

## Tables des matières

Sommaire .....	iv
Liste des tableaux .....	xi
Remerciements .....	xii
Introduction .....	1
Trajectoire développementale .....	4
Prévalence et conséquences à court, moyen et long terme du TAG .....	8
Évolution de la classification diagnostique.....	10
Chapitre 1. Conceptualisation et traitement du trouble d'anxiété généralisée à l'enfance .....	14
Introduction.....	16
Modèles conceptuels et efficacité des traitements du TAG chez les adultes.....	18
Modèles du traitement de l'information .....	18
Le modèle de l'évitement cognitif.....	19
Le modèle métacognitif .....	20
Les modèles issus de la troisième vague des thérapies cognitivo-comportementales .....	21
Le modèle de l'intolérance à l'incertitude .....	22
Applicabilité des modèles conceptuels adultes à l'enfance .....	33
Intolérance à l'incertitude .....	34
Croyances erronées face à l'inquiétude .....	37
Orientation négative aux problèmes .....	40
Évitement cognitif.....	42

Cohérence des modèles théoriques à l'enfance .....	43
Traitement des troubles anxieux et du TAG à l'enfance .....	46
Conclusion .....	55
Références .....	61
Chapitre 2. Article 1 : Les vulnérabilités cognitives impliquées dans le trouble d'anxiété généralisée chez l'enfant .....	74
Sommaire .....	76
Introduction .....	78
Objectifs et hypothèses .....	88
Méthode .....	89
Participants et déroulement .....	89
Sous-échantillon clinique .....	90
Sous-échantillon comparatif non clinique .....	92
Instruments de mesure .....	93
Résultats .....	96
Analyses préliminaires .....	96
Analyses descriptives et vérification des postulats de base .....	96
Comparaison des sous-échantillons clinique et non clinique .....	96
Identification des variables à contrôler .....	97
Comparaison des participants selon le répondant .....	98
Analyses principales .....	99
Prédictions de la tendance à s'inquiéter à partir des vulnérabilités cognitives .....	99

Analyses de variance et de covariance .....	103
Discussion .....	107
Références .....	118
Chapitre 3. Article 2 : Efficacité d'une thérapie cognitivo-comportementale pour le traitement du trouble d'anxiété généralisée chez les enfants de 8 à 12 ans .....	127
Sommaire .....	129
Introduction.....	130
Méthode .....	137
Participants.....	137
Instruments de mesures.....	141
Mesures remplies par l'enfant.....	141
Questionnaire sur les Inquiétudes de Penn State Enfants-Adolescents.....	141
Multidimensional Anxiety Scale for Children.....	142
Mesures remplies par les mères .....	142
Mesures remplies par le clinicien .....	142
Protocole de recherche .....	143
Traitement .....	143
Thérapeutes .....	145
Intégrité du traitement et validité des diagnostics établis .....	145
Résultats .....	146
Analyse des calepins d'auto-observation.....	146
Analyse de l'effet de l'intervention sur les diagnostics.....	149

Analyse de l'effet de l'intervention sur les symptômes principaux.....	150
Indice de fonctionnement global.....	154
Discussion .....	155
Références.....	164
Discussion générale.....	173
Résumé de l'étude sur les processus impliqués dans le TAG chez les enfants .....	175
Résumé des résultats de l'adaptation clinique du traitement du TAG pour les enfants .....	177
Retombées possibles et recherches futures .....	178
S'inquiéter avant 8 ans, est-ce possible?.....	189
Force et limites des études présentées.....	191
Conclusion .....	199
Références .....	203
Appendice A. Formulaire d'information et de consentement des participants de l'échantillon clinique : article 1.....	212
Appendice B. Formulaire d'information et de consentement des participants de l'échantillon non clinique : article 1.....	221
Appendice C. Formulaire d'information et de consentement des participants : article 2.....	232
Appendice D. Questionnaires des enfants : article 1 et 2.....	241
Appendice E. Questionnaires des parents : article 1 et 2 .....	247

## Liste des tableaux

### Tableau

1	Corrélations partielles entre les vulnérabilités cognitives et la tendance à s'inquiéter en contrôlant pour la dépression.....	100
2	Analyses de régression multiples prédisant la tendance à s'inquiéter des enfants (QIPS) selon les symptômes dépressifs auto-rapportés (IDB) et les vulnérabilités cognitives (II, ONP et ÉC) selon les enfants, les mères et les pères.....	102
3	Différences au plan des vulnérabilités cognitives en fonction des groupes .....	105
4	Moyennes et écart-types aux mesures de vulnérabilités cognitives en fonction des groupes .....	106
5	Moyennes de l'intensité de l'inquiétude selon les auto-observations quotidiennes pour chacun des participants .....	149
6	Scores critères et scores des participants obtenus à chacun des questionnaires ...	152

## Remerciements

La réalisation de cette thèse n'aurait pu être possible sans le soutien et la contribution de nombreuses personnes. Merci à mon directeur de recherche, Frédéric Langlois, pour sa grande disponibilité, son support, son écoute et ses encouragements indéfectibles. Sa rigueur et sa passion contagieuse pour la recherche m'ont amenée à persévérer dans ce projet doctoral. Merci à mon co-directeur de recherche, Patrick Gosselin, pour les échanges stimulants, l'encadrement et l'appui toujours fournis aux moments opportuns. La confiance qu'ils m'ont tous deux octroyée à chacune des étapes du processus, leur créativité permettant de surmonter les embûches ainsi que le plaisir que j'ai eu à travailler avec cette équipe de directeurs exceptionnelle ont été pour moi indispensables. Merci à ma grande complice, collègue et amie Caroline Berthiaume, qui a fait partie intégrante des moindres aspects de cette aventure et qui m'a épaulée sans relâche depuis le tout début. Merci à Karine Dubois-Comtois pour les commentaires constructifs tout au long de l'élaboration et de la réalisation de la thèse. Merci à mes collègues de travail pour leur contribution aux évaluations, aux thérapies, au recrutement des participants et au soutien moral, plus particulièrement à Marie-Christine Houde-Charron, Hélène Bouvier, Mario Brochu et Carole Lamarre. Merci aux gestionnaires Louise Tassé, Louise Leduc, Laurie Bouchard et Tanya Bossy, de l'hôpital Rivière-des-Prairies, pour leur confiance et pour la conciliation travail-études. Merci à Claude Berthiaume, pour l'expertise et les conseils statistiques et à Ariane Boudreault-Leroux pour la contribution à l'évaluation de la fidélité des mesures. Merci au CECOM de l'hôpital Rivière-des-Prairies pour le soutien technique et à France Bellemare et

Christiane Hamelin pour les travaux de mise en page. Merci à Lyse Turgeon, qui a contribué à développer mon intérêt pour la recherche et à investir ce domaine en particulier. Merci à Michel Dugas pour la contribution à la thèse mais également pour ses travaux cliniques et scientifiques inspirants. Un grand merci à ma famille et à mes amis pour leur soutien incroyable et les divertissements absolument nécessaires. Un merci spécial à mon amoureux, Jean-Robert Poulin, qui a énormément contribué à mes études par son grand investissement dans ce projet (même au plan technique) et par sa patience et son appui inébranlables. Merci également à mes parents pour la curiosité intellectuelle et pour m'avoir fourni tous les moyens nécessaires pour persévérer dans ma scolarisation jusqu'aux études doctorales. Un merci particulier à mon frère Jean-Denis Racicot pour le soutien à la rédaction via les soirées à la montagne et à ma grande sœur, Julie Racicot et à son mari Christian Mercier, pour leur hospitalité ayant permis l'achèvement de ce projet. Enfin, merci à la direction d'école, aux enfants et aux parents pour leur contribution à l'avancement des connaissances.

