., & D'Zurilla, T. J. (1996). A factor-analytic study of the social problem-solving inventory: An integration of theory and data. *Cognitive Therapy and Research, 20*, 115-133.
- Maydeu-Olivares, A., Rodríguez-Fornells, A., Gómez-Benito, J., & D'Zurilla, T. J. (2000). Psychometric properties of the Spanish adaptation of the Social Problem-Solving Inventory-Revised (SPSI-R). *Personality and individual differences, 29*, 699-708.
- McCabe, R. E., Blankstein, K. R., & Mills, J. S. (1999). Interpersonal sensitivity and social problem-solving: Relations with academic and social self-esteem, depressive symptoms, and academic performance. *Cognitive Therapy and Research, 23*, 587-604.
- Merckelbach, H., Muris, P., Van den Hout, M., & De Jong, P. J. (1991). Rebound effects of thought suppression: Instruction-dependent? *Behavioural Psychotherapy, 19*, 225-238.

- Muris, P., Merckelbach, H., Gadet, B., & Moulart, V. (2000). Fears, worries, and scary dreams in 4- to 12-year-old children: Their content, developmental pattern, and origins. *Journal of Clinical Child Psychology, 29*, 43-52.
- Muris, P., Merckelbach, H., Mayer, B., & Prins, E. (2000). How serious are common childhood fears?. *Behaviour Research and Therapy, 38*, 217-228.
- Muris, P., Merckelbach, H., Schmidt, H., & Tierney, S. (1999). Disgust sensitivity, trait anxiety and anxiety disorders symptoms in normal children. *Behaviour Research and Therapy, 37*, 953-961.
- Noyes, R. (1999). The relationship of hypochondriasis to anxiety disorders. *General Hospital Psychiatry, 21*, 8-17.
- Olatunji, B. O., Wolitzky-Taylor, K. B., Elwood, L., Connolly, K., Gonzales, B., & Armstrong, T. (2009). Anxiety sensitivity and health anxiety in a nonclinical sample: Specificity and prospective relations with clinical stress. *Cognitive Therapy and Research, 33*, 416-424.
- Ollendick, T. H., Yang, B., King, N. J., Dong, Q., & Akande, A. (1996). Fears in American, Australian, Chinese, and Nigerian Children and Adolescents: A Cross-Cultural Study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 37*, 213-220.
- Otto, M. H., Demopolos, C. M., McLean, N. E., Pollack, M. H., & Fava, M. (1998). Additional findings on the association between anxiety sensitivity and hypochondriacal concerns: Examination of patients with major depression. *Journal of Anxiety Disorders, 12*, 225-232.

- Otto, M. W., Pollack, M. H., Sachs, G. S., & Rosenbaum, J. F. (1992). Hypochondriacal Concerns, Anxiety Sensitivity, and Panic Disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 6, 93-104.
- Peterson, R. A. & Reiss, S. (1987). *Anxiety Sensitivity Index Manual*. Orland Park, IL: International Diagnostic Systems, Inc.
- Reiss, S. (1991). Expectancy model of fear, anxiety, and panic. *Clinical Psychology Review*, 11, 141-153.
- Reiss, S., & McNally, R. J. (1985). The Expectancy Model of Fear. Dans S. Reiss & R. R. Bootzin (Éds.), *Theoretical Issues in Behavior Therapy* (pp. 107-121). New York: Academic.
- Reiss, S., Peterson, R. A., Gursky, D. M., & McNally, R. J. (1986). Anxiety sensitivity, anxiety frequency and the prediction of fearfulness. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 1-8.
- Robbins, J. M., & Kirmayer, L. J. (1991). Attributions of Common Somatic Symptoms. *Psychological Medicine*, 21, 1029-1045.
- Robichaud, M., Dugas, M. J., & Conway, M. (2003). Gender differences in worry and associated cognitive-behavioral variables. *Anxiety Disorders*, 17, 501-516.
- Salkovskis, P. M. (1991). Anxiété et santé : aspects cognitivo-comportementaux. *Act Médecine Interne-psychiatrie*, 8, 78-88.
- Salkovskis, P. M., & Campbell, P. (1994). Thought suppression induces intrusion in naturally occurring negative intrusive thoughts. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 1-8.

- Salkovskis, P. M., Rimes, K. A., Warwick, H. M. C., & Clark, D. M. (2002). The Health Anxiety Inventory: development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. *Psychological Medicine*, 32, 843-853.
- Salkovskis, P. M., & Warwick, H. M. C. (1986). Morbid preoccupations, health anxiety and reassurance: A cognitive-behavioural approach to hypochondriasis. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 597-602.
- Salkovskis, P. M., & Warwick, H. M. C. (1989). Morbide Preoccupation, Health Anxiety and Reassurance: A Cognitive-Behavioral Approach to Hypochondriasis. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 597-602.
- Salkovskis, P. M., & Warwick, H. M. C. (2001). Meaning, misinterpretations, and medicine: A cognitive-behavioral approach to understanding health anxiety and hypochondriasis. Dans V. Starcevic & D. R. Lipsitt (Éds.), *Hypochondriasis: Modern perspectives on an ancient malady* (pp. 202-222). New York : Oxford University Press.
- Scher, L. G. (1998). The effect of social problem-solving on the relationship between stressful life events and depressive symptoms in children. *Dissertation Abstracts International*, 59, 3074B.
- Silverman, W. K., Fleisig, W., & Rabian, B., & Peterson, R. A. (1991). Child Anxiety Sensitivity Index. *Journal of Clinical Child Psychology*, 20, 162-168.

- Spence, S. H., Sheffield, J., & Donovan, C. (2002). Problem-Solving Orientation and Attributional Style: Moderators of the Impact of Negative Life Events on the Development of Depressive Symptoms in Adolescence? *Journal of Clinical Child Psychology, 31*, 219-229.
- Stewart, S. H., & Watt, M. C. (2000). Illness Attitudes Scale dimensions and their associations with anxiety-related constructs in a nonclinical sample. *Behaviour Research and Therapy, 38*, 83-99.
- Taylor, S., & Asmundson, G. J. G. (2004). *Treating health anxiety : A cognitive-behavioral approach*. New York: Guilford.
- Taylor, S., & Garralda, E. (2003). The management of somatoform disorder in childhood. *Current Opinion in Psychiatry, 16*, 227-231.
- Vanasse-Larochelle, J.-P., Houde-Charron, M.-C., & Langlois, F. (mars 2010). *Propriétés psychométriques de la version francophone du questionnaire Child Anxiety Sensitivity Index (CASI)*. Affiche présentée au 32^e Congrès de la Société Québécoise pour la Recherche en Psychologie, Montréal, Québec.
- Van Dam, N. T., Earleywine, M., & Forsyth, J. P. (2009). Gender bias in the sixteen-item Anxiety Sensitivity Index: An application of polytomous differential item functioning. *Journal of Anxiety Disorders, 23*, 256-259.
- Vasey, M. W. (1991). The development of worry in childhood. *Dissertation Abstracts International, 52*, 1-B.
- Vasey, M. W. (1993). Development and Cognition in Childhood Anxiety: The Example of Worry. *Advances in Clinical Child Psychology, 15*, 1-39.

- Warwick, H. C., & Salkovskis, P. M. (1990). Hypochondriasis. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 105-117.
- Wearden, A., Perryman, K., & Ward, V. (2006). Adult Attachment, Reassurance Seeking and Hypochondriacal Concerns in College Students. *Journal of Health Psychology*, 11, 877-886.
- Weems, C. F., Berman, S. L., Silverman, W. K., & Saavedra, L. M. (2001). Cognitive Errors in Youth With Anxiety Disorders: The Linkages Between Cognitive Errors and Anxious Symptoms. *Cognitive Therapy and Research*, 25, 559-575.
- Wright, K. D., & Asmundson, G. J. G. (2003). Health Anxiety in Children: Development and Psychometric Properties of the Childhoods Illness Attitude Scales. *Cognitive Behaviour Therapy*, 32, 194-202.
- Wright, K. D., & Asmundson, G. J. G. (2005). Brief Report: Factor Structure of the Childhood Illness Attitude Scales (CIAS). *Journal of Pediatric Psychology*, 30, 213-218.

Tableau 1

Coefficients de cohérence interne des questionnaires complétés par les enfants

	α de Cronbach
CIAS-fr ^a	0,90
Facteur « peurs »	0,86
Facteur « recherche d'aide »	0,77
Facteur « effets des symptômes »	0,79
CASI	0,87
QIS-enfants	
Facteur « interprétation psychologique des symptômes »	0,49
Facteur « interprétation somatique des symptômes »	0,52
Facteur « interprétation neutre des symptômes »	0,47
ASS-enfants	0,65

^a Aucun item, lorsque retiré des analyses, ne fait augmenter de façon significative la valeur du coefficient de Cronbach. Malgré la structure factorielle en trois facteurs, seul le score total est considéré dans la présente étude.

Tableau 2

Comparaisons de moyennes entre les garçons et les filles sur les processus cognitifs étudiés

Processus cognitif	Garçons		Filles		<i>F</i> (1, 238)
	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	
Sensibilité à l'anxiété	26,78	5,79	30,75	6,46	24,54***
Évitement cognitif	14,46	3,87	16,40	3,72	15,66***
Attitude négative face aux problèmes	6,12	1,89	6,86	1,97	8,54**
Intolérance à l'incertitude	6,20	1,91	6,80	1,85	6,11*

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

Tableau 3

Coefficients de corrélation et de régression (méthode pas à pas) dans la prédiction de l'anxiété à l'égard de la santé chez les enfants (N = 240) à l'aide des variables de processus cognitifs présents chez l'enfant

	CIAS	CASI	CAG-II	CAG- ÉC	Prob > t	Bêta	sR ²
CASI	0,74***				0,00	0,68	0,54
CAG-II	0,48***	0,54***			0,03	0,12	0,01
CAG-ÉC	0,50***	0,59***	0,44***		0,14	0,08	
CAG-ANP	0,54***	0,66***	0,49***	0,56***	0,25	0,07	

Note. $R^2 = 0,55$, $F(2, 237) = 146,57$, $p < 0,001$.

Note. CIAS = Résultat total obtenu au questionnaire CIAS-fr; CASI = Résultat total obtenu au questionnaire CASI (sensibilité à l'anxiété); CAG-II = Résultat obtenu à la sous-échelle « intolérance à l'incertitude » du questionnaire CAG; CAG-ÉC = Résultat obtenu à la sous-échelle « évitement cognitif » du questionnaire CAG; CAG-ANP = Résultat obtenu à la sous-échelle « attitude négative face aux problèmes » du questionnaire CAG.

*** $p < 0,001$.

Discussion générale

Le but premier de cette thèse consistait à explorer les relations existant entre l'anxiété à l'égard de la santé chez l'enfant et certaines variables cognitives et familiales connues, dans la documentation scientifique, comme ayant un impact sur le développement de l'anxiété. Il importe de rappeler que le choix des variables, soient l'impact de la perception des comportements parentaux par l'enfant et ses parents et des processus cognitifs de l'enfant sur son niveau d'anxiété à l'égard de la santé, au profit d'autres variables d'intérêt également relevées dans les écrits scientifiques (impact des styles d'attachement, du développement cognitif, de l'acquisition de la compréhension du concept de maladie, etc.), est loin d'être exhaustif. En effet, il a été fait, en grande partie, en fonction de l'accessibilité et de la validité des outils d'évaluation. Il constitue donc un premier pas vers une meilleure connaissance de ce phénomène peu étudié qu'est l'anxiété à l'égard de la santé chez l'enfant d'âge scolaire.

Dans un premier temps, nous avons démontré que la perception, par l'enfant, de divers comportements chez ses parents était associée à l'anxiété à l'égard de la santé chez l'enfant. De plus, les comportements du père ou de la mère, tels que perçus par l'enfant, ne présentent pas les mêmes relations avec l'anxiété à l'égard de la santé chez le garçon et la jeune fille. Dans un deuxième temps, nous avons démontré que plusieurs processus cognitifs habituellement présents chez l'adulte hypocondriaque étaient également

associés à l'anxiété à l'égard de la santé chez l'enfant et que certains de ces processus cognitifs étaient même des prédicteurs significatifs du phénomène.

En somme, les processus cognitifs présents chez l'enfant, de même que la perception qu'a ce dernier des comportements de ses parents, sont reliés au développement de l'anxiété à l'égard de la santé chez l'enfant.

Résumé de la première étude

Le but visé par la première étude consistait en l'exploration des relations existant entre les comportements parentaux, tels que perçus par l'enfant et par les parents, et l'anxiété à l'égard de la santé dans un groupe d'enfants de la population générale. L'étude s'est également penchée sur les différences de perception entre l'enfant et ses parents en ce qui a trait aux comportements parentaux.

D'abord, nous avons vérifié s'il existait des différences entre les garçons et les filles quant à la perception des comportements de leurs parents. Cette étape était essentielle puisque de potentielles différences auraient pu affecter la relation entre les perceptions des comportements parentaux et l'anxiété à l'égard de la santé. Les analyses ont permis de démontrer qu'il existait, effectivement, des différences sexuelles quant à la perception des comportements parentaux. En effet, les filles ont tendance à percevoir leur mère comme étant plus chaleureuse comparativement aux garçons. Les garçons, pour leur part, ont tendance à percevoir leur père comme plus rejetant comparativement aux

jeunes filles. Ensuite, nous avons démontré qu'il existe une faible corrélation entre la perception de l'enfant et la perception des parents en ce qui a trait aux comportements parentaux : les enfants ne voient pas leurs parents comme ces derniers se voient. En effet, les mères sont perçues par leur enfant comme étant moins chaleureuses qu'elles ne se perçoivent elles-mêmes.

Des analyses de régression multiple ont permis de démontrer que la perception de certains comportements parentaux par l'enfant prédit l'anxiété à l'égard de la santé chez ce dernier. En effet, la perception, par l'enfant, de comportements anxieux et de surprotection, tant chez le père que chez la mère, prédit l'anxiété à l'égard de la santé chez l'enfant. Nous avons aussi démontré que la perception de chaleur émotionnelle chez le père et chez la mère prédit l'anxiété à l'égard de la santé chez l'enfant, mais seulement pour les garçons. De plus, la perception de rejet chez le père prédit l'anxiété à l'égard de la santé chez l'enfant, mais seulement pour les filles. Finalement, aucun des comportements parentaux perçus par les parents eux-mêmes ne prédit l'anxiété à l'égard de la santé chez l'enfant, ce qui semble démontrer que c'est avant tout la perception de l'enfant qui prévaut lors de la prédiction de l'anxiété à l'égard de la santé, et non la perception des parents. Les résultats obtenus dans cette étude soulignent l'importance d'explorer avec l'enfant la perception qu'il a des comportements de ses parents et de les revalider avec l'aide de ces derniers.

Résumé de la deuxième étude

La deuxième étude visait à explorer les relations existant entre l'anxiété à l'égard de la santé chez l'enfant et des processus cognitifs qui ont été observés dans l'hypocondrie adulte.

Au plan sociodémographique, nous avons pu démontrer que le sexe de l'enfant explique une part significative de la variance de l'anxiété à l'égard de la santé chez l'enfant. Nous avons également démontré que le nombre de consultations médicales et de jours d'école manqués dans la dernière année est faiblement et positivement corrélé à l'anxiété à l'égard de la santé chez l'enfant, ce qui pourrait laisser croire que l'enfant anxieux à l'égard de sa santé cherche, tout comme l'adulte, à se faire rassurer par un médecin lorsqu'il présente des sensations physiques désagréables ou qu'il somatise. D'un autre côté, il est aussi possible qu'un parent dont l'enfant s'inquiète à propos de sa santé ait, lui aussi, du mal à se rassurer lorsque son enfant lui fait part de ses inquiétudes. Selon cette perspective, un rendez-vous médical pourrait viser à rassurer tant le parent que l'enfant. Finalement, il semble également possible qu'un parent dont l'enfant verbaliserait constamment des inquiétudes à propos de sa santé se sente impuissant à pouvoir le rassurer, voire découragé, et finisse par abdiquer en l'amenant chez le médecin, se disant que l'expert réussira peut-être à le rassurer là où lui-même a échoué.

Au plan des processus cognitifs, il a été possible de démontrer que certains d'entre eux, notamment l'intolérance à l'incertitude, l'évitement cognitif, l'attitude négative

face aux problèmes et la sensibilité à l'anxiété, sont positivement et significativement corrélés à l'anxiété à l'égard de la santé chez l'enfant. En moyenne, les filles présenteraient une plus grande sensibilité à l'anxiété, plus d'évitement cognitif, une attitude plus négative face aux problèmes et une plus grande intolérance à l'incertitude que les garçons. Des analyses de régression multiple ont permis de constater que, parmi les processus cognitifs mesurés, c'est la sensibilité à l'anxiété qui serait le meilleur prédicteur de l'anxiété à l'égard de la santé chez l'enfant. Ce processus explique 54 % de la variance de l'anxiété à l'égard de la santé chez l'enfant. L'intolérance à l'incertitude s'avère aussi être un prédicteur significatif en expliquant 1 % de variance supplémentaire. De tels résultats mettent en lumière l'importance de considérer les variables cognitives dans le traitement de l'anxiété à l'égard de la santé chez l'enfant.

Retombées possibles des études présentées

D'un point de vue clinique, la présente étude est intéressante puisque les résultats qui en découlent pourront éventuellement servir la pratique clinique des professionnels oeuvrant auprès d'enfants d'âge scolaire qui présentent des éléments d'anxiété à l'égard de la santé.

D'abord, les résultats de cette thèse pourront être utiles aux psychologues et psychothérapeutes qui travaillent avec les enfants. En effet, le fait de savoir que la sensibilité à l'anxiété est le plus grand prédicteur d'anxiété à l'égard de la santé chez l'enfant met en lumière l'importance de mettre l'accent sur l'identification des réactions

physiologiques et sur la démystification des sensations physiques associées à l'anxiété dès les premières rencontres de psychothérapie avec l'enfant. Bien que cette étape soit primordiale dans le traitement de tous les troubles anxieux, elle semble l'être d'autant plus avec les jeunes qui présentent de l'anxiété à l'égard de leur santé. Le fait de donner de l'information sur les réactions physiologiques associées à l'anxiété permet à l'enfant de réaliser que les sensations physiques qu'il ressent parfois ne sont ni dangereuses, ni signes de maladies graves, ni précurseurs d'autres conséquences aversives : elles consistent plutôt en des signaux d'anxiété, désagréables, mais inoffensifs. À ce propos, il est possible que le caractère abstrait du concept de maladie fasse en sorte que le jeune enfant ne fasse pas nécessairement le lien entre une sensation physique désagréable et la possibilité qu'elle soit due à une maladie. En effet, il est possible que la sensation entraîne seulement un inconfort, un malaise ou une peur diffuse qui pourrait, en partie, s'expliquer par le caractère nouveau/inhabituel du symptôme. La corrélation significative existant entre la sensibilité à l'anxiété et l'intolérance à l'incertitude et à la nouveauté vient, d'ailleurs, appuyer cette hypothèse. En poussant plus loin la réflexion, il est d'ailleurs possible de croire que l'incertitude soit à la base même de la sensibilité à l'anxiété, car il semble que ce soit avant tout le fait de ne pas savoir ce qui se passe dans son corps et à quoi la sensation est due qui crée l'anxiété. D'ailleurs, la démystification des symptômes, en thérapie, permet souvent de diminuer considérablement le niveau d'anxiété chez l'enfant qui, en faisant du sens avec ses symptômes et en comprenant qu'ils ne sont pas dangereux, a moins tendance à diriger son attention sur ceux-ci et à manifester de la peur. Aussi, sans pour autant que la sensation soit liée à la crainte d'une

maladie, il est possible que la peur découlant du symptôme consiste en une réaction apprise par l'enfant dans son environnement immédiat. En effet, prenons l'exemple d'un parent qui remarque que son enfant tremble ou a des palpitations cardiaques sans raison apparente. Dépendamment de l'interprétation que fait le parent du symptôme (normalisation, explication psychologique ou somatique) et de la réaction qu'il choisit d'adopter envers son enfant (rester calme en expliquant à l'enfant à quoi peut être dû le symptôme, ou plutôt montrer une réaction d'anxiété et amener l'enfant chez son médecin), ce dernier pourrait en venir à voir ses sensations physiques comme quelque chose d'inquiétant/d'alarmant ou non, influençant du même coup sa relation à ses symptômes. Dans tous les cas, le fait de comprendre la fonction des sensations physiques est également importante pour que l'enfant en vienne à se rassurer par lui-même et puisse ainsi mettre un terme aux scénarios catastrophiques découlant d'une sensation physique désagréable.

Il est important pour le psychothérapeute qui traite un enfant anxieux à l'égard de sa santé dans sa pratique de savoir que l'intolérance à l'incertitude est un prédicteur de l'anxiété à l'égard de la santé chez l'enfant. En effet, les résultats obtenus laissent croire qu'une part importante du traitement devrait consister à aider le jeune à développer une plus grande tolérance à l'incertitude. Dans un premier temps, le thérapeute devra expliquer à l'enfant, en termes simples, en quoi consiste l'intolérance à l'incertitude. Pour ce faire, Dugas et Robichaud (2007) suggèrent d'utiliser des analogies, tel que celle de « l'allergie aux choses incertaines » : dans cette analogie, on compare l'intolérance à

l'incertitude à une allergie psychologique. Tout comme les personnes allergiques au pollen qui peuvent avoir une forte réaction à une toute petite quantité de pollen (toux, éternuements, yeux qui piquent), les enfants allergiques aux choses incertaines ont une forte réaction d'anxiété et d'inquiétude lorsqu'ils sont confrontés à une petite quantité d'incertitude. Par exemple, un enfant intolérant à l'incertitude peut s'inquiéter que l'avion dans lequel se trouvent ses parents s'écrase, car même si c'est improbable, il existe tout de même une faible chance que cela se produise. Dans un deuxième temps, le thérapeute devra aider l'enfant à identifier les manifestations d'intolérance à l'incertitude dans son quotidien. Dugas et Robichaud (2007) identifient plusieurs exemples de manifestations : éviter de faire certaines choses parce que l'issue est incertaine; trouver des défaites pour ne pas faire quelque chose (par exemple, faire semblant d'être malade pour ne pas faire une sortie scolaire); procrastiner (par exemple, attendre à la dernière minute pour faire ses devoirs ou pour étudier); tout vouloir faire soi-même (par exemple, prendre toutes les tâches d'un travail d'équipe parce qu'on est pas certain que ses coéquipiers feront bien leur travail); s'engager partiellement dans une activité ou un projet; révérifier plusieurs fois les actions faites machinalement parce qu'on est pas certain de les avoir faites; etc. De façon plus spécifique aux jeunes anxieux à l'égard de leur santé, des manifestations d'intolérance à l'incertitude pourraient consister à : rechercher de la réassurance à l'égard des symptômes physiques; demander plusieurs fois les mêmes informations à plusieurs médecins pour s'assurer qu'aucune erreur médicale n'a été commise; se rassurer soi-même par optimisme personnel exagéré ou en cherchant toujours à tout s'expliquer rationnellement (par exemple, se répéter : « je ne suis pas malade et ne le serai jamais »).

Finalement, une troisième étape pourrait consister à élaborer une hiérarchie d'exposition aux situations incertaines et à la nouveauté (par exemple, goûter à un nouveau plat au restaurant, aller jouer chez un ami chez qui je ne suis jamais allé auparavant, etc.) et à faire les exercices d'exposition. Pour ce faire, il est important de travailler en collaboration avec les intervenants impliqués (parents, milieu scolaire, etc.) et de souligner chaque effort et progrès effectué par l'enfant.

De plus, le fait de savoir que l'évitement cognitif est corrélé à l'anxiété à l'égard de la santé est important pour le psychothérapeute qui traite un enfant dans sa pratique. En effet, le thérapeute devra être conscient que le jeune client pourrait avoir tendance à vouloir éviter de penser à la maladie et tenter de neutraliser ses inquiétudes liées à la santé plutôt que de tenter de critiquer le réalisme de sa peur. Cela montre l'importance d'apprendre au jeune les conséquences de l'évitement (soulagement temporaire, mais effet rebond à long terme) et de lui enseigner des stratégies plus efficaces pour gérer son anxiété. Cela montre aussi l'importance de l'exposition en imagination ou *in vivo* dans le traitement de ces jeunes. Une telle exposition pourrait être effectuée de diverses façons, notamment en graduant avec l'enfant l'objet de sa peur. Par exemple, si l'enfant craint d'avoir ou de développer un cancer, il serait possible de l'exposer d'abord au mot cancer écrit sur une feuille de papier ou de dire le mot cancer à haute voix, à répétition, jusqu'à ce qu'il y ait habitude. Il serait également possible de lire des articles portant sur le cancer, d'écouter des reportages sur le sujet ou même de visiter une unité d'oncologie dans un hôpital. Une autre façon de faire serait que l'enfant écrive, avec l'aide de son

thérapeute, son pire scénario portant sur le cancer en prenant soin d'inscrire le plus de détails possibles et de se rendre au bout de sa peur. L'écoute répétée du scénario préalablement enregistré, d'abord en présence du thérapeute, puis le plus souvent possible à la maison jusqu'à ce qu'il y ait une baisse significative du niveau d'anxiété associé, amènerait l'enfant à s'exposer à sa peur en imagination plutôt que de demeurer dans l'évitement cognitif. En plus de favoriser l'habituation, cette façon de faire permettrait à l'enfant de mettre des mots et des images sur ce concept abstrait qu'est la maladie.

Les résultats démontrent que les processus cognitifs qui se retrouvent souvent chez les enfants souffrant d'un trouble anxieux se retrouvent aussi chez les enfants souffrant d'anxiété à l'égard de leur santé. Ceci nous amène à questionner la pertinence de traiter les troubles anxieux de façon spécifique plutôt que d'opter pour une intervention davantage unifiée. En effet, alors que le DSM-IV encourage la poursuite de l'identification des différences qui existent entre les différents troubles émotionnels, certains chercheurs (Barlow, Allen, & Choate, 2004) ont récemment commencé à décrire un rationnel théorique et empirique sous-tendant le développement d'approches davantage unifiées pour les traiter. En effet, la recherche et la théorie sur les troubles émotionnels majeurs (notamment des troubles anxieux et dépressifs unipolaires) ont mené à une meilleure compréhension de la nature de ces troubles et ont permis de réaliser que les similitudes qui existent au plan de leur étiologie et de leur structure latente surpassent leurs différences. Ces ressemblances entre les divers troubles

émotionnels suggèrent la possibilité d'intégrer un ensemble de procédures psychologiques qui permettraient une intervention unifiée de ces troubles (Barlow et al., 2004). Le développement d'un tel protocole unifié semble être une avenue intéressante et avantageuse pour le traitement des troubles anxieux, puisqu'il permettrait à un plus grand nombre de professionnels de traiter divers troubles avec plus de facilité et favoriserait l'apprentissage et la pratique d'un seul ensemble de principes thérapeutiques plutôt que de plusieurs protocoles distincts. Les résultats de cette thèse laissent croire que l'utilisation d'un protocole unifié serait possible avec les enfants présentant de l'anxiété à l'égard de la santé. En effet, comme l'anxiété à l'égard de la santé partage les mêmes processus cognitifs que les autres troubles anxieux, il est possible de croire que des interventions globales fonctionneraient avec cette clientèle. Il serait intéressant d'explorer cette avenue dans le cadre de recherches futures.

Le fait de savoir que la perception qu'a l'enfant des comportements de ses parents est associée à l'anxiété à l'égard de la santé chez le jeune est utile tant pour les professionnels travaillant auprès d'enfants anxieux que pour ceux qui travaillent auprès de leurs parents (psychothérapeutes, travailleurs sociaux, etc.). En effet, comme il a été démontré que la perception qu'a l'enfant de comportements anxieux et de contrôle/surprotection chez ses parents est prédictrice de l'anxiété à l'égard de la santé chez les enfants, tout comme la perception par le jeune garçon de comportements de chaleur émotionnelle chez la mère, il est important que la perception de l'enfant soit considérée et adressée en thérapie, puis reprise avec les parents en fin de séance avec

l'enfant. Cela permettrait à l'enfant de s'exprimer sur ses besoins, mais également de faire prendre conscience aux parents de l'impact de leur comportement sur leur enfant. Cette prise de conscience pourrait alors permettre aux parents de modifier certains comportements s'ils s'avèrent présents dans la réalité, ou alors de travailler les perceptions moins justes de l'enfant. Cela servirait également de prétexte pour discuter de l'impact de la réassurance sur l'enfant anxieux et des attitudes parentales à privilégier pour éviter le maintien des difficultés à long terme.

Le fait de savoir que la perception qu'a l'enfant de comportements anxieux et de contrôle/surprotection chez ses parents joue un rôle important dans l'anxiété à l'égard de la santé nous amène à réfléchir sur le lien existant entre les comportements parentaux et le développement d'un schéma précoce inadapté (Young & Klosko, 2003), particulièrement d'un schéma « vulnérabilité » qui porte la personne à craindre le danger et la maladie. Par définition, un schéma précoce inadapté est un modèle ou un thème important et envahissant constitué de souvenirs, d'émotions, de cognitions et de sensations corporelles concernant soi-même et les relations avec les autres, qui s'élabore au cours de l'enfance ou de l'adolescence, qui s'enrichit tout au long des expériences de la vie et qui est significativement dysfonctionnel (Young & Klosko, 2003). Plus spécifiquement, le schéma « vulnérabilité » est caractérisé par une crainte excessive qu'une catastrophe ne survienne à n'importe quel moment (une maladie, par exemple) et à laquelle l'individu ne pourrait pas « survivre ». Ce schéma, qui fait partie du domaine de l'autonomie et des performances altérées, est directement associé à l'anxiété et serait

principalement acquis à travers des modèles parentaux. En effet, deux des origines probables du schéma « vulnérabilité », selon Young et Klosko, font référence aux comportements anxieux des parents et à leur tendance à surprotéger leur enfant: 1) avoir observé et vécu avec des parents dont l'un d'eux avait des phobies ou des peurs spécifiques à un type de vulnérabilité (par exemple, peur de tomber malade); et 2) avoir eu des parents qui « couvaient », surtout en ce qui concernait le danger ou la maladie, et qui mettaient constamment en garde contre certains dangers. Conséquemment, un sentiment de fragilité ou d'incapacité à affronter les obstacles de la vie, ainsi que des comportements de dépendance peuvent découler de cette surprotection (Young & Klosko, 2003). Il est donc possible que l'anxiété ressentie par les parents et perçue par l'enfant amène ce dernier à croire que le monde est un endroit dangereux, parsemé de dangers insurmontables, et que l'être humain est vulnérable, sans ressources pour les affronter. La surprotection parentale, pour sa part, semble envoyer le message à l'enfant qu'il n'est pas capable de gérer les événements de la vie quotidienne de manière autonome, ce qui pourrait mener au développement d'une croyance fondamentale de vulnérabilité chez certains enfants. Comme le schéma « vulnérabilité » prend le plus souvent sa source dans une famille où les parents ont eux-mêmes ce schéma (Young & Klosko, 2003), il semble qu'une façon indirecte d'aider un enfant anxieux à l'égard de sa santé puisse consister, pour le parent, à apprendre à modifier lui-même son schéma « vulnérabilité », s'il y a lieu, en psychothérapie, ceci afin d'éviter qu'un tel schéma se développe ensuite chez son enfant. Pour ce faire, Young et Klosko (2003) indiquent

quelques pistes pour la modification du schéma, notamment par l'identification, l'hierarchisation et l'affrontement des phobies.

Il semble également pertinent que les parents soient informés des différents processus cognitifs présents chez leur enfant. La connaissance des processus cognitifs en jeu chez leur enfant pourrait avoir un impact sur les comportements des parents. Prenons l'exemple d'un enfant présentant une forte intolérance à l'incertitude et qui devient donc très anxieux lorsque sa routine est changée et qu'il ne sait pas à l'avance ce qui va se passer. Un parent, constatant la détresse de son enfant dans ces moments, pourrait donc être tenté d'éviter à l'enfant tout changement dans sa routine ou de prendre soin de l'informer à l'avance de tout de qui va se passer afin que l'enfant ne ressente aucun malaise. Toutefois, un parent qui est conscient que l'intolérance à l'incertitude de son enfant est liée à sa tendance à s'inquiéter pour sa santé pourrait décider d'adopter des attitudes parentales favorisant une augmentation globale de la tolérance à l'incertitude chez l'enfant (par exemple, en l'amenant dans des endroits où il n'est jamais allé, en modifiant sa routine, en lui faisant des surprises, etc.). Un parent qui sait que son enfant présente une tendance à l'évitement cognitif pourrait choisir de l'exposer progressivement, dans le quotidien, à certaines situations ou objets générant un peu d'anxiété plutôt que d'opter pour une attitude de surprotection, par exemple. Un autre parent qui serait informé que son enfant présente une attitude négative face aux problèmes pourrait l'amener à relever régulièrement de petits défis à la hauteur de ses capacités pour l'amener à développer une meilleure attitude face aux obstacles de la vie,

plutôt que d'avoir une attitude contrôlante envers lui en résolvant les problèmes à sa place, par exemple. Finalement, un parent conscient de la sensibilité à l'anxiété chez son enfant pourrait amener ce dernier à s'exposer davantage à ses stimuli intéroceptifs par le biais d'exercices physiques réguliers, par exemple, ou en amenant l'enfant à trouver plusieurs explications possibles à ses sensations physiques lorsqu'elles surviennent.

Forces et limites des études présentées et recommandations pour les recherches futures

Il a été possible d'identifier un certain nombre de limites associées à ce travail de recherche. D'abord, au plan de la collecte des données, seules des mesures auto-rapportées ont été utilisées. Comme cette étude s'adressait aux enfants âgés entre 8 et 12 ans, il est possible que les plus jeunes aient eu plus de difficulté à lire, à comprendre certains termes ou à évaluer avec justesse les comportements ou attitudes décrits. La complexité et le caractère abstrait des construits évalués pouvaient constituer un obstacle supplémentaire pour les plus jeunes enfants de l'échantillon (8-9 ans) dont le niveau de développement cognitif est possiblement moins avancé. D'ailleurs, à ce propos, les données relatives à certains questionnaires ayant été complétés par les enfants au moment de la passation (QIS-enfants et ASS-enfants) ont, par la suite, été retirées des analyses principales, car leur cohérence interne a été jugée inacceptable au terme des analyses préliminaires de fiabilité. Les questionnaires qui ont été conservés pour les analyses sont donc ceux qui présentent une bonne cohérence interne, ce qui laisse croire qu'ils ont été bien compris par les enfants.