## **Introduction**



Il est normal pour les enfants de s'inquiéter de temps à autre de divers sujets de la vie quotidienne (Muris, Meesters, Merckelbach, Sermon, & Zwakhalen, 1998; Muris, Merckelbach, Gadet, & Moulaert, 2000; Muris, Merckelbach, Meesters, & van den Brand, 2002). Par contre, pour certains enfants l'inquiétude n'est pas transitoire et elle devient excessive, difficile à contrôler, fréquente, en plus d'entraîner de sérieuses conséquences délétères sur leur fonctionnement (APA, 2013). L'inquiétude pathologique est l'élément fondamental du trouble d'anxiété généralisée (TAG). Contrairement aux études effectuées auprès des adultes, les recherches ayant porté sur l'inquiétude excessive et le TAG à l'enfance sont rares.

L'élément central et nécessaire au diagnostic du trouble d'anxiété généralisée (TAG), l'inquiétude, se définit comme étant un processus cognitif anticipatoire impliquant un enchaînement de pensées à prédominance verbale à propos d'événements négatifs futurs et de leur implication (APA, 2013; Roemer & Borkovec, 1993; Vasey & Daleiden, 1994). L'inquiétude est un phénomène normal puisqu'on estime qu'entre 60 et 70 % des jeunes rapportent s'inquiéter de temps à autre (Muris, Merckelbach, Gadet et al., 2000; Muris, Merckelbach, & Luijten, 2002; Muris, Meesters et al., 1998). Malgré que les résultats à travers les études soient inconstants, quelques études suggèrent que les filles s'inquiéteraient davantage que les garçons (Muris, Meesters et al., 1998, Muris,

Merckelbach, Gadet et al., 2000; Silverman, La Greca, & Wassertein, 1995). Bien que l'ordre de fréquence des inquiétudes rapportées puisse varier d'une étude à l'autre, les enfants de la population normative s'inquiètent le plus souvent d'être blessés ou que quelqu'un d'autre soit blessé, des maladies, de la performance scolaire, de la mort et des relations interpersonnelles (Muris, Merckelbach, & Luijten, 2002; Muris, Merckelbach, Mayer, & Meesters, 1998; Muris, Merckelbach, Mayer, & Prins, 2000; Muris, Merckelbach, Meesters et al., 2002; Silverman et al., 1995). Les thèmes d'inquiétude peuvent varier selon l'âge de l'enfant. En effet, une étude effectuée auprès de 190 enfants âgés de 4 à 12 ans (Muris, Merckelbach, Gadet et al., 2000) a démontré que chez les enfants âgés de 4 à 6 ans, les inquiétudes les plus intenses concernent en premier lieu le fait d'être séparé des parents et de mourir ou que quelqu'un meure, suivies par le fait d'être blessé ou que quelqu'un d'autre soit blessé. Chez les enfants âgés de 7 à 9 ans, l'inquiétude concernant les blessures vient au premier rang, suivi de la mort puis, de la performance aux examens. Chez les jeunes de 10 à 12 ans, la performance aux examens est au premier rang, suivie de la mort et des blessures. Néanmoins, le contenu des inquiétudes des jeunes souffrant d'un TAG ne serait pas différent de celui observé chez les enfants sans psychopathologie (Weems, Silverman, La Greca, 2000). Ce serait plutôt la fréquence des inquiétudes, leur intensité, leur incontrôlabilité et l'altération du fonctionnement qui permettrait de distinguer l'inquiétude normale de celle pathologique (Layne, Bernat, Victor, & Bernstein, 2009; Muris, Merckelbach et al., 1998; Tracey, Chorpita, Douban, & Barlow, 1997; Weems et al., 2000). Afin de pouvoir poser un diagnostic à l'enfance, les inquiétudes doivent être

excessives et difficiles à contrôler et être présentes la majorité des jours pendant une période d'au moins six mois. Elles doivent également être accompagnées d'au moins un symptôme (au lieu de trois chez l'adulte) parmi les six suivants : agitation, fatigue, difficultés de concentration, irritabilité, tension musculaire ou difficultés de sommeil et entraîner une détresse significative chez l'enfant, ou une altération de son fonctionnement social, familial ou scolaire (APA, 2013).

### **Trajectoire développementale**

L'âge d'apparition du trouble est difficile à déterminer de façon précise. La définition de l'inquiétude stipule qu'il s'agit d'un processus cognitif anticipatoire impliquant un enchaînement de pensées à prédominance verbale à propos d'événements négatifs futurs et de leur implication (Roemer & Borkovec, 1993; Vasey & Daleiden, 1994). Ceci suggère que pour s'inquiéter, l'enfant doit détenir certaines capacités cognitives minimales. Il doit être en mesure d'anticiper et de conceptualiser des événements négatifs futurs et être capable d'aller au-delà de ce qui est observable pour considérer ce qui est possible (Vasey, 1993; Vasey & Daleiden, 1994). Avant l'âge de 7 ou 8 ans, la capacité à considérer le futur demeure peu développée alors qu'elle s'améliore substantiellement après cet âge (Vasey, 1993, Vasey & Daleiden, 1994). Cependant, l'ampleur de la capacité à anticiper le futur nécessaire pour s'inquiéter demeure inconnue.

La théorie Piaget (1987), qui fait état de trois stades de développement cognitif chez l'enfant, permet de jeter un éclairage sur la question. Le premier stade concerne le stade préopératoire, dont l'atteinte se situerait entre l'âge de 2 et 6 ou 7 ans. À ce stade, l'enfant éprouve de la difficulté à entrevoir plus d'une solution à un problème, il doit généralement expérimenter concrètement la solution élaborée, sa capacité à anticiper le futur demeurant limitée. Au cours du stade opératoire concret, qui survient entre l'âge de 7 à 11 ou 12 ans, l'enfant devient davantage capable d'entrevoir de multiples possibilités issues du raisonnement déductif et donc de faire des hypothèses mentales. Ce n'est toutefois que lors du stade opératoire formel, qui se développerait typiquement à partir de l'âge de 12 ans, que l'enfant acquiert le niveau d'abstraction et de raisonnement déductif lui permettant d'anticiper et de conceptualiser un nombre infini de possibilités, qui peuvent être issues de son expérience passée ou être complètement imaginées (Vasey, 1993; Vasey & Daleiden, 1994).

Les enfants ayant atteint le stade préopératoire seraient donc en mesure de générer au moins une possibilité menaçante, ce qui serait suffisant pour provoquer de l'anxiété. Par exemple, ils pourraient se rappeler un événement négatif et penser qu'il pourrait survenir à nouveau (p.ex., la séparation d'avec le parent) (Vasey, 1993; Vasey & Daleiden, 1994). Lors d'une étude effectuée auprès de 248 enfants âgés entre 3 et 14 ans, des chercheurs ont utilisé des illustrations pour expliquer aux enfants en quoi consistait l'inquiétude avant de les questionner à propos de leur expérience du

phénomène. Les résultats révèlent que près de la moitié (48,2 %) des enfants âgés de 3 à 6 ans rapportaient s'inquiéter de temps à autre (Muris, Merckelbach, Gadet et al., 2000).