Chez les parents, les réponses obtenues aux mesures auto-rapportées ciblant leurs comportements parentaux ont pu être affectées par la désirabilité sociale. Il se peut donc que les réponses fournies par les parents ne reflètent pas exactement leurs comportements réels. Une façon intéressante de contourner ce problème aurait été de combiner les mesures auto-rapportées à des observations systématiques de dyades ou de triades parent(s)-enfant, par exemple. Cette méthode pourrait être utilisée dans le cadre de recherches futures et ce, dans divers contextes. Par exemple, il pourrait être intéressant d'observer le(s) parent(s) et l'enfant pendant un jeu de collaboration incluant une tâche de résolution de problème conjointe, ce qui permettrait d'évaluer la présence de comportements parentaux négatifs. Il pourrait aussi être intéressant d'observer les routines quotidiennes, tout simplement, sans structurer l'observation (par exemple, pendant la complétion des devoirs, lors de périodes de jeux ou de discussions, lors de la préparation du souper, pendant l'heure du repas et du coucher, etc.), ce qui reflèterait davantage l'environnement naturel dans lequel vit la famille.

Le mode de sélection des participants (base volontaire) peut également avoir constitué, en soi, une limite si l'on pose l'hypothèse que les gens qui ont fourni leur consentement sont ceux qui avaient déjà, à la base, un intérêt pour le thème de l'étude.

Ensuite, l'étude s'est déroulée dans la population générale. Or, il serait intéressant de bâtir un échantillon composé uniquement d'enfants ayant un niveau significatif d'anxiété à l'égard de la santé et retester la force des liens. Dans le cadre de recherches

futures, il serait donc intéressant d'effectuer la passation des questionnaires auprès d'enfants ayant un diagnostic de trouble d'anxiété généralisée dont le thème d'inquiétudes central concerne la santé et la crainte d'être malade, ou auprès d'enfants correspondant aux critères diagnostiques de l'hypocondrie. Pour ce faire, ces enfants pourraient être évalués par un pédopsychiatre ou par un psychologue utilisant une entrevue semi-structurée comme le Anxiety Disorders Interview Schedule for Children (ADIS-C; Silverman & Albano, 1996. Traduction française : Entrevue pour l'évaluation des troubles anxieux chez les enfants et les adolescents pour le DSM-IV; Berthiaume & Brousseau, 2004). Dans le même ordre d'idées, il serait important de déterminer la prévalence de la problématique auprès des enfants. En effet, la présente étude a permis de constater que l'anxiété à l'égard de la santé présente des relations cohérentes et similaires à d'autres troubles anxieux chez l'enfant, mais on ne sait encore rien sur la prévalence du phénomène, ni sur les critères qui nous permettraient de l'établir. Il serait pertinent que des recherches futures se penchent sur cette question.

Aussi, il aurait été très intéressant d'obtenir plus que la seule perception de l'enfant quant à son niveau d'anxiété à l'égard de la santé. En effet, l'obtention des perceptions des parents, enseignants ou pairs aurait pu contribuer à apporter un éclairage différent et à préciser davantage la problématique. Différentes sources d'information seraient donc à privilégier dans les études futures.

De plus, il aurait été important de questionner davantage les participants quant à certaines variables sociodémographiques d'intérêt (par exemple : revenu familial, nationalité, modalités de garde d'enfant, etc.) de façon à avoir une meilleure connaissance de la population à l'étude. Par exemple, il aurait été intéressant de savoir avec quel parent l'enfant vit le plus souvent et qui est sa principale figure d'attachement. En effet, les résultats auraient été encore plus puissants s'ils s'étaient rapportés de façon spécifique à la figure d'attachement principale.

Une dernière limite réside dans le nombre de variables utilisées pour expliquer le phénomène d'anxiété à l'égard de la santé chez l'enfant (processus cognitifs et comportements parentaux). En effet, il est probable que d'autres variables contribuent aussi à l'explication du phénomène, notamment celles qui sont proposées en introduction au présent travail (style d'attachement de l'enfant, niveau de développement cognitif de l'enfant, niveau de compréhension du concept de maladie, etc.). L'étude de ces variables aurait permis d'acquérir une meilleure compréhension générale du phénomène.

Malgré ces quelques limites, la présente étude comporte aussi plusieurs forces. Notons d'abord qu'elle constitue l'une des seules études s'étant intéressées à l'anxiété à l'égard de la santé chez l'enfant et ce, malgré le fait que plusieurs études aient montré que les enfants ont d'importantes peurs liées à la santé (Muris, Merckelbach, Gadet, & Moolaert, 2000; Muris, Merckelbach, Mayer, & Prins, 2000; Ollendick, Yang, King, Dong, & Akande, 1996). Elle contribue donc à l'avancement des connaissances dans ce

domaine. En deuxième lieu, le grand nombre d'enfants recrutés pour participer à l'étude constitue une autre force à noter puisqu'il permet de représenter assez fidèlement les tendances auprès de la population générale et de généraliser les résultats obtenus. Une autre force consiste en la présence de données relatives aux pères. En effet, très peu d'études se sont intéressées au rôle du père dans le développement de l'anxiété chez l'enfant (Phares, Lopez, Fields, Kamboukos, & Duhig, 2005; voir aussi la revue des écrits de Bögels & Phares, 2008) et ce, malgré les études récentes montrant que le père joue un rôle très important dans l'étiologie, la prévention et le traitement de l'anxiété chez l'enfant (Bögels & Phares, 2008).

Conclusion

Au terme de cette thèse, il est important de retenir certains éléments. D'abord, les résultats obtenus appuient empiriquement l'importance de considérer les processus cognitifs déjà reconnus comme étant impliqués dans l'anxiété chez l'enfant, mais cette fois-ci spécifiquement dans la problématique de l'anxiété à l'égard de la santé chez l'enfant. L'échantillon est de nature non-clinique, mais les recherches sur l'anxiété posent toujours leurs bases dans cette perspective analogue où l'on stipule que les relations sont similaires, mais de moindre intensité. Les présents résultats ouvrent la porte à d'autres recherches dans la population clinique. L'étude des processus cognitifs en jeu chez l'enfant anxieux à l'égard de sa santé mérite donc qu'on s'y attarde davantage. Les recherches sur la question nourriront aussi bien les méthodes d'évaluation que la création de plans d'intervention.

Les résultats fournissent aussi les premiers appuis empiriques démontrant la relation existant entre les comportements parentaux et l'anxiété à l'égard de la santé chez l'enfant. De façon plus spécifique, les données suggèrent qu'une attention particulière doit être portée à la perception de l'enfant puisque, selon les résultats, c'est la perception qu'a l'enfant des comportements de ses parents qui est associée au développement d'anxiété à l'égard de la santé. Toutefois, des recherches mesurant plus objectivement les comportements des parents seront nécessaires afin d'être en mesure de tirer des conclusions solides sur cette question.

Bien que la présente thèse apporte une nouvelle perspective dans l'étude de l'anxiété à l'égard de la santé chez l'enfant, ce domaine demeure encore peu exploré à ce jour. Maintenant, il importe de déterminer à quel point cette problématique touche les enfants et nuit au développement de leur plein potentiel.

Références

- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Youth Self-Report and 1991 Profile*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M., & Edelbrock, C. (1983). *Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M., & Edelbrock, C. (1986). *Manual for the Teacher's Report Form and teacher version of the Child Behavior Profile*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Agras, W. S., Sylvester, D., & Oliveau, D. C. (1969). The Epidemiology of Common Fears and Phobias. *Comprehensive Psychiatry*, 10, 151-156.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of Attachment*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- American Psychiatric Association. (2003). *DSM-IV-TR : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (4^e éd., texte révisé) (version internationale) (Washington, DC, 2000). Traduction française par J. D. Guelfi et al., Paris : Masson.
- American Psychiatric Association. (2011, Avril). Justification of Criteria - Somatic Symptoms. Récupéré le 21 septembre 2011 de <http://www.dsm5.org/Documents/Somatic/DSM%20Validity%20Propositions%204-18-11.pdf>.
- American Psychiatric Association. (2011, Avril). Somatic Symptom Disorders. Récupéré le 21 septembre 2011 de <http://www.dsm5.org/Documents/Somatic/Somatic%20Symptom%20Disorders%20description%20April%2018,%202011.pdf>.
- American Psychiatric Association. (2011, Mai). J 02 Illness Anxiety Disorder. *DSM-5 Development*. Récupéré le 21 septembre 2011 de <http://www.dsm5.org/ProposedRevision/Pages/proposedrevision.aspx?rid=10#>.
- Ames, L. B. (1946). The Development of the Sense of Time in the Young Child. *Journal of Genetic Psychology*, 69, 97-125.

- Anderson, J. C., Williams, S. M., McGee, R., & Silva (1987). DSM-III Disorders in Preadolescent Children: Prevalence in a Large Sample From the General Population. *Archives of General Psychiatry*, 44, 69-76.
- Asmundson, G. J. G., Taylor, S., Sevgur, S., & Cox, B. J. (2001). Health Anxiety: Classification and Clinical Features. Dans G. J. G. Asmundson, S. Taylor, & B. J. Cox (Éds), *Health Anxiety: Clinical and Research Perspectives on Hypochondriasis and Related Conditions*, (pp. 3-21). Londres: Wiley.
- Asmundson, G. J. G., Taylor, S., Wright, K. D., & Cox, B. J. (2001). Future directions and challenges in assessment, treatment, and investigation of health anxiety. Dans G. J. G. Asmundson, S. Taylor, & B. J. Cox (Éds), *Health Anxiety: Clinical and Research Perspectives on Hypochondriasis and Related Conditions*, (pp. 365-381). Londres: Wiley.
- Barber, B. K. (1996). Parental psychological control: Revisiting a neglected construct. *Child Development*, 67, 3296-3319.
- Bar-Haim, Y., Dan, O., Eshel, Y., & Sagi-Schwartz, A. (2007). Predicting Children's Anxiety from Early Attachment Relationships. *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 1061-1068.
- Barlow, D. A. (1988). *Anxiety and its Disorders: The Nature and Treatment of Anxiety and Panic*. New York: Guilford Press.
- Barlow, D. H., Allen, L. B., & Choate, M. L. (2004). Toward a Unified Treatment of Emotional Disorders. *Behavior Therapy*, 35, 205-230.
- Barnow, S., Lucht, M., & Freyberger, H. J. (2005). Correlates of aggressive and delinquent conduct problems in adolescence. *Aggressive Behavior*, 31, 24-39.
- Barrett, P. M., Dadds, M. M., & Rapee, R. M. (1996). Family Treatment of childhood anxiety: a controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 24, 187-203.
- Barsky, A. J. (1992). Hypochondriasis and obsessive-compulsive disorder. *The Psychiatric Clinics of North America*, 15, 791-801.
- Barsky, A. J., Bailey, E. D., Fama, J. M., & Ahern, D. K. (2000). Predictors of remission in DSM hypochondriasis. *Comprehensive Psychiatry*, 41, 179-183.
- Barsky, A. J., Ettner, S. L., Horsky, J. B., & Bates, D. W. (2001). Resource utilization of patients with hypochondriacal health anxiety and somatisation. *Medical Care*, 39, 705-715.

- Barsky, A. J., & Klerman, G. L. (1983). Overview: Hypochondriasis, bodily complaints, and somatic styles. *The American Journal of Psychiatry*, 140, 273-283.
- Barsky, A. J., Wyshak, G., & Klerman, G. L. (1990). The Somatosensory Amplification Scale and Its Relationship to Hypochondriasis. *Journal of Psychiatric Research*, 24, 323-334.
- Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment Styles Among Young Adults: A Test of a Four-Category Model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 226-244.
- Benjamin, R. S., Costello, E. J., & Warren, M. (1990). Anxiety Disorders in a Pediatric Sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 4, 293-316.
- Berthiaume, C., & Brousseau, L. (2004). *Entrevue semi-structurée pour l'évaluation des troubles anxieux chez les enfants et les adolescents pour le DSM-IV*. Document inédit, Hôpital Rivière-des-Prairies, Montréal, Québec, Canada.
- Bibace, R. & Walsh, M. E. (1978). Clinical developmental psychologists in family practice settings. *Professional Psychology*, 10, 441-450.
- Birmaher, B., Brent, D. A., Chiappetta, L., Bridge, J., Monga, S., & Baugher, M. (1999). Psychometric Properties of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): A Replication Study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 1230-1236.
- Birmaher, B., Khetarpal, S., Brent, D., Cully, M., Balach, L., Kaufman, J., et al. (1997). The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): scale construction and psychometric characteristics. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 545-553.
- Boelen, P. A., Vrinssen, I., & van Tulder, F. (2010). Intolerance of uncertainty in adolescents: correlations with worry, social anxiety and depression. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 198, 194-200.
- Bögels, S. M., & Phares, V. (2008). Fathers' role in the etiology, prevention and treatment of child anxiety: A review and new model. *Clinical Psychology Review*, 28, 539-558.
- Bogels, S. M., & Zigterman, D. (2000). Dysfunctional cognitions in children with social phobia, separation anxiety disorder, and generalized anxiety disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28, 205-211.

- Borkovec, T. D. (1994). The nature, functions, and origins of worry. Dans G. C. L. Davey & F. Tallis (Éds), *Worrying: Perspectives on theory, assessment and treatment*, (pp. 5-33). Oxford: John Wiley & Sons.
- Borkovec, T. D., & Hu, S. (1990). The Effect of Worry on Cardiovascular Responses to Phobic Imagery. *Behaviour Research & Therapy*, 28, 69-73.
- Borkovec, T. D., & Inz, J. (1990). The nature of worry in generalized anxiety disorder: A predominance of thought activity. *Behaviour Research & Therapy*, 28, 153-158.
- Borkovec, T. D., Metzger, R., & Pruzinsky, T. (1986). Anxiety, Worry, and the Self. Dans L. Hartman & K. R. Blankenstein (Éds.), *Perceptions of Self in Emotional Disorders and Psychopathology* (pp. 219-260). New York: Plenum Press.
- Bosquet, M., & Egeland, B. (2006). The Development and Maintenance of Anxiety Symptoms From Infancy Through Adolescence in a Longitudinal Sample. *Development and Psychopathology*, 18, 517-550.
- Bowen, R. C., Offord, D. R., & Boyle, M. H. (1990). The Prevalence of Overanxious Disorder and Separation Anxiety Disorder: Results From the Ontario Child Health Study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 753-758.
- Breton, J.-J., Bergeron, L., Valla, J.-P., Berthiaume, C., Gaudet, N., Lambert, J., et al. (1997). *Enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes de 6 à 14 ans 1992. Volume 2, partie 1. Prévalence des troubles mentaux*. Montréal, Canada : Hôpital Rivière-des-Prairies et Santé Québec.
- Breton, J.-J., Bergeron, L., Valla, J.-P., Berthiaume, C., Gaudet, N., Lambert, J., et al. (1999). Quebec Child Mental Health Survey: Prevalence of DSM-III-R mental health disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 375-384.
- Brown, A. M., & Whiteside, S. P. (2008). Relations Among Perceived Parental Rearing Behaviors, Attachment Style, and Worry in Anxious Children. *Anxiety Disorders*, 22, 263-272.
- Bruggen, C. O. van der, Stams, G. J. J. M., Bogels, S. M., & Paulussen-Hoogeboom, M. C. (2010). Parenting behaviour as a mediator between young children's negative emotionality and their anxiety/depression. *Infant and Child Development*, 19, 354-365.

- Castro, J., Toro, J., & Van der Ende, J. (1993). Exploring the Feasibility of Assessing Perceived Parental Rearing Styles in Spanish Children with the EMBU. *International Journal of Social Psychiatry*, 39, 47-57.
- Campbell, J. D. (1978). The Child in the Sick Role: Contributions of Age, Sex, Parental Status, and Parental Values. *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 35-51.
- Campo, J. V., & Reich, M. D. (1999). Somatoform disorders. Dans S. D. Netherton, D. Holmes, & C. E. Walker (Éds), *Child and Adolescent Psychological Disorders*, (pp. 321-343). New York: Oxford University Press.
- Capps, L., & Ochs, E. (1995). Out of place: Narrative insights into agoraphobia. *Discourse Processes*, 19, 407-439.
- Carandang, M. L., Folkins, C. H., & Hines, P. A. (1979). The Role of Cognitive Level and Sibling Illness in Children's Conceptualizations of Illness. *American Journal of Orthopsychiatry*, 49, 474-481.
- Castro, J., Toro, J., Ende, J. van der, & Arrindell, W. A. (1993). Exploring the feasibility of assessing perceived parental rearing styles in Spanish children with the EMBU. *International Journal of Social Psychiatry*, 39, 47-57.
- Chorpita, B. F., Albano, A., & Barlow, D. H. (1996). Child Anxiety Sensitivity Index: Considerations for Children with Anxiety Disorders. *Journal of Clinical Child Psychology*, 25, 77-82.
- Chorpita, B. F., & Barlow, D. H. (1998). The development of anxiety: The role of control in the early development. *Psychological Bulletin*, 124, 3-21.
- Chorpita, B. F., Tracey, S. A., Brown, T. A., Collica, T. J., & Barlow, D. H. (1997). Assessment of Worry in Children and Adolescents: An Adaptation of the Penn-State Worry Questionnaire. *Behavior Research & Therapy*, 35, 569-581.
- Cobham, V. E., Dadds, M. R., & Spence, S. H. (1999). Anxious Children and Their Parents: What Do They Expect? *Journal of Clinical Child Psychology*, 28, 220-231.
- Comer, J. S., Roy, A. K., Furr, J. M., Gotimer, K., Beidas, R. S., Dugas, M. J., & Kendall, P. (2009). The intolerance of uncertainty scale for children: a psychometric evaluation. *Psychological Assessment*, 21, 402-411.
- Costello, E. J., Angold, A., Burns, B. J., Stangl, D. K., Tweed, D. L., Erkanli, A., et al. (1996). The Great Smoky Mountains Study of Youth. Goals, design, methods, and the prevalence of the DSM-III-R disorders. *Archives of General Psychiatry*, 55, 1129-1136.

- Cox, B. J., Borger, S. C., Asmundson, G. J. G., & Taylor, S. (2000). Dimensions of Hypochondriasis and the Five-Factor Model of Personality. *Personality and Individual Differences, 29*, 99-108.
- Dugas, M. J., Gagnon, F., & Ladouceur, R. (1998). Generalized anxiety disorder: A preliminary test of a conceptual model. *Behaviour Research and Therapy, 36*, 215-226.
- Dugas, M. J., Gosselin, P., & Ladouceur, R. (2001). Intolerance of uncertainty and worry: Investigating specificity in a nonclinical sample. *Cognitive Therapy and Research, 25*, 551-558.
- Dugas, M. J., & Robichaud, M. (2007). *Cognitive-Behavioral Treatment for Generalized Anxiety Disorder: From Science to Practice*. New York: Routledge.
- Eminson, M., Benjamin, S., Shortall, A., Woods, & Faragher (1996). Physical Symptoms and Illness Attitudes in Adolescents: An Epidemiological Study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 37*, 519-528.
- Epkins, C. C. (1996). Cognitive specificity and affective confounding in social anxiety and dysphoria in children. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 18*, 83-101.
- Essau, C. A., Conradt, J., & Petermann, F. (1999). Prevalence, Comorbidity, and Psychosocial Impairment of Somatoform Disorders in Adolescents. *Psychology, Health & Medicine, 4*, 169-180.
- Evans, I. M., & Galyer, K. (2009). Are you sure there isn't a monster in the closet? Regulation of children's worrying in uncertain contexts. *Child & Family Behavior Therapy, 31*, 38-53.
- Fallon, B. A., Klein, B. W., & Liebowitz, M. R. (1993). Hypochondriasis: Treatment Strategies. *Psychiatric Annals, 23*, 374-381.
- Fergus, T. A., & Valentiner, D. P. (2011). Intolerance of uncertainty moderates the relationship between catastrophic health appraisals and health anxiety. *Cognitive Therapy and Research, 35*, 560-565.
- Ferguson, E., & Daniel, E. (1995). The Illness Attitude Scales (IAS): A Psychometric Evaluation on a Non-Clinical Population. *Personality and Individual Differences, 18*, 463-469.

- Fergusson, D. M., Horwood, L. J., & Lynskey, M. T. (1993). Prevalence and Comorbidity of DSM-III-R Diagnoses in a Birth Cohort of 15 Year Olds. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 1127-1134.
- Fritz, G. K., Fritsch, S., & Hagino, O. (1997). Somatoform Disorders in Children and Adolescents: A Review of the Past 10 Years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1329-1338.
- Geffken, G., Sajid, M., & MacNaughton, K. (2005). The Course of Childhood OCD, Its Antecedents, Onset, Comorbidities, Remission and Reemergence: A 12-Year Case Report. *Clinical Case Studies*, 4, 380-394.
- Gosselin, P., Langlois, F., & Freeston, M. H. (2002). Le Questionnaire d'Évitement Cognitif (QEC): Développement et validation auprès d'adultes et d'adolescents. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 12, 24-37.
- Gosselin, P., Langlois, F., Freeston, M. H., Ladouceur, R., Laberge, M., & Lemay, D. (2007). Cognitive Variables Related to Worry Among Adolescents: Avoidance Strategies and Faulty Beliefs About Worry. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 225-233.
- Gottman, J. M., Katz, L. F., & Hooven, C. (1997). *Meta-emotion: How families communicate emotionally*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Hadjistavropoulos, H. D. & Asmundson, G. J. G. (1998). Factor Analytic Investigation of the Illness Attitude Scales in a Chronic Pain Sample. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 1185-1195.
- Hadjistavropoulos, H. D., Frombach, I. K., & Asmundson, G. J. G. (1999). Exploratory and confirmatory factor analytic investigations of the Illness Attitudes Scale in a nonclinical sample. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 671-684.
- Hollingsworth, C., Tanquay, P., Grossman, L., & Pabst, P. (1980). Long-term outcome of obsessive-compulsive disorder in childhood. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 19, 134-144.
- Horobin, K., & Acredolo, C. (1989). The Impact of Probability Judgments on Reasoning About Multiple Possibilities. *Child Development*, 60, 183-200.
- Hunt, C., Keogh, E., & French, C. C. (2007). Anxiety Sensitivity, Conscious Awareness and Selective Attentional Biases in Children. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 497-509.

- Kahana, S. Y., & Feeny, N. C. (2005). Cognitive Behavioral Treatment of Health-Related Anxiety in Youth: A Case Example. *Cognitive and Behavioral Practice*, 12, 290-300.
- Kellner, R. (1987). *Abridged Manual of the Illness Attitudes Scale*. Department of Psychiatry, School of Medicine, University of New Mexico.
- Kendall, P. C., & Ronan, K. D. (1990). Assessment of Children's Anxieties, Fears, and Phobias: Cognitive-Behavioral Models and Methods. Dans C. R. Reynolds & R. W. Kamphaus (Éds.), *Handbook of Psychological and Educational Assessment of Children: Vol. 2. Personality, Behavior, and Context* (pp. 223-244). New York: Guilford Press.
- Kerns, K. A., Aspelmeier, J. E., Gentzler, A. L., & Grabill, C. M. (2001). Parent-child attachment and monitoring in middle childhood. *Journal of Family Psychology*, 15, 69-81.
- King, N. J., Gullone, E., & Ollendick, T. H. (1998). Etiology of Childhood Phobias: Current Status of Rachman's Three Pathways Theory. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 297-309.
- Klineberg, S. L. (1967). Changes in Outlook on the Future Between Childhood and Adolescence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 7, 185-193.
- Koopman, H. M., Baars, R. M., Chaplin, J., & Zwinderman, K. H. (2004). Illness through the eyes of the child: the development of children's understanding of the causes of illness. *Patient Education and Counseling*, 55, 363-370.
- Kosslyn, S. M. (1990). *Image and Mind*. Cambridge: Harvard University Press.
- Langlois, F., Pelletier, O., Ladouceur, R., & Boucher, O. (2005). Hypochondrie et Anxiété à l'égard de la santé. *Revue francophone de Clinique Comportementale et Cognitive*, 10, 1-10.
- Langlois, F., Pelletier, O., Ladouceur, R., & Brassard Lapointe, M. (2005). Les processus cognitifs de l'Anxiété à l'égard de la santé. *Revue francophone de Clinique Comportementale et Cognitive*, 10, 11-17.
- Lau, R. R., Bernard, T. M., Hartman, K. A. (1989). Further Explorations of Common-Sense Representations of Common Illnesses. *Health Psychology*, 8, 195-219.
- Laugesen, N., Dugas, M. J., & Bukowski, W. M. (2003). Understanding Adolescent Worry: The Application of a Cognitive Model. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 31, 55-64.

- Lavy, E. H., & Van den Hout, M. A. (1990). Thought suppression induces intrusions. *Behavioural Psychotherapy*, 18, 251-258.
- Lieb, R., Pfister, H., Mastaler, M., & Wittchen, H. (2000). Somatoform syndromes and disorders in a representative population sample of adolescents and young adults: prevalence, comorbidity and impairments. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101, 194-208.
- Lipowski, Z. J. (1987). Somatization: The Experience and Communication of Psychological Distress as Somatic Symptoms. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 47, 160-167.
- Littenberg, R., Tulkin, S., & Kagan, J. (1971). Cognitive Components of Separation Anxiety. *Developmental Psychology*, 4, 387-388.
- Lucock, M. P., & Morley, S. (1996). The Health Anxiety Questionnaire. *British Journal of Health Psychology*, 1, 137-150.
- Main, M., & Cassidy, J. (1988). Categories of response to reunion with the parent at age 6: Predictable from infant attachment classifications and stable over a 1-month period. *Developmental Psychology*, 24, 415-426.
- Main, M., & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as desorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. Dans M. T. Greenberg, D. Cicchetti, & M. E. Cummings (Éds.), *Attachment in the Preschool Years: Theory, research, and intervention* (pp. 121-160). Chicago: University of Chicago Press.
- Malis, R. W., Hartz, A. J., Doebbeling, C. C., & Noyes, R. Jr. (2002). Specific Phobia of Illness in the Community. *General Hospital Psychiatry*, 24, 135-139.
- March, J. S., Amaya-Jackson, L., Terry, R., & Costanzo (1997). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1080-1088.
- Masi, G., Mucci, M., Favilla, L., Romano, R., & Poli, P. (1999). Symptomatology and Comorbidity of Generalized Anxiety Disorder in Children and Adolescents. *Comprehensive Psychiatry*, 40, 210-215.
- Mathews, A. (1990). Why Worry? The Cognitive Function of Anxiety. *Behaviour Research & Therapy*, 28, 455-468.
- Mattanah, J. F. (2001). Parental psychological autonomy and children's academic competence and behavioural adjustment in late childhood: more than just limit-setting and warmth. *Merrill-Palmer Quarterly*, 47, 355-376.

- Merckelbach, H., De Jong, P. J., Muris, P., & van den Hout, M. (1996). The Etiology of Specific Phobias: A Review. *Clinical Psychology Review*, 16, 337-361.
- Merckelbach, H., Muris, P., Van den Hout, M., & De Jong, P. J. (1991). Rebound effects of thought suppression: Instruction-dependent? *Behavioural Psychotherapy*, 19, 225-238.
- Moss, E., Smolla, N., Cyr, C., Dubois-Comtois, K., Mazzarello, T., & Berthiaume, C. (2006). Attachment and behavior problems in middle childhood as reported by adult and child informants. *Development and Psychopathology*, 18, 425-444.
- Moss, E., Smolla, N., Guerra, I., Mazzarello, T., Chayer, D., & Berthiaume, C. (2006). Attachement et problèmes de comportements intériorisés et extériorisés auto-raportés à la période scolaire. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 38, 142-157.
- Muris, P., Meesters, C., van Melick, M., & Zwambag, L. (2001). Self-reported attachment style, attachment quality, and symptoms of anxiety and depression in young adolescents. *Personality and Individual Differences*, 30, 809-818.
- Muris, P., Merckelbach, H., Gadet, B., & Moulart, V. (2000). Fears, worries, and scary dreams in 4- to 12-year-old children: Their content, developmental pattern, and origins. *Journal of clinical child psychology*, 29, 43-52.
- Muris, P., Merckelbach, H., Mayer, B., & Prins, E. (2000). How serious are common childhood fears?. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 217-228.
- Muris, P., Merckelbach, H., Meesters, C., & van den Brand, K. (2002). Cognitive Development and Worry in Normal Children. *Cognitive Therapy and Research*, 26, 775-787.
- Muris, P., Merckelbach, H., Schmidt, H., & Tierney, S. (1999). Disgust sensitivity, trait anxiety and anxiety disorders symptoms in normal children. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 953-961: disgust sensitivity is positively related to specific phobia symptoms and separation anxiety in normal children.
- Noyes, R. Jr. (1999). The Relationship of Hypochondriasis to Anxiety Disorders. *General Hospital Psychiatry*, 21, 8-17.
- Noyes, R. Jr., Carney, C. P., & Langbehn, D. R. (2004). Specific Phobia of Illness: Search for a New Subtype. *Journal of Anxiety Disorders*, 18, 531-545.
- Noyes, R. Jr., Kathol, R. G., Fisher, M. M., & Phillips, B. M. (1993). The validity of DSM-III-R hypochondriasis. *Archives of General Psychiatry*, 50, 961-970.

- Ollendick, T. H., & King, N. J. (1991). Origins of Childhood Fears: An Evaluation of Rachman's Theory of Fear Acquisition. *Behaviour Research & Therapy*, 29, 117-123.
- Ollendick, T. H., Yang, B., King, N. J., Dong, Q., & Akande, A. (1996). Fears in American, Australian, Chinese, and Nigerian Children and Adolescents: A Cross-Cultural Study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37, 213-220.
- Palmer, E. J. & Hollin, C. R. (2000). The interrelations of sociomoral reasoning, perceptions of own parenting and attributions of intent with self-reported delinquency. *Legal and Criminological Psychology*, 5, 201-218.
- Phares, V., Lopez, E., Fields, S., Kamboukos, D., & Duhig, A. M. (2005). Are fathers involved in pediatric psychology research and treatment? *Journal of Pediatric Psychology*, 30, 631-643.
- Piaget, J. (1987). *Possibility and Necessity, Vol. 1. The Role of Possibility in Cognitive Development*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Piaget, J., & Inhelder, B. (1966). *L'image mentale chez l'enfant*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Pintner, R., & Lev, J. (1940). Worries of School Children. *The Journal of Genetic Psychology*, 56, 67-76.
- Puig-Antich, J., & Chambers, W. (1978). *The Schedule of Affective Disorders and Schizophrenia for School-Aged Children*. New York: New York Psychiatric Institute.
- Pynoos, R. S., Goenjian, A. K., & Steinberg, A. M. (1995). Psychiatric Comorbidity in Children After the 1988 Earthquake in Armenia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 1174-1184.
- Rapee, R. M. (1997). Potential Role of Childrearing Practices in the Development of Anxiety and Depression. *Clinical Psychology Review*, 17, 47-67.
- Reiss, S. (1991). Expectancy model of fear, anxiety, and panic. *Clinical Psychology Review*, 11, 141-153.
- Reiss, S., & McNally, R. J. (1985). The Expectancy Model of Fear. Dans S. Reiss & R. R. Bootzin (Éds.), *Theoretical Issues in Behavior Therapy* (pp. 107-121). New York: Academic.

- Reiss, S., Peterson, R. A., Gursky, D. M., & McNally, R. J. (1986). Anxiety sensitivity, anxiety frequency and the predictions of fearfulness. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 1-8.
- Robbins, J. M., & Kirmayer, L. J. (1991). Attributions of Common Somatic Symptoms. *Psychological Medicine*, 21, 1029-1045.
- Rohner, R. P. & Britner, P. A. (2002) Worldwide mental health correlates of parental acceptance–rejection: review of cross-cultural and intracultural evidence. *Cross Cultural Research: The Journal of Comparative Social Science*, 36, 15–47.
- Rohner, R. P. & Rohner, E. C. (1980). Antecedents and consequences of parental rejection: a theory of emotional abuse. *Child Abuse and Neglect*, 4, 189–198.
- Russ, E., Heim, A. & Westen, D. (2003) Parental bonding and personality pathology assessed by clinician report. *Journal of Personality Disorders*, 17, 522–536.
- Salkovskis, P. M. (1991). Anxiété et santé : aspects cognitivo-comportementaux. *Act Médecine Interne-psychiatrie*, 8, 78-88.
- Salkovskis, P. M., & Clark, M. (1993). Panic Disorder and Hypochondriasis. *Advence in Behavior Therapy*, 15, 23-48.
- Salkovskis, P. M., Rimes, K. A., Warwick, H. M. C., & Clark, D. M. (2002). The Health Anxiety Inventory: development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. *Psychological Medicine*, 32, 843-853.
- Salkovskis, P. M., & Warwick, H. M. C. (1989). Morbide Preoccupation, Health Anxiety and Reassurance: A Cognitive-Behavioral Approach to Hypochondriasis. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 597-602.
- Sanger, M. S., Sandler, H. K., & Perrin, E. C. (1988). Concepts of Illness and Perception of Control in Healthy Children and in Children With Chronic Illnesses. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 9, 252-256.
- Schmidt, A. J. M. (1994). Bottlenecks in the Diagnosis of Hypochondriasis. *Comprehensive Psychiatry*, 35, 306-315.
- Shamir-Essakow, G., Ungerer, J. A., & Rapee, R. M. (2005). Attachment, Behavioral Inhibition, and Anxiety in Preschool Children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33, 131-143.

- Silverman, W. K., & Albano, A. M. (1996). *The Anxiety Disorders Interview Schedule for Children for DSM-IV: (Child and Parent versions)*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Silverman, W. K., Fleisig, W., Rabian, B., & Peterson, R. A. (1991). Child Anxiety Sensitivity Index. *Journal of Clinical Child Psychology*, 20, 162-168.
- Siqueland, L., Kendall, P. C., & Steinberg, L. (1996). Anxiety in Children: Perceived Family Environments and Observed Family Interaction. *Journal of Clinical Child Psychology*, 25, 225-237.
- Steinberg, L., Elmer, J. D., & Mounts, N. S. (1989). Authoritative parenting, psychosocial maturity, and academic success among adolescents. *Child Development*, 60, 1424-1436.
- Stewart, S. H., & Watt, M. C. (2000). Illness Attitude Scales Dimensions and their Associations with Anxiety-Related Constructs in a Nonclinical Sample. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 83-99.
- Tremblay, R., Vitaro, F., Gagnon, C., Piché, C., & Royer, N. (1992). A prosocial scale for the preschool behaviour questionnaire: Concurrent and predictive correlates. *International Journal of Behavioral Development*, 15, 227-245.
- Valla, J. P., Bergeron, L., Bérubé, H., Gaudet, N., & St-Georges, M. (1994). A structured pictorial questionnaire to assess DSM-III-R-based diagnoses in children (6-11 years): Development, validity, & reliability. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 22, 403-423.
- Valleni-Basile, L. A., Garrison, C. Z., Jackson, K. L., Waller, McKeown, Addy, et al. (1994). Frequency of Obsessive-Compulsive Disorder in a Community Sample of Young Adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 33, 782-791.
- Vasa, R. A., & Pine, D. S. (2006). Anxiety Disorders. Dans C. A. Essau (Éd.), *Child and Adolescent Psychopathology: Theoretical and Clinical Implications* (pp. 78-112). Londres et New York: Routledge.
- Vasey, M. W. (1991). The development of worry in childhood. *Dissertation Abstracts International*, 52, 546.
- Vasey, M. W. (1993). Development and Cognition in Childhood Anxiety: The Example of Worry. *Advances in Clinical Child Psychology*, 15, 1-39.