Cependant, l'inquiétude telle que définie précédemment, implique la capacité d'anticiper plusieurs conséquences futures possibles et d'élaborer sur leurs implications catastrophiques potentielles. L'enfant doit donc aller au-delà de l'anticipation d'une seule possibilité en pensant à plusieurs événements négatifs qui pourraient survenir, ce qui serait plus difficile pour les enfants du stade préopératoire, qui considéreraient plutôt les aspects menaçants immédiats d'une situation (Vasey, 1993; Vasey & Daleiden, 1994). Avec l'acquisition d'habiletés de raisonnement plus élaborées lors des stades suivants, la capacité de s'inquiéter de l'enfant pourrait donc être grandement améliorée. Les appuis empiriques actuels soutiennent cette théorie en démontrant que bien que les inquiétudes peuvent être présentes chez des enfants d'âge préscolaire, elles seraient nettement plus fréquentes à partir de 7 ou 8 ans, étant rapportées par près de 80 % des enfants de ce groupe d'âge (Muris, Merckelbach, Gadet et al., 2000; Vasey, Keith, Crnic, & Carter, 1994). Des vignettes illustrées représentant des personnages qui s'inquiètent de thèmes typiques de l'enfance (p.ex., être malade, être taquiné par les pairs, que les parents divorcent, etc.) ont été utilisées par certains auteurs pour évaluer la capacité de l'enfant à élaborer sur des conséquences négatives potentielles (Grist & Field, 2012; Muris, Merckelbach, & Luijten, 2002; Vasey et al., 1994). Les résultats révèlent qu'à partir de l'âge de 7 ou 8 ans, les inquiétudes deviennent non seulement plus fréquentes mais également plus variées et plus élaborées (Muris, Merckelbach, &

Luijten, 2002; Vasey et al., 1994). De plus, l'atteinte du stade opératoire concret par les enfants (tel que mesuré par des tâches de conservation piagésiennes) est associée positivement à la capacité d'élaborer des possibilités négatives et à la présence d'inquiétudes chez les participants (Muris, Merckelbach, & Luijten, 2002). Plus spécifiquement, la capacité de l'enfant d'élaborer des conséquences négatives possibles joue un rôle médiateur entre d'une part, l'âge et le développement cognitif de l'enfant et d'autre part, la présence d'inquiétudes chez ce dernier. L'étude corrélacionnelle ne permet toutefois pas de tirer de conclusion quant à une relation causale entre les variables mais les résultats suggèrent qu'à mesure que le développement cognitif de l'enfant s'effectue, une amélioration de sa capacité à élaborer sur des possibilités négatives s'opère, ce qui à son tour, augmente sa capacité à s'inquiéter (Muris, Merckelbach, & Luijten, 2002). Les résultats d'une autre étude effectuée auprès d'enfants âgés de 3 à 7 ans vont dans le même sens, en démontrant que l'atteinte du stade opératoire concret, l'acquisition de la compréhension que les croyances et les motivations des gens peuvent influencer leurs actions et la capacité d'envisager de multiples possibilités jouent un rôle médiateur entre l'âge de l'enfant et sa capacité à élaborer des inquiétudes (Grist & Field, 2012).

Bref, l'âge exact auquel les enfants sont en mesure de s'inquiéter n'est pas clairement établi. Toutefois, l'amélioration des capacités cognitives de l'enfant lui permettant d'envisager divers événements négatifs futurs et leurs conséquences potentiellement délétères pourrait notamment expliquer que les inquiétudes deviennent

plus fréquentes à mesure qu'il vieillit, particulièrement après l'âge de 7 ans. Après cet âge, les inquiétudes deviennent plus variées et plus complexes, ce qui pourrait potentiellement ouvrir la porte à des formes plus extrêmes du phénomène, caractéristiques du TAG. Cette hypothèse est cohérente avec les études qui suggèrent que le trouble se développerait typiquement à l'enfance (Keller et al., 1992; Rapee, 2001).

### **Prévalence et conséquences à court, moyen et long terme du TAG**

Le TAG est l'un des troubles anxieux les plus répandus chez les enfants (Costello, Egger, & Angold, 2005). Selon les études, son taux de prévalence se situe entre 0,16 et 11,1 % (Cartwright-Hatton, McNicol, & Doubleday, 2006). Cette situation s'avère inquiétante si l'on considère que le trouble est associé à de graves difficultés. En plus des symptômes associés à l'inquiétude excessive, la présence d'un TAG à l'enfance est associée à des difficultés d'apprentissage (Jarrett, Black, Rapport, Grills-Taquechel, & Ollendick, 2015) et sociales (Albano & Hack, 2004; Scharfstein, Alfano, Beidel, & Wong, 2011). La majorité des enfants qui souffrent d'un TAG souffrent également d'une autre psychopathologie (Jarrett et al., 2015; Layne et al., 2009; Masi et al., 2004; Masi, Mucci, Favilla, Romano, & Poli, 1999;). On estime qu'entre 45 et 75 % des enfants qui manifestent un TAG souffrent aussi d'un autre trouble anxieux, le trouble d'anxiété sociale, le trouble d'anxiété de séparation et la phobie spécifique constituant les diagnostics les plus fréquents (Jarrett et al., 2015; Layne et al., 2009; Masi et al., 2004). Les études de Masi et ses collègues (1999, 2004) démontrent qu'entre 52 et 62 %

des enfants qui manifestent un TAG répondent également aux critères d'un trouble dépressif alors que ce pourcentage s'élève à 4 % et à 20 % dans d'autres études (Jarrett et al., 2015; Layne et al., 2009). Ces différences sont possiblement attribuables à la sévérité des manifestations cliniques, les enfants constituant les échantillons des études du premier groupe d'auteurs (Masi et al., 1999, 2004) consultant dans un hôpital universitaire et ceux de l'étude de Layne et ses collègues (2009) et de celle menée par Jarrett (Jarrett et al., 2015) étant recrutés dans la communauté. Enfin, les troubles extériorisés (trouble du déficit d'attention avec hyperactivité, trouble d'opposition avec provocation, trouble de la conduite, trouble d'apprentissage) sont également fréquents chez les enfants souffrant d'un TAG, atteignant 9 à 45 % d'entre eux (Jarrett et al., 2015; Layne et al., 2009; Masi et al., 1999, 2004). Outre les troubles concomitants, la présence d'un trouble anxieux prédit les idéations suicidaires chez des jeunes âgés de 7 à 14 ans, même lorsque les effets des symptômes dépressifs et du niveau de fonctionnement global du jeune sont contrôlés dans les analyses (O'Neil, Puleo, Benjamin, Podell, & Kendall, 2012). Malgré que cette étude ait été effectuée auprès d'enfants présentant une diversité de troubles anxieux, le TAG était le trouble anxieux primaire pour une grande proportion d'entre eux (44,5 %).

À plus long terme, des études longitudinales montrent que la présence d'un TAG (ou du trouble d'hyperanxiété de l'enfant tel que défini dans le DSM-III-R) à l'enfance et à l'adolescence est associée à la présence de troubles anxieux et dépressifs à l'âge adulte (Copeland, Shanahan, Costello, & Angold, 2009; Pine, Cohen, Gurley, Brook, &



Ma, 1998). Certaines études suggèrent d'ailleurs que le trouble est non seulement chronique (Yonkers, Warshaw, Massion, & Keller, 1996) mais que les symptômes associés au TAG s'aggravent avec l'âge (Kendall & Pimentel, 2003; Tracey et al., 1997). Cela assombrit le pronostic, si l'on considère que le trouble continue d'être associé à d'autres troubles anxieux et à des troubles de l'humeur à l'âge adulte (Wittchen, Zhao, Kessler, & Eaton, 1994) et qu'il entraîne une réduction de la productivité au travail ainsi qu'une diminution de la qualité de vie et du bien-être personnel à l'âge adulte (Wittchen, Carter, Pfister, Montgomery, & Kessler, 2000).