- Verhulst, F. C., van der Ende, J., Ferdinand, R. F., & Kasius (1997). The Prevalence of DSM-III-R Diagnoses in a National Sample of Dutch Adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 54, 329-336.
- Wagner, A. P. (2003). Cognitive-Behavioral Therapy for Children and Adolescents with Obsessive-Compulsive Disorder. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 3, 291-306.
- Wallace, D. M., & Rabin, A. I. (1960). Temporal experience. *Psychological Bulletin*, 57, 213-236.
- Warwick, H. M., & Salkovskis, P. M. (1990). Hypochondriasis. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 105-117.
- Wearden, A., Perryman, K., & Ward, V. (2006). Adult Attachment, Reassurance Seeking and Hypochondriacal Concerns in College Students. *Journal of Health Psychology*, 11, 877-886.
- Weems, C. F., Berman, S. L., Silverman, W. K., & Saavedra, L. M. (2001). Cognitive Errors in Youth With Anxiety Disorders: The Linkages Between Cognitive Errors and Anxious Symptoms. *Cognitive Therapy and Research*, 25, 559-575.
- Wegner, D. M., & Zanakos, S. (1994). Chronic thought suppression. *Journal of Personality*, 62, 615-640.
- Werner, H. (1948). *Comparative Psychology of Mental Development*. Oxford: Follett Pub.
- Whaley, S. E., Pinto, A., & Sigman, M. (1999). Characterizing Interactions Between Anxious Mothers and their Children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 826-836.
- Whitaker, A., Johnson, J., Shaffer, D., Rapoport, J. L., Kalikow, K., Walsh, B. T., et al. (1990). Uncommon troubles in young people: Prevalence estimates of selected psychiatric disorders in a nonreferred adolescent population. *Archives of General Psychiatry*, 47, 487-496.
- Wright, K. D., & Asmundson, G. J. G. (2003). Health Anxiety in Children: Development and Psychometric Properties of the Childhoods Illness Attitude Scales. *Cognitive Behaviour Therapy*, 32, 194-202.
- Young, J. E., & Klosko, J. S. (2003). *Je réinvente ma vie : vous valez mieux que vous ne pensez*. Montréal : les Éditions de l'Homme.

Appendice A
Formulaire de consentement des participants

Étude sur la peur des maladies chez l'enfant

Feuillet d'information et de consentement éclairé

Contexte de l'étude

La peur de la maladie est basée sur l'interprétation erronée d'un ou de plusieurs symptômes comme étant les signes annonciateurs d'une maladie grave. Cette peur persiste malgré un examen médical approfondi et rassurant. Il est normal pour une personne de vivre des formes mineures d'anxiété à l'égard de leur santé. Dans la plupart des cas, l'anxiété diminue à mesure que les symptômes s'atténuent ou après une réassurance appropriée lorsqu'une opinion médicale a été donnée. Dans d'autres cas, l'anxiété est excessive et peut affecter de façon importante le fonctionnement d'un individu. Ce trouble, que l'on appelle « hypocondrie » chez l'adulte, a été beaucoup étudié. Toutefois, cette problématique a été bien peu étudiée chez l'enfant. Par conséquent, peu de données sont disponibles à ce sujet.

Objectifs de l'étude

L'objectif principal du présent projet de recherche consiste à mieux comprendre les facteurs associés à la présence d'une anxiété significative à l'égard de la santé chez les enfants. Nous souhaitons découvrir les modes de pensée, les réactions et les comportements parentaux qui prédisent le mieux le développement d'une anxiété en lien avec la santé et la maladie chez l'enfant. Un autre objectif consiste à comparer les réactions et les modes de pensée des enfants et des parents entre eux.

Participants

La présente étude s'adresse avant tout à des enfants âgés entre 8 et 12 ans et à leur mère. Les pères sont toutefois fortement encouragés à participer à l'étude s'ils le souhaitent : en effet, jusqu'à maintenant, les études s'étant intéressées au rôle important joué par le père dans le développement de l'enfant ne sont pas assez nombreuses. En ce sens, il serait très apprécié que le père participe aussi à l'étude, contribuant ainsi à l'avancement des connaissances dans un domaine encore peu exploré.

Description de l'étude

Si, après avoir pris connaissance de ce feuillet d'information, vous souhaitez participer à l'étude, votre enfant et vous serez invités à remplir une série de questionnaires dont le but consiste à mieux comprendre le phénomène de l'anxiété à l'égard de la santé chez l'enfant. Votre enfant les remplira à l'école, durant les heures de classe. Pour votre part, vous aurez le choix entre : 1) remplir les questionnaires via Internet, sur un site web sécurisé vous permettant d'enregistrer et d'envoyer vos réponses à mesure qu'elles sont complétées. Cette option nécessite que vous nous fournissiez votre adresse courriel afin que nous puissions vous envoyer l'adresse du site où vous devrez vous rendre pour remplir les questionnaires et votre code d'accès. Pour des raisons environnementales et économiques, nous vous invitons à privilégier cette option; ou 2) recevoir les questionnaires par la poste et les retourner aux responsables de l'étude en utilisant l'enveloppe pré-affranchie que nous vous enverrons. Cette option nécessite que vous nous fournissiez votre adresse postale. Les questions visent à mieux comprendre vos façons de penser et de réagir dans certaines situations. Vous serez également invités à répondre à des questions relatives à vos propres comportements en tant que parent; votre enfant, pour sa part, sera invité à partager sa propre perception des comportements de ses parents à son égard. La durée estimée pour les compléter est d'environ 30 à 45 minutes.

Risques associés

Il n'y a aucun risque physique ou social associé à cette étude. Les risques psychologiques sont minimales, mais il pourrait arriver que la lecture de certains concepts abordés dans l'étude (maladie, mort, etc.) puisse engendrer de l'anxiété. Si votre participation vous amenait à vous questionner, vous pourrez en parler avec la psychologue de l'étude.

Avantages possibles

Votre enfant et vous ne pourrez retirer de bénéfice direct de l'étude, outre la satisfaction d'avoir participé à l'avancement des connaissances au sujet de la peur des maladies chez les enfants, un phénomène encore peu étudié.

Participation volontaire et droit de retrait

La participation de chacun est volontaire. Chacun a le droit de participer ou non. De plus, les participants peuvent se retirer de l'étude en tout temps sans subir de préjudice.

Compensation financière

Aucune compensation financière ne sera attribuée aux participants.

Confidentialité

Pour assurer le respect de la confidentialité, tous les participants se verront attribuer un numéro. Les dossiers de recherche seront dépourvus de toute information personnelle qui pourrait permettre de les identifier. La liste reliant les informations personnelles aux numéros de participant sera gardée dans un classeur fermé à clé. Seuls mon directeur de recherche et moi aurons accès à cette liste. Les données seront détruites cinq ans après la fin de l'étude. Les résultats de la recherche seront présentés dans la communauté scientifique, mais de façon globale. Aucun participant ne pourra être identifié personnellement.

Coordonnées

La responsable de la recherche est madame Marie-Christine Houde-Charron, psychologue, chercheuse principale de l'étude. Elle est dirigée par monsieur Frédéric Langlois, Ph. D, psychologue et chercheur à l'Université du Québec à Trois-Rivières. Si vous avez des questions en lien avec votre participation à ce projet, vous pouvez communiquer avec moi au 514-678-5410 ou avec mon directeur au 1-800-365-0922, poste 3557.

Comité d'éthique de la recherche

Cette recherche est approuvée par le comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières et un certificat portant le numéro CER-08-140-06.08 a été émis le 17 octobre 2008. Pour toute question ou plainte d'ordre éthique concernant cette recherche, vous devez communiquer avec la secrétaire du comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières, madame Martine Y. Tremblay, par téléphone au 1-800-365-0922, poste 2136, ou par courrier électronique : Cereh@uqtr.ca.

Consentement

Si seule la mère est signataire de l'autorisation, celle-ci s'engage à ce que l'autre parent détenant l'autorité parentale soit informé des termes de l'étude tels qu'ils sont présentés dans le présent formulaire.

MÈRE DE L'ENFANT

Je me nomme _____

Mon enfant se nomme _____ et est dans le groupe _____

- J'accepte librement que mon enfant et moi participions à la recherche portant sur l'anxiété à l'égard de la santé chez l'enfant.
- Je refuse que mon enfant et moi participions à la recherche.

Signature de la participante_____
Date

Si j'accepte :

- Je préfère remplir les questionnaires via Internet. Je vous donne mon adresse courriel afin que vous puissiez m'envoyer mon code d'accès et l'adresse du site Internet où je devrai me rendre pour remplir les questionnaires (en lettres moulées SVP) :
- _____
- Je n'ai pas accès à Internet : je préfère donc que vous m'envoyiez les questionnaires par la poste à l'adresse suivante :

_____**PÈRE DE L'ENFANT :**

Je me nomme _____

Mon enfant se nomme _____

- J'accepte librement que mon enfant et moi participions à la recherche portant sur l'anxiété à l'égard de la santé chez l'enfant.
- Je refuse que mon enfant et moi participions à la recherche.

Signature du participant_____
Date

Si j'accepte :

- Je préfère remplir les questionnaires via Internet. Je vous donne mon adresse courriel afin que vous puissiez m'envoyer mon code d'accès et l'adresse du site Internet où je devrai me rendre pour remplir les questionnaires (en lettres moulées SVP) :
- _____
- Je n'ai pas accès à Internet : je préfère donc que vous m'envoyiez les questionnaires par la poste : à la même adresse que la mère à l'adresse suivante :

Appendice B
Cahier-questionnaires de l'enfant

ÉTUDE SUR LA PEUR DE LA MALADIE



CAHIER DE RÉPONSES POUR LES ENFANTS

No d'identification : _____

CIAS

Voici plusieurs questions. Lis chaque question attentivement. À la droite de chaque question, mets un **X** sur le choix qui répond le mieux à la question. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse.

1. T'inquiètes-tu de ta santé?	___ Jamais	___ Parfois	___ Presque toujours
2. T'inquiètes-tu que tu pourrais devenir très malade dans le futur?	___ Jamais	___ Parfois	___ Presque toujours
3. Est-ce que le simple fait de penser à la maladie te fait peur?	___ Jamais	___ Parfois	___ Presque toujours
4. Si tu as une douleur, es-tu inquiet que cela puisse être causé par une maladie grave?	___ Jamais	___ Parfois	___ Presque toujours
5. Si une douleur dure pendant une semaine ou plus, le dis-tu à ta mère ou à ton père?	___ Jamais	___ Parfois	___ Presque toujours
6. Si une douleur dure pendant une semaine ou plus, demandes-tu à ta mère ou à ton père si c'est possible d'aller chez le médecin?	___ Jamais	___ Parfois	___ Presque toujours
7. Si une douleur dure pendant une semaine ou plus, crois-tu avoir une maladie grave?	___ Jamais	___ Parfois	___ Presque toujours
8. Essaies-tu de ne pas développer d'habitudes qui pourraient être mauvaises pour toi, comme fumer, boire de l'alcool ou prendre de la drogue?	___ Jamais	___ Parfois	___ Presque toujours
9. Essaies-tu de ne pas manger de nourriture qui pourrait être mauvaise pour toi (comme du « fast food »)?	___ Jamais	___ Parfois	___ Presque toujours
10. Examines-tu ton corps afin de découvrir si quelque chose ne va pas?	___ Jamais	___ Parfois	___ Presque toujours
11. Crois-tu être vraiment malade et que les médecins n'ont pas trouvé d'explication?	___ Jamais	___ Parfois	___ Presque toujours

12. Quand tu te sens malade, le dis-tu à ta mère ou à ton père?	___ Jamais	___ Parfois	___ Presque toujours
13. Quand tu te sens malade, demandes-tu à ta mère ou à ton père si c'est possible d'aller chez le médecin?	___ Jamais	___ Parfois	___ Presque toujours
14. T'arrive-t-il de demander des médicaments à ta mère ou à ton père?	___ Jamais	___ Parfois	___ Presque toujours
15. Quand le médecin te dit que tu n'es pas malade, t'arrive-t-il de ne pas le croire?	___ Jamais	___ Parfois	___ Presque toujours
16. Si un médecin te dit ce qu'il a trouvé comme explication médicale, commences-tu à croire que tu pourrais avoir une nouvelle maladie peu après?	___ Jamais	___ Parfois	___ Presque toujours
17. Est-ce que les nouvelles qui te font penser à la mort te font peur?	___ Jamais	___ Parfois	___ Presque toujours
18. Est-ce que l'idée de mourir te fait peur?	___ Jamais	___ Parfois	___ Presque toujours
19. Crains-tu que tu pourrais mourir bientôt?	___ Jamais	___ Parfois	___ Presque toujours
20. As-tu peur d'avoir le cancer?	___ Jamais	___ Parfois	___ Presque toujours
21. As-tu peur d'avoir un problème au cœur?	___ Jamais	___ Parfois	___ Presque toujours
22. As-tu peur d'avoir une autre maladie grave? Quelle maladie? _____	___ Jamais	___ Parfois	___ Presque toujours
23. Quand tu entends parler d'une maladie ou que tu lis à propos d'une maladie, crois-tu que tu pourrais l'avoir?	___ Jamais	___ Parfois	___ Presque toujours
24. Quand tu remarques une sensation bizarre dans ton corps, trouves-tu difficile de penser à autre chose?	___ Jamais	___ Parfois	___ Presque toujours

25. Quand tu remarques une sensation bizarre dans ton corps, est-ce que ça t'inquiète?	___ Jamais	___ Parfois	___ Presque toujours
26. Quand tu remarques une sensation bizarre dans ton corps, le dis-tu à ton père ou à ta mère?	___ Jamais	___ Parfois	___ Presque toujours
27. Quand tu remarques une sensation bizarre dans ton corps, demandes-tu à ta mère ou à ton père de t'amener chez le médecin?	___ Jamais	___ Parfois	___ Presque toujours
28. Est-ce que ton médecin t'a déjà dit que tu avais une maladie? Si oui, quelle maladie? _____	___ Oui	___ Non	
29. Combien de fois es-tu allé chez le médecin au cours de la dernière année?	___ 0 fois	___ 1-2 fois	___ 3 fois ou +
30. Si tu as reçu des traitements (médicaments ou opération) au cours de la dernière année, quels étaient-ils? _____			
Les trois prochaines questions concernent des sensations dans ton corps (par exemple, des douleurs, des pressions dans ton corps, des difficultés à respirer, de la fatigue, etc.)			
31. Est-ce que des sensations bizarres dans ton corps t'empêchent d'aller à l'école?	___ Jamais	___ Parfois	___ Presque toujours
32. Est-ce que des sensations bizarres dans ton corps t'empêchent de t'amuser?	___ Jamais	___ Parfois	___ Presque toujours
33. Est-ce que des sensations bizarres dans ton corps t'empêchent de rester concentré sur ce que tu fais?	___ Jamais	___ Parfois	___ Presque toujours

ASS

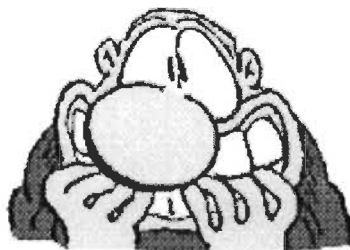
Les gens réagissent de différentes façons à certaines sensations. Lis chaque phrase attentivement. Indique à quel point tu as l'impression qu'elle te décrit bien. Il n'y a pas de bonne réponse. Encerle le chiffre qui te représente le mieux à la droite de chaque phrase.

1
Ne me ressemble
pas du tout

2
Me ressemble
un peu

3
Me ressemble
beaucoup

1. Lorsque quelqu'un tousse, cela me fait tousser aussi.	1 Pas du tout	2 Un peu	3 Beaucoup
2. J'ai du mal à endurer la fumée, le smog ou les polluants dans l'air.	1 Pas du tout	2 Un peu	3 Beaucoup
3. Je remarque facilement les nouvelles sensations qui apparaissent dans mon corps.	1 Pas du tout	2 Un peu	3 Beaucoup
4. Quand je me fais un « bleu », il paraît longtemps.	1 Pas du tout	2 Un peu	3 Beaucoup
5. Les gros bruits forts et soudains me dérangent vraiment.	1 Pas du tout	2 Un peu	3 Beaucoup
6. Je peux parfois entendre mon cœur battre dans mes oreilles.	1 Pas du tout	2 Un peu	3 Beaucoup
7. Je déteste avoir trop chaud ou trop froid.	1 Pas du tout	2 Un peu	3 Beaucoup
8. Je perçois rapidement les gargouillements de la faim dans mon estomac.	1 Pas du tout	2 Un peu	3 Beaucoup
9. Les choses pas très graves, comme une piqûre d'insecte ou une écharde, me dérangent vraiment.	1 Pas du tout	2 Un peu	3 Beaucoup
10. J'endure mal la douleur.	1 Pas du tout	2 Un peu	3 Beaucoup



CASI

Voici plusieurs phrases que des enfants utilisent pour se décrire. Lis chaque phrase attentivement. Indique à quel point tu as l'impression qu'elle te décrit bien. À la droite de chaque phrase, mets un X en dessous du choix qui te décrit le mieux. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse.