### **Évolution de la classification diagnostique**

Malgré la prévalence élevée et les graves conséquences associées au TAG chez les enfants, le trouble demeure très peu étudié auprès de cette population, probablement en raison de l'apparition tardive du diagnostic à l'enfance. En effet, de nombreux changements conceptuels sont survenus dans la nomenclature du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) au cours des années. Avant la parution du DSM-III (APA, 1980) les symptômes anxieux de l'enfant étaient classifiés sous la grande catégorie des névroses phobiques, issue de la théorie psychanalytique (DSM-II, APA, 1968). Dans le but d'établir une classification des troubles mentaux davantage basée sur les travaux empiriques, le concept de névrose a été abandonné au profit d'une définition opérationnelle des symptômes avec la parution de la troisième édition du DSM (APA, 1980) et de sa version révisée (DSM-III-R, APA, 1987). Ce nouveau manuel fait état d'une catégorisation spécifique de différents troubles anxieux incluant le

TAG, mais également d'une première tentative de tenir compte du stade de développement de l'enfant en établissant des critères propres à ce groupe d'âge. Ainsi, le trouble d'hyperanxiété de l'enfant fait son apparition parmi les troubles anxieux de l'enfance et de l'adolescence. Le trouble se définit alors par la présence chez le jeune, depuis au moins six mois, de quatre des sept éléments suivants : inquiétudes à propos d'événements futurs, inquiétudes à propos de comportements passés, inquiétudes à propos de sa compétence, plaintes somatiques, conscience de soi excessive, tension ou incapacité à relaxer et besoin excessif de réassurance (APA, 1987). Lors de la parution du DSM-IV (APA, 1994) quelques années plus tard, ce diagnostic a toutefois été éliminé de la nomenclature américaine au profit du TAG en raison notamment de son manque de spécificité (Werry, 1991). Avec les changements apportés, la présence d'inquiétudes excessives et incontrôlables devient l'élément central et nécessaire au diagnostic de TAG, reléguant les symptômes somatiques au deuxième plan (APA, 1994, 2000). C'est à cette époque que les études visant à étudier plus particulièrement le phénomène de l'inquiétude à l'enfance commencent à émerger. Quant à la récente parution de la cinquième édition du DSM (APA, 2013), aucun changement nosologique majeur n'a été apporté concernant les critères diagnostiques du TAG chez les jeunes.

Les inquiétudes excessives et le TAG représentent donc un domaine d'étude nouveau auprès des enfants alors que la littérature adulte regorge de travaux théoriques et empiriques concernant les modèles explicatifs du TAG et l'efficacité des traitements qui en découlent. Chez les enfants, les connaissances par rapport à l'applicabilité des

modèles conceptuels spécifiques existants sont grandement limitées et par conséquent, une approche globale du traitement de l'anxiété est généralement privilégiée auprès de cette population. L'efficacité des thérapies spécifiquement conçues pour traiter le TAG à l'enfance demeure quasi-inexplorée. La validité empirique des modèles théoriques adultes, l'efficacité des thérapies qui en sont issues et les rares travaux effectués jusqu'à maintenant à l'enfance constituent un point de départ solide à l'amélioration des interventions offertes aux enfants qui souffrent de problèmes d'anxiété.

Cette thèse vise donc à étudier le TAG à l'enfance à partir des fondements théoriques et empiriques les mieux établis auprès des adultes et des quelques travaux réalisés auprès des enfants et des adolescents. Le premier chapitre de la thèse vise à faire état des connaissances scientifiques actuelles concernant les vulnérabilités cognitives associées aux symptômes du TAG à l'enfance et les programmes thérapeutiques existants pour le traiter. À travers la recension des écrits, les principales lacunes dans les rares études réalisées auprès des enfants seront identifiées et les deux études empiriques de la thèse viseront à répondre à certaines de ces limites. Le deuxième chapitre de la thèse présente les résultats de la première étude empirique, qui examine la relation entre l'intolérance à l'incertitude, l'orientation négative aux problèmes, l'évitement cognitif et les symptômes du TAG chez les enfants de 8 à 12 ans. L'étude vise également à vérifier si ces vulnérabilités cognitives sont spécifiques au TAG à cet âge. Le troisième chapitre de la thèse présente les résultats de la deuxième étude empirique, qui vise à vérifier si une adaptation de la thérapie cognitivo-comportementale issue du modèle de

l'intolérance à l'incertitude (Dugas, Leblanc, & Seidah, 2007) est efficace pour réduire les symptômes d'anxiété généralisée chez des enfants de 8 à 12 ans souffrant d'un TAG primaire. Une discussion générale et une conclusion suivront la présentation des deux études empiriques.

**Chapitre 1**  
Conceptualisation et traitement du trouble d'anxiété généralisée à l'enfance

## **Conceptualisation et traitement du trouble d'anxiété généralisée à l'enfance**

Geneviève Racicot  
Université du Québec à Trois-Rivières  
CIUSS du Nord de l'île de Montréal, site Hôpital Rivière-des-Prairies

Frédéric Langlois  
Université du Québec à Trois-Rivières

Patrick Gosselin  
Université de Sherbrooke  
Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux – Centre intégré  
universitaire en santé et services sociaux de l'Estrie - CHUS (CIUSSS de l'Estrie-  
CHUS)

Toute correspondance à cet article doit être acheminé à Geneviève Racicot, Hôpital Rivière-des-Prairies, 7070, boulevard Perras, Montréal, Québec, Canada, H1E 1A4; Courriel : [genevieve.racicot.hrdp@ssss.gouv.qc.ca](mailto:genevieve.racicot.hrdp@ssss.gouv.qc.ca)

## Introduction

L'inquiétude, élément central et nécessaire au diagnostic du trouble d'anxiété généralisée (TAG), est un processus cognitif anticipatoire impliquant un enchaînement de pensées à prédominance verbale à propos d'événements négatifs futurs et de leur implication (APA, 2013; Roemer & Borkovec, 1993; Vasey & Daleiden, 1994). L'inquiétude est un phénomène cognitif commun et normal à l'enfance, la plupart des enfants rapportant s'inquiéter de temps en temps (Muris, Meesters, Merckelbach, Sermon, & Zwakhalen, 1998; Muris, Merckelbach, Gadet, & Moulart, 2000; Muris, Merckelbach, Meesters, & van den Brand, 2002). Ces inquiétudes occasionnelles diffèrent toutefois de l'inquiétude excessive et incontrôlable rapportée par les enfants souffrant d'un TAG. Afin de pouvoir établir qu'un enfant souffre de cette psychopathologie, les inquiétudes doivent également s'accompagner d'au moins un des six symptômes suivants : agitation, fatigue, difficultés de concentration, irritabilité, tension musculaire ou perturbation du sommeil. Elles doivent aussi être présentes la plupart des jours, pendant une période d'au moins six mois et entraîner une détresse significative ou altérer le fonctionnement social, familial ou scolaire de l'enfant (APA, 2013).

Dans les 20 dernières années, les études empiriques sur l'inquiétude et le TAG à l'enfance ont commencé à émerger. Cette percée scientifique a permis d'établir que le TAG est l'un des troubles anxieux les plus répandus à l'enfance (Costello, Egger, & Angold, 2005) et qu'il est associé à des difficultés chez les enfants, comme des

difficultés d'apprentissage (Jarrett, Black, Rapport, Grills-Taquechel, & Ollendick, 2015) et des troubles dépressifs (Jarrett et al., 2015; Layne, Bernat, Victor, & Bernstein, 2009; Masi et al., 2004; Masi, Mucci, Favilla, Romano, & Poli, 1999). De plus, le trouble se résorbe rarement de lui-même (Yonkers, Warshaw, Massion, & Keller, 1996) et à l'âge adulte, le TAG continue non seulement d'être associé à des troubles de l'humeur (Wittchen, Zhao, Kessler, & Eaton, 1994) mais il a également un impact négatif sur la qualité de vie de l'individu et sur son fonctionnement au travail (Wittchen, Carter, Pfister, Montgomery, & Kessler, 2000).