	Ne me décrit	Me décrit	Me décrit
01. Je ne veux pas que les gens sachent quand j'ai peur de quelque chose.	pas du tout —	un peu —	beaucoup —
02. Quand je ne suis pas capable de me concentrer sur mes devoirs, je crains d'être en train de devenir fou.	pas du tout —	un peu —	beaucoup —
03. Ça me fait peur quand je me sens tremblotant.	pas du tout —	un peu —	beaucoup —
04. Ça me fait peur quand j'ai l'impression que je vais m'évanouir.	pas du tout —	un peu —	beaucoup —
05. C'est important pour moi d'être en contrôle de mes émotions.	pas du tout —	un peu —	beaucoup —
06. Ça me fait peur quand mon cœur bat vite.	pas du tout —	un peu —	beaucoup —
07. Ça me dérange quand mon ventre se met à faire du bruit.	pas du tout —	un peu —	beaucoup —
08. Ça me fait peur quand j'ai l'impression que je vais vomir.	pas du tout —	un peu —	beaucoup —
09. Quand je remarque que mon cœur bat vite, je crains que quelque chose n'aille pas bien à l'intérieur de moi.	pas du tout —	un peu —	beaucoup —
10. Ça me fait peur quand j'ai de la misère à reprendre mon souffle.	pas du tout —	un peu —	beaucoup —
11. Quand j'ai mal au ventre, je crains d'être vraiment malade.	pas du tout —	un peu —	beaucoup —
12. Ça me fait peur quand je ne suis pas capable de me concentrer sur mes devoirs.	pas du tout —	un peu —	beaucoup —
13. Les autres enfants peuvent remarquer quand je tremble.	pas du tout —	un peu —	beaucoup —
14. Les sensations inhabituelles dans mon corps me font peur.	pas du tout —	un peu —	beaucoup —

15. Les sensations inhabituelles dans mon corps me font peur.	pas du tout —	un peu —	beaucoup —
16. Quand je suis effrayé, je crains d'être en train de devenir fou.	pas du tout —	un peu —	beaucoup —
17. Ça me fait peur quand je me sens nerveux (se).	pas du tout —	un peu —	beaucoup —
18. Je n'aime pas montrer mes émotions.	pas du tout —	un peu —	beaucoup —
19. Les drôles de sensations dans mon corps me font peur.	pas du tout —	un peu —	beaucoup —

SIQ

Comment réagis-tu face à des symptômes très communs et généralement peu graves? Pour chaque symptôme, indique l'attitude qui te semble la plus proche de celle que tu aurais. Si tu n'as encore jamais ressenti ce symptôme, imagine quelle serait ta réaction. Tu dois ABSOLUMENT choisir UNE SEULE CASE. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse, on veut savoir ce que tu te dirais dans ta tête.

Indique ensuite si tu as ressenti ce symptôme au cours des 3 derniers mois.

1- J'ai un mal de tête qui ne veut pas partir. C'est sûrement parce que :

- j'ai de la peine, je suis stressé(e) ou je vis des émotions très fortes
 il y a quelque chose qui ne va pas avec mes nerfs, mes muscles ou mon cerveau
 un grand bruit, une lumière trop forte ou quelque chose d'autre m'a fatigué(e)

As-tu eu un mal de tête qui a duré assez longtemps au cours des 3 derniers mois?

oui non

2- Je sue à grosses gouttes. C'est sûrement parce que:

- je fais de la fièvre ou j'ai une infection
 je suis nerveux (se) ou stressé(e)
 la pièce est trop chauffée, je suis trop habillé(e) ou je bouge beaucoup

As-tu beaucoup sué au cours des 3 derniers mois?

oui non

3- Je me sens soudainement étourdi(e). C'est sûrement parce que:

- j'ai un problème au cœur
 je ne mange pas assez ou je me suis levé(e) trop vite
 je suis stressé(e)

T'es-tu senti étourdi(e) au cours des 3 derniers mois?

oui non

4- J'ai la bouche sèche. C'est sûrement parce que:

- j'ai peur ou je suis stressé(e)
 je devrais boire plus de liquide
 il y a un problème dans ma bouche qui m'empêche de produire de la salive

As-tu eu la bouche sèche au cours des 3 derniers mois?

oui non

5- Je sens mon cœur battre très fort dans ma poitrine. C'est sûrement parce que:

- je me suis épuisé(e) ou j'ai bu trop de coca
 je suis très excité(e) ou effrayé(e)
 je dois avoir un problème au cœur

As-tu senti ton cœur battre très fort au cours des 3 derniers mois?

oui non

6- Je me sens fatigué(e), sans énergie. C'est sûrement parce que:

- j'ai été épuisé par de grandes émotions ou je me sens découragé(e)
 j'ai fait trop ou, au contraire, pas assez d'exercice physique
 il y a un problème avec mon sang

T'es-tu senti(e) très fatigué(e) au cours des 3 derniers mois?

oui non

7- Mes maines tremblent. C'est sûrement parce que:

- j'ai une maladie du système nerveux
 je suis très anxieux (se), stressé(e)
 les muscles de mes mains sont fatigués

As-tu remarqué que tes mains tremblaient au cours des 3 derniers mois?

oui non

8- J'ai de la difficulté à dormir. C'est sûrement parce que:

- j'ai un début de microbe ou de maladie qui me crée un malaise et m'empêche de dormir
 je ne suis pas assez fatigué(e) pour m'endormir ou j'ai bu trop de coca
 je me fais trop de soucis ou je suis trop nerveux (se) au sujet de quelque chose

As-tu eu de la difficulté à dormir au cours des 3 derniers mois?

oui non

9- J'ai de la difficulté à digérer. C'est sûrement parce que:

- je me fais du souci à m'en rendre malade
 j'ai une maladie de l'estomac
 j'ai mangé quelque chose que j'ai plus de difficulté à digérer

As-tu eu de la difficulté à digérer au cours des 3 derniers mois?

oui non

10- Je n'ai pas d'appétit (je n'ai pas faim). C'est sûrement parce que:

- j'ai trop mangé ou mon corps a besoin de moins de nourriture qu'avant
- je me fais tellement de soucis que cela me coupe la faim.
- il y a un problème avec mon estomac ou mon intestin

As-tu eu une perte d'appétit au cours des 3 derniers mois?

oui non

11- J'ai de la difficulté à reprendre mon souffle. C'est sûrement parce que :

- j'ai une infection des poumons, une irritation ou un problème au cœur
- la pièce où je suis est mal aérée ou l'air est pollué
- je suis très excité(e) ou stressé(e)

As-tu manqué de souffle au cours des 3 derniers mois?

oui non

12- J'ai des picotements ou des fourmillements dans les mains ou les pieds. C'est sûrement parce que:

- je suis stressé(e)
- j'ai une maladie du système nerveux ou de la circulation du sang dans mon corps
- j'ai froid ou mes pieds et mes mains sont simplement engourdis

As-tu ressenti un engourdissement ou des fourmillements dans les mains ou les pieds au cours des 3 derniers mois?

oui non

13- Je suis constipé(e) ou j'ai la diarrhée. C'est sûrement parce que:

- j'ai mangé beaucoup de choses qui ne sont pas bonnes pour la santé
- je suis stressé(e) et ça me crée des problèmes d'intestin
- j'ai une maladie de l'intestin

As-tu été constipé ou as-tu eu la diarrhée au cours des 3 derniers mois?

oui non



Adaptation effectuée par Marie-Christine Houde-Charron, M. Ps., et Frédéric Langlois, Ph. D., à partir de la version française du Symptom Interpretation Questionnaire (SIQ; Robbins, J. M., & Kirmayer, L. J. (1991). *Attributions of common somatic symptoms. Psychological Medicine*, 26, 575-589).

CAG

Lis chaque phrase attentivement. Indique à quel point tu as l'impression qu'elle te décrit bien. Il n'y a pas de bonne réponse. Encerle le chiffre qui te représente le mieux à la droite de chaque phrase :

	1	2	3
	Ne me ressemble pas du tout	Me ressemble un peu	Me ressemble beaucoup
1. Je trouve difficile de faire une activité sans que tout soit prévu d'avance (par exemple, qui sera là, qui viendra me chercher).	1 Pas du tout	2 Un peu	3 Beaucoup
2. J'évite les situations qui me font penser à des choses stressantes.	1 Pas du tout	2 Un peu	3 Beaucoup
3. Je me dis souvent qu'il est difficile de résoudre un problème avant même d'avoir essayé de trouver une solution.	1 Pas du tout	2 Un peu	3 Beaucoup
4. J'évite des endroits pour ne pas penser à ce qui me fait peur.	1 Pas du tout	2 Un peu	3 Beaucoup
5. Je n'aime pas aller dans un endroit quand je ne sais pas ce qui va se passer.	1 Pas du tout	2 Un peu	3 Beaucoup
6. J'essaie souvent de ne pas penser aux choses que j'aurai à faire pour ne pas me stresser (comme les examens, les exposés oraux).	1 Pas du tout	2 Un peu	3 Beaucoup
7. J'ai tendance à voir les problèmes comme un danger.	1 Pas du tout	2 Un peu	3 Beaucoup
8. Il y a des choses auxquelles j'essaie de ne pas penser.	1 Pas du tout	2 Un peu	3 Beaucoup
9. J'aime mieux toujours tout savoir à l'avance pour éviter les surprises.	1 Pas du tout	2 Un peu	3 Beaucoup
10. Parfois, je me trouve une activité juste pour ne pas penser aux choses qui me stressent.	1 Pas du tout	2 Un peu	3 Beaucoup
11. Je vois souvent mes problèmes comme étant plus gros qu'ils le sont en réalité.	1 Pas du tout	2 Un peu	3 Beaucoup
12. Quand quelque chose me fait peur, j'essaie de me distraire pour éviter d'y penser.	1 Pas du tout	2 Un peu	3 Beaucoup
13. Les autres tolèrent mieux les imprévus que moi.	1 Pas du tout	2 Un peu	3 Beaucoup
14. J'essaie de penser à autre chose quand un sujet me dérange.	1 Pas du tout	2 Un peu	3 Beaucoup
15. Je considère les problèmes comme des obstacles qui me nuisent.	1 Pas du tout	2 Un peu	3 Beaucoup
16. Lorsque quelque chose me fait peur, je me force pour penser à des choses plaisantes.	1 Pas du tout	2 Un peu	3 Beaucoup

EMBU-CR

Ce questionnaire porte sur certains aspects de la relation que tu entretiens avec tes parents. Pour chaque énoncé, encerle le choix qui correspond le mieux, selon toi, à la façon dont ton père et ta mère se comportent. Fais bien la distinction entre ce qui s'applique à ta mère et ce qui s'applique à ton père. Tu peux encercler une réponse différente pour chaque parent. Si tu n'as aucun contact avec un de tes parents, ne répond que pour le parent que tu côtoies. Évalue les énoncés à l'aide de l'échelle suivante:

		1 Non, jamais	2 Oui, mais rarement	3 Oui, souvent	4 Oui, presque toujours
1. Quand tu rentres à la maison, tu dois raconter à tes parents ce que tu es allé(e) faire.	Mère	Non, jamais 1	Oui, mais rarement 2	Oui, souvent 3	Presque toujours 4
	Père	1	2	3	4
2. Lorsque tu es malheureux, tes parents te consolent et essaient de te remonter le moral.	Mère	Non, jamais 1	Oui, mais rarement 2	Oui, souvent 3	Presque toujours 4
	Père	1	2	3	4
3. Tes parents veulent que tu leur dévoiles tes secrets.	Mère	Non, jamais 1	Oui, mais rarement 2	Oui, souvent 3	Presque toujours 4
	Père	1	2	3	4
4. Tes parents te disent qu'ils n'aiment pas ton comportement à la maison.	Mère	Non, jamais 1	Oui, mais rarement 2	Oui, souvent 3	Presque toujours 4
	Père	1	2	3	4
5. Tes parents t'aiment comme tu es.	Mère	Non, jamais 1	Oui, mais rarement 2	Oui, souvent 3	Presque toujours 4
	Père	1	2	3	4
6. Tes parents s'inquiètent de ce que tu fais après l'école.	Mère	Non, jamais 1	Oui, mais rarement 2	Oui, souvent 3	Presque toujours 4
	Père	1	2	3	4
7. Tes parents jouent avec toi et sont intéressés par tes passe-temps.	Mère	Non, jamais 1	Oui, mais rarement 2	Oui, souvent 3	Presque toujours 4
	Père	1	2	3	4
8. Tes parents te traitent de façon injuste.	Mère	Non, jamais 1	Oui, mais rarement 2	Oui, souvent 3	Presque toujours 4
	Père	1	2	3	4
9. Tes parents ont peur que quelque chose puisse t'arriver.	Mère	Non, jamais 1	Oui, mais rarement 2	Oui, souvent 3	Presque toujours 4
	Père	1	2	3	4

10. Tes parents t'écoutent et tiennent compte de ton opinion.	Mère	Non, jamais 1	Oui, mais rarement 2	Oui, souvent 3	Presque toujours 4
	Père	1	2	3	4
11. Tes parents préféreraient que tu soies comme quelqu'un d'autre.	Mère	Non, jamais 1	Oui, mais rarement 2	Oui, souvent 3	Presque toujours 4
	Père	1	2	3	4
12. Tes parents veulent décider de ton apparence et de ta façon de t'habiller.	Mère	Non, jamais 1	Oui, mais rarement 2	Oui, souvent 3	Presque toujours 4
	Père	1	2	3	4
13. Tes parents s'inquiètent par rapport au fait que tu puisses avoir des problèmes.	Mère	Non, jamais 1	Oui, mais rarement 2	Oui, souvent 3	Presque toujours 4
	Père	1	2	3	4
14. Tes parents te blâment pour tout ce qui va mal.	Mère	Non, jamais 1	Oui, mais rarement 2	Oui, souvent 3	Presque toujours 4
	Père	1	2	3	4
15. Tes parents te punissent sans raison.	Mère	Non, jamais 1	Oui, mais rarement 2	Oui, souvent 3	Presque toujours 4
	Père	1	2	3	4
16. Tes parents te disent ce que tu dois faire après l'école.	Mère	Non, jamais 1	Oui, mais rarement 2	Oui, souvent 3	Presque toujours 4
	Père	1	2	3	4
17. Tes parents veulent passer du temps avec toi.	Mère	Non, jamais 1	Oui, mais rarement 2	Oui, souvent 3	Presque toujours 4
	Père	1	2	3	4
18. Tes parents s'inquiètent que tu puisses faire des choses dangereuses.	Mère	Non, jamais 1	Oui, mais rarement 2	Oui, souvent 3	Presque toujours 4
	Père	1	2	3	4
19. Tes parents montrent qu'ils t'aiment.	Mère	Non, jamais 1	Oui, mais rarement 2	Oui, souvent 3	Presque toujours 4
	Père	1	2	3	4
20. Tes parents te critiquent devant d'autres personnes.	Mère	Non, jamais 1	Oui, mais rarement 2	Oui, souvent 3	Presque toujours 4
	Père	1	2	3	4
21. Tes parents agissent souvent comme s'ils étaient les mieux placés pour savoir ce que tu as le droit de faire et ce que tu n'as pas le droit de faire.	Mère	Non, jamais 1	Oui, mais rarement 2	Oui, souvent 3	Presque toujours 4
	Père	1	2	3	4

22. Tes parents s'inquiètent que tu puisses faire des erreurs.	Mère	Non, jamais 1	Oui, mais rarement 2	Oui, souvent 3	Presque toujours 4
	Père	1	2	3	4
23. Tu te sens déçu(e) parce que tes parents ne te donnent pas ce que tu veux.	Mère	Non, jamais 1	Oui, mais rarement 2	Oui, souvent 3	Presque toujours 4
	Père	1	2	3	4
24. Tes parents te permettent de décider ce que tu veux faire.	Mère	Non, jamais 1	Oui, mais rarement 2	Oui, souvent 3	Presque toujours 4
	Père	1	2	3	4
25. Tes parents s'assurent que tu te comportes adéquatement, selon les règles.	Mère	Non, jamais 1	Oui, mais rarement 2	Oui, souvent 3	Presque toujours 4
	Père	1	2	3	4
26. Tes parents sont craintifs lorsque tu fais quelque chose tout seul.	Mère	Non, jamais 1	Oui, mais rarement 2	Oui, souvent 3	Presque toujours 4
	Père	1	2	3	4
27. Tes parents et toi, vous vous appréciez mutuellement (l'un et l'autre)	Mère	Non, jamais 1	Oui, mais rarement 2	Oui, souvent 3	Presque toujours 4
	Père	1	2	3	4
28. Tes parents ne sont pas généreux envers toi ou encore ils te donnent les choses à contrecœur.	Mère	Non, jamais 1	Oui, mais rarement 2	Oui, souvent 3	Presque toujours 4
	Père	1	2	3	4
29. Tes parents sont des gens anxieux; tu n'as donc pas le droit de faire autant de choses que les autres.	Mère	Non, jamais 1	Oui, mais rarement 2	Oui, souvent 3	Presque toujours 4
	Père	1	2	3	4
30. Lorsque tu fais quelque chose de stupide, tu peux te rattraper aux yeux de tes parents.	Mère	Non, jamais 1	Oui, mais rarement 2	Oui, souvent 3	Presque toujours 4
	Père	1	2	3	4
31. Tes parents te surveillent de très près.	Mère	Non, jamais 1	Oui, mais rarement 2	Oui, souvent 3	Presque toujours 4
	Père	1	2	3	4
32. Tes parents pensent qu'ils doivent tout décider à ta place.	Mère	Non, jamais 1	Oui, mais rarement 2	Oui, souvent 3	Presque toujours 4
	Père	1	2	3	4
33. Tes parents te font des compliments.	Mère	Non, jamais 1	Oui, mais rarement 2	Oui, souvent 3	Presque toujours 4
	Père	1	2	3	4

34. Si quelque chose se produit à la maison, c'est toi qu'on blâme.	Mère	Non, jamais 1	Oui, mais rarement 2	Oui, souvent 3	Presque toujours 4
	Père	1	2	3	4
35. Tes parents t'avertissent de tous les dangers possibles.	Mère	Non, jamais 1	Oui, mais rarement 2	Oui, souvent 3	Presque toujours 4
	Père	1	2	3	4
36. Tes parents t'aident lorsque tu dois faire quelque chose de difficile.	Mère	Non, jamais 1	Oui, mais rarement 2	Oui, souvent 3	Presque toujours 4
	Père	1	2	3	4
37. Tes parents sont inquiets lorsqu'ils ne savent pas ce que tu es en train de faire.	Mère	Non, jamais 1	Oui, mais rarement 2	Oui, souvent 3	Presque toujours 4
	Père	1	2	3	4
38. Tes parents gardent un contrôle sur toi.	Mère	Non, jamais 1	Oui, mais rarement 2	Oui, souvent 3	Presque toujours 4
	Père	1	2	3	4
39. Tes parents veulent te protéger de tous les dangers possibles.	Mère	Non, jamais 1	Oui, mais rarement 2	Oui, souvent 3	Presque toujours 4
	Père	1	2	3	4

MERCI BEAUCOUP!