Malgré tout, l'étude du TAG à l'enfance accuse un retard important par rapport aux travaux réalisés auprès des adultes. Chez les enfants, peu de données sont actuellement disponibles concernant les modèles étiologiques s'y rattachant et son traitement. Le présent chapitre propose donc l'exploration du TAG à l'enfance à travers une revue de la documentation scientifique sur les facteurs cognitifs pouvant être impliqués dans son apparition et son maintien et sur les traitements actuellement offerts aux enfants qui en souffrent. Dans un premier temps, les modèles théoriques du TAG développés auprès des adultes et les thérapies qui en sont issues seront présentés, puisque la majorité des travaux effectués auprès des enfants découle de la littérature adulte. Ensuite, les études ayant porté sur l'applicabilité de ces modèles théoriques à l'enfance seront recensées et enfin, une revue des traitements actuellement disponibles pour les enfants qui répondent aux critères d'un TAG sera présentée.



### **Modèles conceptuels et efficacité des traitements du TAG chez les adultes**

Les modèles théoriques explicatifs de l'inquiétude excessive et du TAG ont été développés auprès de populations adultes (Borkovec, Alcaine, & Behar, 2004; Mennin, Heimberg, Turk, & Fresco, 2005; Roemer, Salters, Raffa, & Orsillo, 2005; Wells, 1995, 1999). Les différences notables dans le développement cognitif, social et émotionnel des enfants ne permettent toutefois pas d'assumer d'emblée qu'ils s'appliquent aux enfants (Vasey, 1993). Cependant, des travaux démontrent qu'environ à partir de l'âge de 7 ans, les capacités cognitives des enfants à anticiper des événements négatifs futurs et à élaborer sur leurs conséquences potentielles s'améliorent, ce qui pourrait expliquer que leurs inquiétudes deviennent alors plus fréquentes, variées et élaborées (Grist & Field, 2012; Muris et al., 2000, 2002; Vasey, 1993; Vasey & Daleiden, 1994). L'atteinte d'un certain niveau de maturité cognitive chez l'enfant rendrait donc possible l'émergence d'inquiétudes excessives qui pourraient être similaires à celles manifestées par les adultes. Les études rétrospectives effectuées auprès des adultes suggèrent d'ailleurs que le TAG se développerait typiquement durant l'enfance (Keller et al., 1992; Rapee, 2001). L'ensemble de ces résultats laisse présager que les théories et les traitements adultes sont des voies prometteuses pour être adaptées à l'enfance.

### **Modèles du traitement de l'information**

D'abord, les modèles généraux de traitement de l'information des personnes anxieuses ont contribué à mieux connaître les biais cognitifs attentionnels et d'interprétation manifestés par les adultes souffrant d'un TAG (MacLeod &

Rutherford, 2004). À l'instar des études conduites auprès des adultes, celles effectuées auprès des enfants et des adolescents démontrent également que l'anxiété est associée à des biais cognitifs attentionnels. Par exemple, lorsque comparés à des jeunes sans psychopathologie, les jeunes manifestant un trouble anxieux portent davantage attention à l'information menaçante lors de tâches cognitives effectuées en laboratoire (Dalgleish et al., 2003; Taghavi, Dalgleish, Moradi, Neshat-Doost, & Yule, 2003). De plus, lorsque confrontés à des situations ambiguës, les enfants anxieux ont tendance à interpréter l'information disponible de façon menaçante et négative, à surestimer le danger potentiel et à sous-estimer leur capacité à y faire face (Bögels, Snieder, & Kindt, 2003; Bögels, van Dongen, & Muris, 2003; Bögels & Zigterman, 2000; Chorpita, Albano, & Barlow, 1996; Dalgleish et al., 2003; Suarez & Bell, 2001, 2006). L'anxiété chez les enfants est également associée à la présence de pensées catastrophiques et de biais cognitifs de généralisation et de personnalisation (Weems, Berman, Silverman, & Saavedra, 2001). Cependant, la majorité de ces travaux concernent l'anxiété en général et ne permettent pas une conceptualisation spécifique de l'inquiétude excessive.

### **Le modèle de l'évitement cognitif**

Le modèle développé auprès des adultes par Borkovec et ses collaborateurs (Borkovec, 1994; Borkovec et al., 2004) concerne plus spécifiquement l'inquiétude et stipule que le phénomène serait maintenu chez l'individu par la fonction d'évitement qu'il remplit. En effet, des travaux ont mis en évidence le fait que l'inquiétude consiste en un traitement à prédominance verbolinguistique du matériel émotif, par opposition à

l'imagerie mentale. L'imagerie du matériel émotif provoquerait une réponse cardiovasculaire plus intense chez l'individu comparativement à son articulation verbale. Par sa nature, l'inquiétude entrainerait donc une réduction de l'activation physiologique aversive associée aux images mentales et interférerait ainsi avec le traitement émotionnel normal de la peur, ce qui maintiendrait ultimement l'inquiétude (Borkovec & Hu, 1990; Borkovec & Inz, 1990; Foa & Kozak, 1986; Freeston, Dugas, & Ladouceur, 1996; Vrana, Cuthbert, & Lang, 1986). De plus, le fait que les événements dont s'inquiètent les individus se produisent rarement contribuerait à renforcer la croyance selon laquelle l'inquiétude est un moyen efficace de les éviter (Borkovec, Hazlett-Stevens, & Diaz, 1999). Les personnes qui s'inquiètent excessivement ont donc tendance à croire que l'inquiétude diminue la probabilité d'occurrence d'un événement négatif, qu'elle permet de résoudre des problèmes, d'éviter de penser à des sujets émotifs encore plus aversifs, de trouver la motivation à faire les choses et de se préparer au pire (Borkovec et al., 1999). Le fait que les enfants d'âge scolaire détiennent déjà les capacités cognitives nécessaires pour s'inquiéter et qu'à l'instar des adultes, leurs inquiétudes portent sur des événements à faible probabilité d'occurrence (Silverman, La Greca, & Wasserstein, 1995) porte à croire que ce modèle explicatif pourrait également s'appliquer à l'enfance.

### **Le modèle métacognitif**

Wells (1995, 1999) a ensuite élaboré un modèle cognitif du TAG indiquant que les croyances métacognitives à propos de l'inquiétude jouent un rôle central dans le

développement et le maintien du trouble. Les personnes manifestant un TAG présenteraient deux types d'inquiétudes soit celles à propos des événements externes et des événements internes non cognitifs (type un) et les méta-inquiétudes, qui concernent les inquiétudes entretenues par la personne à propos de sa propre pensée (type deux). Ainsi, quand un individu évalue une situation comme menaçante, ses croyances positives à propos de l'inquiétude le pousseraient à utiliser ce processus pour gérer cette situation. L'inquiétude devient toutefois rapidement envahissante et entraîne des conséquences émotionnelles négatives pour l'individu, de sorte qu'il en vient à développer des croyances négatives à propos de celle-ci (l'inquiétude est incontrôlable et dangereuse), qui donnent naissance aux inquiétudes de type deux. Les inquiétudes de type deux entraînent ensuite l'utilisation de stratégies d'évitement comportemental, de recherche de réassurance, de vérification et de suppression de la pensée, qui empêchent la personne de confronter les croyances négatives à propos de l'inquiétude à la réalité et favorisent donc leur maintien (Wells, 1995, 1999).

### **Les modèles issus de la troisième vague des thérapies cognitivo-comportementales**

D'autres chercheurs ont proposé une conception du TAG basée sur la régulation émotionnelle dysfonctionnelle (Mennin et al., 2005). Selon ces auteurs, les individus atteints d'un TAG vivraient leurs émotions avec une plus grande intensité, ils auraient une faible compréhension de leurs émotions et ils redouteraient les émotions négatives, ce qui les amènerait à utiliser des stratégies d'évitement inadaptées (dont l'inquiétude) pour contrôler et restreindre leur expérience émotionnelle aversive. Ces dimensions

traduisant une régulation émotionnelle dysfonctionnelle prédisent effectivement la présence du TAG et sont davantage présentes chez les personnes qui répondent aux critères en comparaison des gens de la population normative (Mennin et al., 2005).

Un autre groupe d'auteurs (Roemer et al., 2005) s'appuient sur les travaux de Borkovec (Borkovec et al., 2004), sur le modèle proposé par Mennin et al. (2005) et sur les travaux de Hayes et ses collègues (Hayes, Wilson, Gifford, Follette, & Strosahl, 1996) pour proposer que l'évitement expérientiel et la peur des expériences émotionnelles seraient au cœur du TAG. L'évitement expérientiel est un phénomène à la base de plusieurs psychopathologies caractérisé par une difficulté pour l'individu à demeurer en contact avec ses sensations physiques, ses émotions et ses pensées, qui entraîne des tentatives pour altérer la forme et la fréquence de ces expériences et les contextes qui suscitent leur apparition (Hayes et al., 1996). Les données recueillies par les auteurs révèlent que l'évitement expérientiel et la peur de l'anxiété sont associés à la tendance à s'inquiéter et à la sévérité des symptômes du TAG dans un échantillon non clinique et que les deux dimensions sont plus élevées chez les individus qui présentent un TAG que chez ceux qui composent un échantillon non clinique de participants (Roemer et al., 2005).

### **Le modèle de l'intolérance à l'incertitude**

Néanmoins, le modèle développé par Dugas, Gagnon, Ladouceur et Freeston (1998) est celui qui bénéficie du plus grand nombre d'appuis empiriques actuellement. Le

modèle a été validé à de nombreuses reprises, auprès de plusieurs populations (Dugas & Robichaud, 2007). L'élément central du modèle, l'intolérance à l'incertitude, se définit comme une tendance excessive de l'individu à considérer inacceptable toute possibilité, si minime soit-elle, qu'un événement négatif se produise (Dugas, Gosselin, & Ladouceur, 2001). Les individus intolérants à l'incertitude croient que l'incertitude est dérangement, injuste et qu'elle devrait être évitée à tout prix. La personne considère donc inacceptable la possibilité qu'un événement négatif survienne, ce qui entraînerait des inquiétudes excessives à propos d'une multitude d'événements de la vie quotidienne (Dugas et al., 1998). Des travaux empiriques ont d'abord démontré que l'intolérance à l'incertitude prédit la tendance à s'inquiéter, lorsque l'on contrôle pour l'effet d'autres variables psychologiques comme le perfectionnisme, le besoin de contrôle (Buhr & Dugas, 2006) et le neuroticisme (McEvoy & Mahoney, 2011, 2012; Sexton, Norton, Walker, & Norton, 2003). Des études démontrent également que l'intolérance à l'incertitude est davantage associée à l'inquiétude qu'aux symptômes d'autres troubles psychologiques (Dugas et al., 2001) et qu'elle prédit l'inquiétude lorsque l'on tient compte dans les analyses de l'impact de la dépression et de l'anxiété (Dugas, Freeston, & Ladouceur, 1997; Dugas, Schwartz, & Francis, 2004; McEvoy & Mahoney, 2011), des symptômes caractéristiques du trouble panique/agoraphobie (TPA), du trouble obsessionnel-compulsif (TOC) (Dugas et al., 2001; Mc Evoy & Mahoney, 2011) et du trouble d'anxiété sociale (TAS) (McEvoy & Mahoney, 2011). D'autres travaux révèlent que l'intolérance à l'incertitude est plus élevée chez les adultes qui souffrent d'un TAG comparativement aux individus qui proviennent de la population normative et à ceux qui

manifestent d'autres troubles anxieux, ce qui appuie l'hypothèse de spécificité du processus cognitif au TAG (Dugas, Marchand, & Ladouceur, 2005; Ladouceur et al., 1999).

Toutefois, des travaux récents suggèrent que l'intolérance à l'incertitude serait plutôt un construit commun aux troubles anxieux et dépressifs. En effet, l'intolérance à l'incertitude serait également associée aux symptômes du TAS (Boelen, Reijntjes, & Carleton, 2014; Carleton, Collimore, & Asmundson, 2010; McEvoy & Mahoney, 2011, 2012; Thibodeau et al., 2015) du TOC (Boelen et al., 2014; Carleton et al., 2010; Holaway, Heimberg, & Coles, 2006; McEvoy & Mahoney, 2011, 2012, Thibodeau et al., 2015), du TPA (Carleton et al., 2014; Carleton, Fetzner, Hackl, & McEvoy, 2013; McEvoy & Mahoney, 2011, 2012; Thibodeau et al., 2015) des phobies spécifiques (Thibodeau et al., 2015), de l'état de stress post traumatique (Fetzner, Horswill, Boelen, & Carleton, 2013; Thibodeau et al., 2015) du trouble d'anxiété de séparation (Boelen et al., 2014), des troubles dépressifs (Boelen et al., 2014; McEvoy & Mahoney, 2011, 2012; Thibodeau et al., 2015) et de l'anxiété par rapport à la santé (Fetzner et al., 2014). Certains travaux effectués auprès de populations cliniques confirment que les individus manifestant un trouble anxieux ou un trouble dépressif majeur (TDM) sont plus intolérants à l'incertitude que ceux qui proviennent de la population normative (Carleton et al., 2012; Mahoney & McEvoy, 2012). Toutefois, les résultats démontrent que le niveau d'intolérance à l'incertitude des participants est semblable à travers les différents diagnostics de troubles anxieux et dépressifs qu'ils manifestent (Boswell,

Thompson-Hollands, Farchione, & Barlow, 2013; Carleton et al., 2012; Mahoney & McEvoy, 2012). Il se peut toutefois que la présence de comorbidités entre les différents troubles examinés ait compliqué les tests de spécificité à travers les études (Gentes & Ruscio, 2011). Bien que dans certains cas, le protocole utilisé permettait d'exercer un contrôle pour l'effet de la comorbidité ou des diagnostics spécifiques (Boswell et al., 2013; Carleton et al., 2012; Mahoney & McEvoy, 2012), Dugas et ses collaborateurs (2005) sont, à notre connaissance, les seuls chercheurs à avoir comparé des groupes d'individus ne présentant qu'un seul diagnostic. Malgré que la constitution de groupes « purs » au plan diagnostic soit moins représentative des populations anxieuses et dépressives en général, elle permet des comparaisons plus claires entre chacun des troubles à l'étude. Tel que le soulignent Carleton et ses collègues (2012), il demeure possible que la présence de diagnostics additionnels affecte les résultats obtenus dans les études en masquant des différences au plan de l'intolérance à l'incertitude qui n'apparaîtraient qu'avec de grands échantillons d'individus présentant un seul diagnostic.