Marie-Christine Houde-Charron, psychologue

Appendice C
Cahier-questionnaires du parent

ÉTUDE SUR LA PEUR DE LA MALADIE



CAHIER DE RÉPONSES POUR LES PARENTS

No d'identification : _____

**QUESTIONNAIRE DÉMOGRAPHIQUE
ET DE SANTÉ DE L'ENFANT**

Veillez répondre aux questions suivantes. Ces réponses ne serviront qu'à des fins statistiques et demeureront confidentielles.

Mère :	
1.	Âge :
2.	Niveau de scolarité atteint :
3.	Profession / Occupation :
4.	Statut marital (célibataire, mariée, divorcée, etc.) :

Père :	
5.	Âge :
6.	Niveau de scolarité atteint :
7.	Profession / Occupation :
8.	Statut marital :

Enfant :	
9.	Sexe (cocher) : <input type="checkbox"/> Garçon <input type="checkbox"/> Fille
10.	Âge :
11.	Enfant unique? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non. Si non, indiquez son rang dans la famille (ex. : 1 ^{er} , 2 ^e , etc.) : _____
12.	Comment décririez-vous la santé de votre enfant en ce moment? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Dans le pire état possible En mauvais état Moyennement bonne Très bonne Parfaite en tout point
13.	Comparativement aux autres enfants en général, comment décririez-vous la santé de votre enfant? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 En pire état que tous En plus mauvais état Dans la moyenne En meilleur état En bien meilleur état
14.	Jusqu'à quel point les activités quotidiennes de votre enfant sont-elles bouleversées par des problèmes de santé? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Pas du tout bouleversées Un peu bouleversées Assez bouleversées Très bouleversées Extrêmement bouleversées
15.	Votre enfant est-il présentement malade (peu importe la gravité de la maladie)? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Quelle est cette maladie ou ce trouble? _____
16.	Cette maladie a-t-elle été diagnostiquée par un professionnel de la santé? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
17.	Dans la dernière année, combien de fois avez-vous amené votre enfant consulter un professionnel de la santé? _____

18.	Cochez tous les professionnels que votre enfant a consultés dans <u>les 2 dernières années.</u> <input type="checkbox"/> Médecin généraliste <input type="checkbox"/> Neurologue <input type="checkbox"/> Allergologue <input type="checkbox"/> Chirurgien <input type="checkbox"/> Oncologue (cancérologue) <input type="checkbox"/> Oto-rhino-laryngologiste (ORL) <input type="checkbox"/> Gynécologue <input type="checkbox"/> Pneumologue <input type="checkbox"/> Psychiatre <input type="checkbox"/> Gastro-entérologue <input type="checkbox"/> Chiropraticien <input type="checkbox"/> Cardiologue <input type="checkbox"/> Dermatologue <input type="checkbox"/> Autres (nommez les tous) : _____	
19.	Votre enfant prend-t-il, actuellement, des médicaments prescrits par un médecin? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Lesquels : _____	
20.	Au cours des 12 derniers mois, environ combien de jours d'école votre enfant a-t-il manqué pour des raisons de santé?	<input type="checkbox"/> 0 jour <input type="checkbox"/> 1 à 5 <input type="checkbox"/> 6 à 10 <input type="checkbox"/> + de 10
21.	Au cours des 12 derniers mois, combien de jours votre enfant a-t-il été hospitalisé?	<input type="checkbox"/> 0 jour <input type="checkbox"/> 1 à 5 <input type="checkbox"/> 6 à 10 <input type="checkbox"/> + de 10
22.	Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous amené votre enfant à l'urgence d'un hôpital?	<input type="checkbox"/> 0 fois <input type="checkbox"/> 1 à 2 <input type="checkbox"/> 3 à 5 <input type="checkbox"/> + de 5
23.	Votre enfant a-t-il déjà été marqué par un contact soutenu avec une personne gravement malade? Si oui, qui était cette personne? _____ Cette personne vivait-elle dans la même maison que l'enfant?	
		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non



HAI – version courte

Chacune des questions de cette section est constituée de quatre énoncés. Veuillez lire ces énoncés attentivement et sélectionnez celui qui décrit le mieux les sentiments que vous avez ressentis au cours des six derniers mois. Identifiez l'énoncé en encerclant la lettre qui y est associée, c'est-à-dire que si vous croyez que l'item (a) est correct, vous encerclez la lettre (a). Dans le cas où plusieurs énoncés s'appliqueraient à votre situation, encerclez tous ceux qui s'appliquent.

1.	<p>A Je ne m'inquiète pas à propos de ma santé.</p> <p>B Je m'inquiète occasionnellement à propos de ma santé.</p> <p>C Je passe beaucoup de mon temps à m'inquiéter à propos de ma santé.</p> <p>D Je passe la plupart de mon temps à m'inquiéter à propos de ma santé.</p>
2.	<p>A Je remarque moins de maux/douleurs que la plupart des autres personnes (de mon âge).</p> <p>B Je remarque autant de maux/douleurs que la plupart des autres personnes (de mon âge).</p> <p>C Je remarque plus de maux/douleurs que la plupart des autres personnes (de mon âge).</p> <p>D Je suis tout le temps conscient(e) de maux/douleurs dans mon corps.</p>
3.	<p>A En règle générale, je ne suis pas conscient(e) des changements ou sensations physiques.</p> <p>B Parfois, je suis conscient(e) des changements ou sensations physiques.</p> <p>C Je suis souvent conscient(e) des changements ou sensations physiques.</p> <p>D Je suis constamment conscient(e) des changements ou sensations physiques.</p>
4.	<p>A Résister aux pensées liées à la maladie n'est jamais un problème.</p> <p>B La plupart du temps, je peux résister aux pensées liées à la maladie.</p> <p>C J'essaie de résister à des pensées liées à la maladie, mais je suis souvent incapable de le faire.</p> <p>D Mes pensées liées à la maladie sont si fortes que je n'essaie même plus de leur résister.</p>
5.	<p>A En règle générale, je n'ai pas peur d'avoir une maladie grave.</p> <p>B J'ai parfois peur d'avoir une maladie grave.</p> <p>C J'ai souvent peur d'avoir une maladie grave.</p> <p>D J'ai toujours peur d'avoir une maladie grave.</p>
6.	<p>A Je n'ai pas d'images mentales de moi étant malade.</p> <p>B J'ai occasionnellement des images mentales de moi étant malade.</p> <p>C J'ai fréquemment des images mentales de moi étant malade.</p> <p>D J'ai constamment des images mentales de moi étant malade.</p>
7.	<p>A Je n'ai pas de difficulté à chasser de mon esprit les pensées qui concernent ma santé.</p> <p>B J'ai parfois de la difficulté à chasser de mon esprit les pensées qui concernent ma santé.</p> <p>C J'ai souvent de la difficulté à chasser de mon esprit les pensées qui concernent ma santé.</p> <p>D Rien ne peut chasser de mon esprit les pensées qui concernent ma santé.</p>

8.	<p>A Je suis soulagé(e) de manière durable si mon médecin me dit qu'il n'y a rien d'anormal.</p> <p>B Je suis d'abord soulagé(e), mais les inquiétudes reviennent parfois ensuite.</p> <p>C Je suis d'abord soulagé(e), mais les inquiétudes reviennent toujours ensuite.</p> <p>D Je ne suis pas soulagé(e) si mon médecin me dit qu'il n'y a rien d'anormal.</p>
9.	<p>A Si j'entends parler d'une maladie, je ne pense jamais l'avoir-même.</p> <p>B Si j'entends parler d'une maladie, je pense parfois l'avoir moi-même.</p> <p>C Si j'entends parler d'une maladie, je pense souvent l'avoir moi-même.</p> <p>D Si j'entends parler d'une maladie, je pense toujours l'avoir moi-même.</p>
10.	<p>A Si j'ai des sensations ou changements physiques, je me demande rarement ce que cela signifie.</p> <p>B Si j'ai des sensations ou changements physiques, je me demande souvent ce que cela signifie.</p> <p>C Si j'ai des sensations ou changements physiques, je me demande toujours ce que cela signifie.</p> <p>D Si j'ai des sensations ou changements physiques, je dois savoir ce que cela signifie.</p>
11.	<p>A Je me sens habituellement à très faible risque de développer une maladie grave.</p> <p>B Je me sens habituellement à assez faible risque de développer une maladie grave.</p> <p>C Je me sens habituellement à risque modéré de développer une maladie grave.</p> <p>D Je me sens habituellement à haut risque de développer une maladie grave.</p>
12.	<p>A Je ne pense jamais que j'ai une maladie grave.</p> <p>B Je pense parfois que j'ai une maladie grave.</p> <p>C Je pense souvent que j'ai une maladie grave.</p> <p>D Je pense généralement que j'ai une maladie grave.</p>
13.	<p>A Si je remarque une sensation physique inexplicée, je ne trouve pas difficile de penser à autre chose.</p> <p>B Si je remarque une sensation physique inexplicée, je trouve parfois difficile de penser à autre chose.</p> <p>C Si je remarque une sensation physique inexplicée, je trouve souvent difficile de penser à autre chose.</p> <p>D Si je remarque une sensation physique inexplicée, je trouve toujours difficile de penser à autre chose.</p>
14.	<p>A Ma famille / mes amis diraient que je ne m'inquiète pas assez de ma santé.</p> <p>B Ma famille / mes amis diraient que j'ai une attitude normale face à ma santé.</p> <p>C Ma famille / mes amis diraient que je m'inquiète trop de ma santé.</p> <p>D Ma famille / mes amis diraient que je suis hypocondriaque.</p>

<p>Pour les questions suivantes, s'il vous plaît, pensez à comment ça pourrait être si vous aviez une maladie grave qui vous touche plus particulièrement (telles une maladie du cœur, un cancer, une sclérose en plaques ou toute autre maladie). Évidemment, vous ne pouvez savoir précisément comment ce serait; s'il vous plaît, faites la meilleure estimation de ce que vous pensez qu'il arriverait en basant votre estimation sur ce que vous connaissez de vous-même et sur les maladies graves en général.</p>	
15.	<p>A Si j'avais une maladie grave, je serais encore capable de beaucoup apprécier ma vie.</p> <p>B Si j'avais une maladie grave, je serais encore capable d'apprécier ma vie un peu.</p> <p>C Si j'avais une maladie grave, je serais presque incapable d'apprécier ma vie.</p> <p>D Si j'avais une maladie grave, je serais totalement incapable d'apprécier ma vie.</p>
16.	<p>A Si je développais une maladie grave, il y a de bonnes chances que la médecine moderne soit capable de me guérir.</p> <p>B Si je développais une maladie grave, il y a des chances modérées que la médecine moderne soit capable de me guérir.</p> <p>C Si je développais une maladie grave, il y a très peu de chances que la médecine moderne soit capable de me guérir.</p> <p>D Si je développais une maladie grave, il n'y a aucune chance que la médecine soit capable de me guérir.</p>
17.	<p>A Une maladie grave ruinerait certains aspects de ma vie.</p> <p>B Une maladie grave ruinerait plusieurs aspects de ma vie.</p> <p>C Une maladie grave ruinerait presque tous les aspects de ma vie.</p> <p>D Une maladie grave ruinerait tous les aspects de ma vie.</p>
18.	<p>A Si j'avais une maladie grave, je n'estimerais pas que j'ai perdu ma dignité.</p> <p>B Si j'avais une maladie grave, j'estimerais que j'ai perdu un peu de ma dignité.</p> <p>C Si j'avais une maladie grave, j'estimerais que j'ai perdu beaucoup de ma dignité.</p> <p>D Si j'avais une maladie grave, j'estimerais que j'ai perdu toute ma dignité.</p>

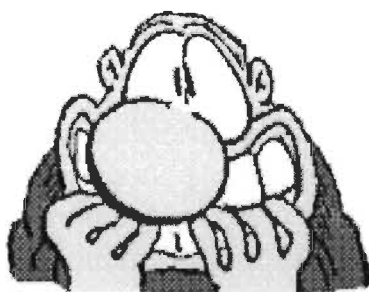
Traduit de l'anglais par Frédéric Langlois, Karine Létourneau, Josée Blondeau & Marie-Christine Houde-Charron. Salkovskis PM, Rimes KA, Warwick HMC & Clark DM (2002). The Health Anxiety Inventory : Development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. *Psychological Medicine*, 32, 843-853

CAG-P

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

	0 Pas du tout correspondant	1 Un peu correspondant	2 Assez correspondant	3 Très correspondant	4 Extrêmement correspondant
1. Je trouve difficile de faire une activité sans que tout soit prévu d'avance.	Pas du tout 0	Un peu 1	Assez 2	Très 3	Extrêmement 4
2. J'évite les situations qui me font penser à des choses stressantes.	Pas du tout 0	Un peu 1	Assez 2	Très 3	Extrêmement 4
3. Je me dis souvent qu'il est difficile de résoudre un problème avant même d'avoir essayé de trouver une solution.	Pas du tout 0	Un peu 1	Assez 2	Très 3	Extrêmement 4
4. J'évite des endroits pour ne pas penser à ce qui me fait peur.	Pas du tout 0	Un peu 1	Assez 2	Très 3	Extrêmement 4
5. Je n'aime pas aller dans un endroit quand je ne sais pas ce qui va se passer.	Pas du tout 0	Un peu 1	Assez 2	Très 3	Extrêmement 4
6. J'essaie souvent de ne pas penser aux choses que j'aurai à faire pour ne pas me stresser.	Pas du tout 0	Un peu 1	Assez 2	Très 3	Extrêmement 4
7. J'ai tendance à voir les problèmes comme un danger.	Pas du tout 0	Un peu 1	Assez 2	Très 3	Extrêmement 4
8. Il y a des choses auxquelles j'essaie de ne pas penser.	Pas du tout 0	Un peu 1	Assez 2	Très 3	Extrêmement 4
9. J'aime mieux toujours tout savoir à l'avance pour éviter les surprises.	Pas du tout 0	Un peu 1	Assez 2	Très 3	Extrêmement 4
10. Parfois, je me trouve une activité juste pour ne pas penser aux choses qui me stressent.	Pas du tout 0	Un peu 1	Assez 2	Très 3	Extrêmement 4

11. Je vois souvent mes problèmes comme étant plus gros qu'ils ne le sont en réalité.	Pas du tout 0	Un peu 1	Assez 2	Très 3	Extrêmement 4
12. Quand quelque chose m'effraie, j'essaie de me distraire pour éviter d'y penser.	Pas du tout 0	Un peu 1	Assez 2	Très 3	Extrêmement 4
13. Les autres tolèrent mieux les imprévus que moi.	Pas du tout 0	Un peu 1	Assez 2	Très 3	Extrêmement 4
14. J'essaie de penser à autre chose quand un sujet me dérange.	Pas du tout 0	Un peu 1	Assez 2	Très 3	Extrêmement 4
15. Je considère les problèmes comme des obstacles qui me nuisent.	Pas du tout 0	Un peu 1	Assez 2	Très 3	Extrêmement 4
16. Lorsque quelque chose m'effraie, je me force pour penser à des choses plaisantes.	Pas du tout 0	Un peu 1	Assez 2	Très 3	Extrêmement 4



EMBU-PR

Ce questionnaire porte sur certains aspects de la relation entre un parent et son enfant. Veuillez utiliser l'échelle ci-dessous pour exprimer le choix qui correspond le mieux, selon vous, à la façon dont vous vous comportez avec votre enfant. Inscrivez le chiffre à l'avant de chaque énoncé.