D'autres travaux suggèrent toutefois que des aspects précis de l'intolérance à l'incertitude pourraient être plus spécifiquement associés à certains troubles anxieux ou dépressifs. Lorsque mesurée avec l'*Intolerance of Uncertainty Scale* (Carleton, Norton, & Asmundson, 2007), l'intolérance à l'incertitude serait composée de deux dimensions (Carleton et al., 2007). La première, l'intolérance à l'incertitude anticipatoire, concerne les attitudes proactives que l'individu adopte pour contrôler les événements futurs et



pour éviter les conséquences aversives imaginées (p.ex., ne pas tolérer d'être pris par surprise, vouloir tout organiser à l'avance, vouloir connaître le futur). La deuxième dimension, l'intolérance à l'incertitude inhibitrice, concerne plutôt l'impression qu'à l'individu que l'intolérance à l'incertitude l'empêche d'agir librement et de vivre pleinement ses expériences (p.ex., être paralysé par l'incertitude, s'empêcher d'agir lorsqu'il y a un doute, éviter les situations incertaines, etc.) (Carleton et al., 2007). Dans l'ensemble, les études empiriques suggèrent actuellement que l'intolérance à l'incertitude anticipatoire serait davantage associée aux symptômes du TAG et du TOC alors que l'intolérance à l'incertitude inhibitrice serait davantage liée aux symptômes du TPA, du TSA, de l'état de stress post-traumatique et du TDM (Boelen et al., 2014; Carleton et al., 2010, 2013; Fetzner et al., 2013, 2014; McEvoy & Mahoney, 2011, 2012). Tel que le font valoir McEvoy et Mahoney (2012), ces résultats sont cohérents avec le fait que les inquiétudes et les obsessions caractéristiques du TAG et du TOC sont orientées vers le futur alors que les troubles phobiques et le TDM sont des problématiques plutôt caractérisées par l'inaction et le retrait.

Nonobstant la question de la spécificité de l'intolérance à l'incertitude au TAG, l'ensemble des recherches actuellement disponibles met en lumière l'importance du construit dans la compréhension du trouble. Qui plus est, en termes de séquence temporelle des deux construits, des auteurs ont démontré, à l'aide d'analyses en série chronologique, qu'une diminution des scores obtenus à l'échelle d'intolérance à l'incertitude précède généralement la diminution de la tendance à s'inquiéter au cours

d'un traitement cognitivo-comportemental basé sur le modèle cognitif (Dugas & Ladouceur, 2000). De plus, une étude effectuée en laboratoire démontre que la manipulation expérimentale de l'intolérance à l'incertitude entraîne un changement dans le niveau d'inquiétude rapporté par les participants (Ladouceur, Gosselin, & Dugas, 2000). Ces travaux viennent corroborer le rôle clé de cette vulnérabilité cognitive dans le développement et le maintien du TAG.

À l'instar de Borkovec et ses collègues (1999) et de Wells (1995, 1999), le modèle élaboré par Dugas et son équipe (1998) stipule que certaines croyances entretenues par l'individu quant au pouvoir positif de l'inquiétude pourraient être impliquées dans le développement et le maintien du trouble. Selon les auteurs, cette deuxième composante du modèle se définit par cinq croyances positives qui pourraient être impliquées dans le TAG : s'inquiéter (1) aide à résoudre des problèmes; (2) améliore la motivation à faire les choses; (3) permet d'éviter les réactions négatives en cas de la survenue de l'événement redouté; (4) protège de la survenue d'événements négatifs; et (5) représente un aspect positif de l'individu, démontrant qu'il est responsable et qu'il se préoccupe des autres (Dugas & Robichaud, 2007). Certaines études ont démontré que ce type de croyances est associé à la tendance à s'inquiéter (Francis & Dugas, 2004; Lachance, Ladouceur, & Dugas, 1999). Les individus manifestant un TAG rapportent également davantage de croyances positives à propos de l'inquiétude que les personnes qui n'en manifestent pas (Freeston, Rhéaume, Letarte, Dugas, & Ladouceur, 1994; Ladouceur et al., 1999). Il n'y a toutefois pas de différence entre les patients qui présentent un TAG et

ceux qui présentent d'autres troubles anxieux au niveau de ces croyances (Dugas et al., 2005; Ladouceur et al., 1999), ce qui n'empêche pas qu'elles puissent être impliquées dans le TAG. Enfin, les croyances négatives entretenues par rapport à l'inquiétude ont également été associées à la tendance à s'inquiéter chez les adultes (Cartwright-Hatton & Wells, 1997; Wells & Carter, 1999).

La troisième composante du modèle, l'orientation négative aux problèmes, est issue de la théorie de la résolution de problèmes sociaux (D'Zurilla & Goldfried, 1971), qui stipule que la résolution de problèmes joue un rôle dans l'anxiété et qu'elle se divise en deux ensembles d'opérations cognitives, soit l'orientation générale face aux problèmes et les habiletés de résolution de problèmes (D'Zurilla, 1986; D'Zurilla & Goldfried, 1971; D'Zurilla & Nezu, 1999). L'orientation négative aux problèmes fait référence à la tendance de l'individu à percevoir les problèmes comme une menace au bien-être, à douter de sa capacité à résoudre les problèmes et à être pessimiste quant à l'issue de la résolution de problème (Maydeu-Olivares & D'Zurilla, 1996). Les résultats de plusieurs études suggèrent que ce serait l'orientation négative aux problèmes et non les habiletés de résolution de problèmes qui sont problématiques chez les personnes manifestant un TAG (Davey, 1994; Dugas et al., 1997; Dugas, Letarte, Rhéaume, Freeston, & Ladouceur, 1995; Ladouceur et al., 1999; Ladouceur, Blais, Freeston, & Dugas, 1998). La réaction initiale négative face à un problème pourrait en fait amener la personne à s'inquiéter des conséquences possibles du problème plutôt qu'à activer ses habiletés pour le résoudre. L'orientation négative aux problèmes contribue significativement à

prédire la tendance à s'inquiéter lorsque l'on tient compte au plan statistique de l'effet de l'anxiété, des symptômes dépressifs (Dugas et al., 1995, 1997) et de traits de personnalité (pessimisme, faible sentiment d'autocontrôle, neuroticisme) (Robichaud & Dugas, 2005). Elle est également davantage associée à l'inquiétude qu'à la dépression ou aux symptômes d'autres troubles anxieux (Dugas et al., 2005; Robichaud & Dugas, 2005). Certaines études démontrent également que lorsque comparés à des gens d'une population non clinique et à des patients qui présentent d'autres troubles anxieux, les adultes répondant aux critères du TAG manifestent davantage une orientation négative aux problèmes (Dugas et al., 1998; Ladouceur et al., 1998, 1999). Une autre étude n'a cependant pas pu confirmer les différences d'orientation négative aux problèmes entre les gens manifestant un TAG et ceux qui présentent un TPA (Dugas et al., 2005). Les auteurs proposent que cette divergence des résultats pourrait s'expliquer par la composition des groupes de comparaison, étant constitués majoritairement de patients présentant un TOC dans la première étude (Ladouceur et al., 1999) et de gens manifestant un TPA dans la deuxième étude (Dugas et al., 2005). D'autres études seront nécessaires pour vérifier si l'orientation négative aux problèmes est plus élevée chez les individus manifestant un TAG que chez ceux présentant chacun des troubles anxieux.