1 Non, jamais	2 Oui, mais rarement	3 Oui, souvent	4 Oui, presque toujours	
Lorsque mon enfant rentre à la maison, il doit me raconter ce qu'il est allé faire.	Non, jamais 1	Oui, mais rarement 2	Oui, souvent 3	Presque toujours 4
Lorsque mon enfant est malheureux, j'ai tendance à le consoler et à essayer de lui remonter le moral.	Non, jamais 1	Oui, mais rarement 2	Oui, souvent 3	Presque toujours 4
J'ai tendance à vouloir que mon enfant me dévoile tous ses secrets.	Non, jamais 1	Oui, mais rarement 2	Oui, souvent 3	Presque toujours 4
J'ai tendance à mentionner à mon enfant que je n'aime pas son comportement à la maison.	Non, jamais 1	Oui, mais rarement 2	Oui, souvent 3	Presque toujours 4
J'aime mon enfant tel qu'il est.	Non, jamais 1	Oui, mais rarement 2	Oui, souvent 3	Presque toujours 4
J'ai tendance à m'inquiéter de ce que mon enfant fait après l'école.	Non, jamais 1	Oui, mais rarement 2	Oui, souvent 3	Presque toujours 4
J'ai tendance à jouer avec mon enfant et à être intéressé(e) par ses passe-temps.	Non, jamais 1	Oui, mais rarement 2	Oui, souvent 3	Presque toujours 4
J'ai tendance à traiter mon enfant de façon injuste.	Non, jamais 1	Oui, mais rarement 2	Oui, souvent 3	Presque toujours 4
J'ai tendance à avoir peur que quelque chose puisse arriver à mon enfant.	Non, jamais 1	Oui, mais rarement 2	Oui, souvent 3	Presque toujours 4
J'ai tendance à écouter mon enfant et à tenir compte de son opinion.	Non, jamais 1	Oui, mais rarement 2	Oui, souvent 3	Presque toujours 4
Parfois, je préférerais que mon enfant soit comme quelqu'un d'autre.	Non, jamais 1	Oui, mais rarement 2	Oui, souvent 3	Presque toujours 4
J'ai tendance à essayer de décider de l'apparence et de la façon de s'habiller de mon enfant.	Non, jamais 1	Oui, mais rarement 2	Oui, souvent 3	Presque toujours 4

J'ai tendance à m'inquiéter par rapport au fait que mon enfant puisse avoir des problèmes.	Non, jamais 1	Oui, mais rarement 2	Oui, souvent 3	Presque toujours 4
J'ai tendance à blâmer mon enfant pour ce qui va mal.	Non, jamais 1	Oui, mais rarement 2	Oui, souvent 3	Presque toujours 4
J'ai tendance à punir mon enfant sans raison.	Non, jamais 1	Oui, mais rarement 2	Oui, souvent 3	Presque toujours 4
J'ai tendance à dicter à mon enfant ce qu'il doit faire après l'école.	Non, jamais 1	Oui, mais rarement 2	Oui, souvent 3	Presque toujours 4
J'ai tendance à essayer de passer du temps avec mon enfant.	Non, jamais 1	Oui, mais rarement 2	Oui, souvent 3	Presque toujours 4
J'ai tendance à m'inquiéter que mon enfant puisse faire des choses dangereuses.	Non, jamais 1	Oui, mais rarement 2	Oui, souvent 3	Presque toujours 4
J'ai tendance à montrer à mon enfant que je l'aime.	Non, jamais 1	Oui, mais rarement 2	Oui, souvent 3	Presque toujours 4
J'ai tendance à critiquer mon enfant devant d'autres personnes.	Non, jamais 1	Oui, mais rarement 2	Oui, souvent 3	Presque toujours 4
Je sais exactement ce que mon enfant a le droit de faire et ce qu'il n'a pas le droit de faire.	Non, jamais 1	Oui, mais rarement 2	Oui, souvent 3	Presque toujours 4
J'ai tendance à m'inquiéter que mon enfant puisse faire des erreurs.	Non, jamais 1	Oui, mais rarement 2	Oui, souvent 3	Presque toujours 4
Mon enfant se sent déçu parce que je ne lui donne pas ce qu'il veut.	Non, jamais 1	Oui, mais rarement 2	Oui, souvent 3	Presque toujours 4
J'ai parfois tendance à décider ce que mon enfant veut faire.	Non, jamais 1	Oui, mais rarement 2	Oui, souvent 3	Presque toujours 4
J'ai tendance à m'assurer que mon enfant se comporte adéquatement, selon les règles.	Non, jamais 1	Oui, mais rarement 2	Oui, souvent 3	Presque toujours 4
Je suis craintif/craintive lorsque mon enfant fait quelque chose tout seul.	Non, jamais 1	Oui, mais rarement 2	Oui, souvent 3	Presque toujours 4
Mon enfant et moi nous apprécions mutuellement (l'un et l'autre).	Non, jamais 1	Oui, mais rarement 2	Oui, souvent 3	Presque toujours 4

J'ai tendance à ne pas être généreux envers mon enfant ou encore à lui donner les choses à contrecœur.	Non, jamais 1	Oui, mais rarement 2	Oui, souvent 3	Presque toujours 4
Je suis un parent anxieux; mon enfant n'a donc pas le droit de faire autant de choses que les autres.	Non, jamais 1	Oui, mais rarement 2	Oui, souvent 3	Presque toujours 4
Lorsque mon enfant fait quelque chose de stupide, il peut rapidement se rattraper à mes yeux.	Non, jamais 1	Oui, mais rarement 2	Oui, souvent 3	Presque toujours 4
J'ai tendance à surveiller mon enfant de très près.	Non, jamais 1	Oui, mais rarement 2	Oui, souvent 3	Presque toujours 4
J'ai tendance à essayer de tout décider à la place de mon enfant.	Non, jamais 1	Oui, mais rarement 2	Oui, souvent 3	Presque toujours 4
J'ai tendance à faire des compliments à mon enfant.	Non, jamais 1	Oui, mais rarement 2	Oui, souvent 3	Presque toujours 4
Si quelque chose se produit à la maison, j'ai tendance à blâmer mon enfant.	Non, jamais 1	Oui, mais rarement 2	Oui, souvent 3	Presque toujours 4
J'ai tendance à avertir mon enfant de tous les dangers possibles.	Non, jamais 1	Oui, mais rarement 2	Oui, souvent 3	Presque toujours 4
J'ai tendance à aider mon enfant lorsqu'il doit faire quelque chose de difficile.	Non, jamais 1	Oui, mais rarement 2	Oui, souvent 3	Presque toujours 4
J'ai tendance à être inquiet lorsque je ne sais pas ce que mon enfant est en train de faire.	Non, jamais 1	Oui, mais rarement 2	Oui, souvent 3	Presque toujours 4
J'ai tendance à garder le contrôle sur mon enfant.	Non, jamais 1	Oui, mais rarement 2	Oui, souvent 3	Presque toujours 4
J'ai tendance à essayer de protéger mon enfant de tous les dangers possibles.	Non, jamais 1	Oui, mais rarement 2	Oui, souvent 3	Presque toujours 4

Traduit et adapté par le Laboratoire de thérapies cognitives-comportementales, Université de Sherbrooke.
Modifié par Marie-Christine Houde-Charron, M.Ps. (2008).

L'Échelle ASS

Les gens réagissent de différentes façons à certaines sensations. Veuillez utiliser l'échelle ci-dessous pour exprimer jusqu'à quel point chacun des énoncés suivants correspond à votre façon de réagir à ces sensations en général (écrivez le numéro vous représentant, à l'avant de chacun des énoncés).

	1	2	3	4	5
	Pas du tout correspondant	Un peu correspondant	Assez correspondant	Très correspondant	Tout à fait correspondant
1. Lorsque quelqu'un tousse, cela me fait tousser aussi.	Pas du tout	Un peu	Assez	Très	Tout à fait
	1	2	3	4	5
2. J'ai du mal à tolérer la fumée, le smog, ou les polluants dans l'air.	Pas du tout	Un peu	Assez	Très	Tout à fait
	1	2	3	4	5
3. Je suis souvent conscient de choses variées qui surviennent dans mon corps.	Pas du tout	Un peu	Assez	Très	Tout à fait
	1	2	3	4	5
4. Quand je me fais une ecchymose, elle paraît longtemps.	Pas du tout	Un peu	Assez	Très	Tout à fait
	1	2	3	4	5
5. Les gros bruits forts et soudains me dérangent vraiment.	Pas du tout	Un peu	Assez	Très	Tout à fait
	1	2	3	4	5
6. Je peux parfois entendre mon pouls ou mes battements cardiaques vibrer dans mes oreilles.	Pas du tout	Un peu	Assez	Très	Tout à fait
	1	2	3	4	5
7. Je déteste avoir trop chaud ou trop froid.	Pas du tout	Un peu	Assez	Très	Tout à fait
	1	2	3	4	5
8. Je perçois rapidement les tiraillements de la faim dans mon estomac.	Pas du tout	Un peu	Assez	Très	Tout à fait
	1	2	3	4	5
9. Même quelque chose de mineur, comme une morsure d'insecte ou une écharde, me dérange vraiment.	Pas du tout	Un peu	Assez	Très	Tout à fait
	1	2	3	4	5
10. J'ai une faible tolérance à la douleur.	Pas du tout	Un peu	Assez	Très	Tout à fait
	1	2	3	4	5

ISA

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

0	1	2	3	4
Pas du tout correspondant	Un peu correspondant	Assez correspondant	Très correspondant	Extrêmement correspondant

1	Il est important pour moi de ne pas paraître nerveux (euse).	Pas du tout 0	Un peu 1	Assez 2	Très 3	Extrêmement 4
2	Quand je ne peux pas me concentrer sur une tâche, je m'inquiète de devenir fou (folle).	Pas du tout 0	Un peu 1	Assez 2	Très 3	Extrêmement 4
3	Cela me fait peur quand je me sens trembler.	Pas du tout 0	Un peu 1	Assez 2	Très 3	Extrêmement 4
4	Cela me fait peur quand je pense m'évanouir.	Pas du tout 0	Un peu 1	Assez 2	Très 3	Extrêmement 4
5	Il est important pour moi de rester en contrôle de mes émotions.	Pas du tout 0	Un peu 1	Assez 2	Très 3	Extrêmement 4
6	Cela me fait peur quand mon cœur bat rapidement.	Pas du tout 0	Un peu 1	Assez 2	Très 3	Extrêmement 4
7	Cela m'embarrasse quand mon estomac "crie".	Pas du tout 0	Un peu 1	Assez 2	Très 3	Extrêmement 4
8	Cela me fait peur quand j'ai des sensations de nausée.	Pas du tout 0	Un peu 1	Assez 2	Très 3	Extrêmement 4
9	Quand je m'aperçois que mon cœur bat rapidement, je m'inquiète que je pourrais avoir une "crise de cœur" (infarctus).	Pas du tout 0	Un peu 1	Assez 2	Très 3	Extrêmement 4
10	Cela me fait peur quand je deviens essoufflé(e).	Pas du tout 0	Un peu 1	Assez 2	Très 3	Extrêmement 4

11	Quand mon estomac est à l'envers, je m'inquiète que je pourrais être très malade.	Pas du tout 0	Un peu 1	Assez 2	Très 3	Extrêmement 4
12	Cela me fait peur quand je suis incapable de me concentrer sur une tâche.	Pas du tout 0	Un peu 1	Assez 2	Très 3	Extrêmement 4
13	Les gens remarquent quand je me sens tout(e) tremblant(e).	Pas du tout 0	Un peu 1	Assez 2	Très 3	Extrêmement 4
14	Les sensations corporelles inhabituelles me font peur.	Pas du tout 0	Un peu 1	Assez 2	Très 3	Extrêmement 4
15	Quand je me sens nerveux (euse), je m'inquiète que je pourrais avoir une maladie mentale.	Pas du tout 0	Un peu 1	Assez 2	Très 3	Extrêmement 4
16	Cela me fait peur quand je suis nerveux (euse).	Pas du tout 0	Un peu 1	Assez 2	Très 3	Extrêmement 4

Reiss, S., Peterson, R.S., Gursky, D.M., & McNally, R.J. (1986). Anxiety sensitivity, anxiety, frequency and the prediction of fearfulness. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 1-8.

© Tous droits réservés, Université du Québec à Montréal, 1994. Traduit par R. Stephenson, A. Marchand, & P. Brillon.

SIQ

Le questionnaire qui suit est destiné à connaître vos réactions face à des symptômes très communs et généralement peu graves. Pour chaque symptôme cité, indiquez l'attitude qui vous semble la plus proche de celle que vous auriez (même si vous n'avez pas ressenti ce symptôme jusqu'à présent). Ne cochez qu'une seule case, mais obligatoirement une. Indiquez ensuite si vous avez ressenti ce symptôme au cours des 3 derniers mois.

- 1- Si j'avais un mal de tête prolongé, je penserais probablement que c'est parce que:

- je suis émotionnellement bouleversé(e)
 il y a quelque chose qui ne vas pas au niveau de mes nerfs, mes muscles ou mon cerveau
 un grand bruit, une lumière trop forte ou quelque chose d'autre m'a fatigué(e)

Avez-vous eu un mal de tête prolongé au cours des 3 derniers mois?

oui non

- 2- Si je transpirais beaucoup, je penserais que c'est probablement parce que:

- je dois avoir de la fièvre ou une infection
 je suis nerveux(se) ou anxieux(se)
 la pièce est trop chauffée, je suis trop habillé(e) ou je suis très actif

Avez-vous beaucoup transpiré au cours des 3 derniers mois?

oui non

- 3- Si je me sentais brusquement étourdi(e), je penserais que c'est probablement parce que:

- j'ai un problème de cœur ou de tension artérielle
 je ne mange pas assez ou je me suis levé(e) trop brusquement
 je dois être stressé(e)

Avez-vous présenté des étourdissements au cours des 3 trois derniers mois?

oui non

- 4- Si j'avais la bouche sèche, je penserais que c'est probablement parce que:

- je dois être effrayé(e) ou anxieux(se)
 je devrais boire plus de liquide
 il y a un problème au niveau de mes glandes salivaires

Avez-vous eu la bouche sèche au cours des 3 derniers mois?
 oui non

- 5- Si je sentais mon cœur battre très fort dans ma poitrine, je penserais que c'est probablement parce que:
 je me suis épuisé(e) ou j'ai bu beaucoup de café
 je dois vraiment être très excité(e) ou effrayé(e)
 je dois avoir un problème cardiaque

Avez-vous eu des palpitations au cours des 3 derniers mois?
 oui non

- 6- Si je me sentais fatigué(e), je penserais que c'est probablement parce que:
 je suis émotionnellement épuisé(e) ou découragé(e)
 j'ai fait trop ou au contraire pas assez d'exercice physique
 je dois faire de l'anémie

Vous êtes vous senti(e) très fatigué(e) au cours des 3 derniers mois?
 oui non

- 7- Si mes mains tremblaient, je penserais que c'est probablement parce que:
 je dois avoir une maladie du système nerveux
 je suis très anxieux (se)
 les muscles de mes mains sont fatigués

Avez-vous remarqué que vos mains tremblaient au cours des 3 derniers mois?
 oui non

- 8- Si j'avais de la difficulté à dormir, je penserais probablement que c'est parce que:
 une douleur ou une gêne physique m'empêche de dormir
 je ne suis pas assez fatigué(e) pour m'endormir ou j'ai bu trop de café
 je me fais trop de soucis ou je suis trop nerveux (se) au sujet de quelque chose

Avez-vous eu des troubles du sommeil au cours des 3 derniers mois?
 oui non

9- Si j'avais des problèmes de digestion, je penserais probablement que c'est parce que:

- je me fais du souci à m'en rendre malade
- j'ai une maladie de l'estomac
- j'ai mangé quelque chose qui ne me convient pas

Avez-vous eu des problèmes digestifs au cours des 3 derniers mois?

oui non

10- Si je perdais l'appétit, je penserais probablement que c'est parce que:

- j'ai trop mangé ou mon organisme nécessite moins de nourriture qu'auparavant
- je me fais tellement de soucis que la nourriture me semble sans goût
- j'ai un problème au niveau de l'estomac ou de l'intestin

Avez-vous eu une perte d'appétit au cours des 3 derniers mois?

oui non

11- Si j'avais du mal à reprendre mon souffle, je penserais que c'est probablement parce que:

- j'ai une infection des poumons, une irritation, ou un problème cardiaque
- cette pièce est mal aérée ou l'air est pollué
- je suis excité(e) ou anxieux(se)

Avez-vous manqué de souffle au cours des 3 derniers mois?

oui non

12- Si j'avais des picotements ou des fourmillements dans les mains ou les pieds, je penserais que c'est probablement parce que:

- je vis un stress émotionnel
- je dois avoir une maladie du système nerveux ou de la circulation
- je dois avoir froid ou mes pieds et mes mains sont simplement engourdis

Avez-vous ressenti un engourdissement ou des fourmillements dans les mains ou les pieds au cours des 3 derniers mois?

oui non

- 13- Si j'étais constipé(e) ou si j'avais de la diarrhée, je penserais que c'est probablement parce que:
- mon régime alimentaire n'est pas équilibré et ne contient pas assez de fibres
 - ma tension nerveuse me crée des problèmes d'intestin
 - j'ai une maladie de l'intestin

Avez-vous eu des troubles du transit intestinal au cours des 3 derniers mois?

oui non

Merci pour votre précieuse collaboration!

Marie-Christine Houde-Charron
Psychologue