L'évitement cognitif, introduit par Borkovec et ses collègues (Borkovec et al., 2004) constitue la dernière composante du modèle cognitif. En plus de l'évitement de l'anxiété encouru par la nature même de l'inquiétude, des stratégies d'évitement cognitif volontaires seraient utilisées pour chasser les inquiétudes : la suppression de la pensée,

la substitution de l'inquiétude par des pensées neutres ou positives, la distraction et l'évitement des situations qui suscitent l'inquiétude (Dugas & Robichaud, 2007). Ces stratégies contribuent également à maintenir l'inquiétude puisque les tentatives de suppression des pensées aversives peuvent activer des processus qui augmentent paradoxalement l'accessibilité à la pensée indésirable pendant et après la tentative de suppression (Lavy & van der Hout, 1990; Wegner, Schneider, Carter, & White, 1987). L'évitement de l'inquiétude et de l'anxiété associée pourrait également favoriser son maintien en interférant avec le processus normal d'habituation. Certaines études démontrent que l'évitement cognitif est associé à la tendance à s'inquiéter (Gosselin et al., 2002) alors qu'il n'est pas relié aux symptômes du TPA mesurés par questionnaire (Dugas et al., 2005). Bien que le niveau d'évitement cognitif ne soit pas différent chez les gens souffrant d'un TAG et chez ceux qui répondent aux critères diagnostiques d'un autre trouble anxieux, l'évitement cognitif est plus élevé chez les personnes manifestant un TAG par rapport à un groupe non clinique de participants (Dugas et al., 1998, 2005; Ladouceur et al., 1999).

Bien que les quatre composantes du modèle cognitif soient associées à la tendance à s'inquiéter, une étude effectuée auprès d'adultes répondant aux critères du TAG démontre que l'intolérance à l'incertitude et l'orientation négative aux problèmes sont des variables plus importantes pour prédire la sévérité diagnostique (Dugas, Savard et al., 2007). D'autres études appuient en partie ces résultats en démontrant que c'est l'intolérance à l'incertitude qui permet le mieux de distinguer les adultes souffrant d'un

TAG d'un groupe contrôle (Dugas et al., 1998) et que l'intolérance à l'incertitude (Lachance et al., 1999; Ouellet, Provencher, Langlois, & Gosselin, 2014) et l'orientation négative aux problèmes (Ouellet, Provencher et al., 2014) sont les variables du modèle qui permettent de prédire le plus de variance de la tendance à s'inquiéter. Les auteurs suggèrent également que les quatre composantes du modèle sont inter-reliées et qu'elles exercent probablement une influence l'une sur l'autre (Dugas & Robichaud, 2007). Par exemple, un certain degré d'incertitude étant inhérent à la plupart des problèmes rencontrés dans la vie quotidienne, le processus de résolution de problèmes pourrait devenir menaçant pour l'individu intolérant à l'incertitude, ce qui se traduirait par une orientation négative face aux problèmes, laquelle pourrait à son tour influencer les inquiétudes. Les résultats d'une étude visant à vérifier les relations entre les variables du modèle cognitif chez des adultes souffrant d'un TAG vont dans ce sens (Gosselin & Magnan, 2010). L'analyse des effets de médiation révèle en effet que l'intolérance à l'incertitude est associée directement aux inquiétudes mais qu'elle y est également indirectement reliée par l'intermédiaire des croyances erronées face à l'inquiétude, de l'orientation négative aux problèmes et de l'évitement cognitif. Des études longitudinales ultérieures permettraient une compréhension plus approfondie de la façon dont les vulnérabilités cognitives interagissent entre elles à travers le temps pour influencer l'apparition et le maintien des inquiétudes excessives.

Les travaux théoriques et empiriques effectués appuyant la validité du modèle ont entraîné l'élaboration d'une thérapie cognitivo-comportementale (TCC) issue de ce

dernier. Les études d'efficacité effectuées démontrent que la thérapie est plus efficace que l'absence d'intervention en termes de rémission diagnostique, de sévérité diagnostique, de réduction des symptômes du TAG et des symptômes dépressifs, (Dugas et al., 2003; Ladouceur, Dugas et al., 2000) avec un maintien des gains thérapeutiques jusqu'à deux ans après la fin de la thérapie (Dugas et al., 2003). L'efficacité de la TCC est également supérieure à un traitement psychologique non spécifique basé sur l'écoute (écoute active, reflet, communication d'empathie et de soutien) (Gosselin, Ladouceur, Morin, Dugas, & Baillargeon, 2003). La thérapie semble également avoir des impacts positifs sur d'autres psychopathologies puisqu'elle entraîne aussi une réduction significative du nombre de troubles concomitants chez les participants (Ladouceur, Dugas et al., 2000). En comparant les tailles d'effet obtenues dans différentes études, les résultats d'une méta-analyse récente révèlent que la TCC issue du modèle cognitif basé sur l'intolérance à l'incertitude est celle qui présente les tailles d'effet les plus élevées (Covin, Ouimet, Seeds, & Dozois, 2008). Lors d'une étude expérimentale effectuée auprès de 65 patients souffrant d'un TAG primaire, la TCC et l'entraînement à la relaxation musculaire se sont avérés supérieurs à l'absence d'intervention. Bien que les deux interventions soient semblables sur la plupart des indicateurs, la TCC entraîne une plus grande amélioration clinique globale. De plus, la TCC est supérieure à l'absence d'intervention sur davantage de symptômes comparativement à l'entraînement à la relaxation et les résultats suggèrent que seuls les patients ayant reçu la TCC continuent de s'améliorer entre la fin du traitement et l'évaluation effectuée deux ans plus tard (Dugas et al., 2010).

La forte prévalence du TAG et de l'inquiétude excessive dès l'enfance ainsi que les conséquences néfastes à court, moyen et long terme qui en découlent démontrent l'importance d'améliorer la compréhension du trouble chez les enfants afin de pouvoir éventuellement optimiser son traitement. Les nombreux appuis empiriques des modèles théoriques adultes et l'efficacité des thérapies qui en découlent constituent un excellent point de départ. C'est dans ce contexte que des études visant à vérifier l'applicabilité des modèles adultes ont récemment émergé.

#### **Applicabilité des modèles conceptuels adultes à l'enfance**

Actuellement, les modèles explicatifs de l'inquiétude excessive et du TAG à l'enfance sont donc empruntés aux conceptualisations du phénomène élaborées auprès des adultes. Le modèle cognitif de Dugas et ses collègues (1998) et le modèle métacognitif de Wells (1995, 1999) sont ceux qui ont fait l'objet du plus grand nombre d'études empiriques auprès des enfants et des adolescents. Bien que ces modèles diffèrent sur certains aspects, ils sont également constitués de certaines composantes similaires, telles que les croyances positives par rapport à l'inquiétude et l'utilisation de stratégies d'évitement. De plus, les deux modèles concernent spécifiquement les facteurs cognitifs pouvant être impliqués dans le développement et le maintien du trouble, en cohérence avec la conceptualisation actuelle du TAG, qui met en lumière le rôle central du phénomène cognitif qu'est l'inquiétude excessive. Des études empiriques appuient la pertinence des deux modèles auprès des adultes, mais parmi tous les modèles élaborés, celui de Dugas et de ses collaborateurs (1998) est celui qui bénéficie probablement des



appuis empiriques les plus solides et les plus nombreux (Dugas & Robichaud, 2007). L'efficacité du protocole de traitement qui en découle auprès d'adultes souffrant d'un TAG témoigne également de la pertinence de ce modèle pour comprendre le trouble (Covin et al., 2008). De plus, chez les adultes, le modèle de l'intolérance à l'incertitude semble présenter un léger avantage sur le modèle de régulation émotionnelle dysfonctionnelle pour prédire la tendance à s'inquiéter (Ouellet, Provencher et al., 2014). Des analyses confirmatoires ont également démontré que le modèle d'intolérance à l'incertitude permet d'expliquer la tendance à s'inquiéter et que même si l'intégration de certaines variables associées à la régulation émotionnelle dysfonctionnelle au modèle soit pertinente, l'ajout de ces variables diminue son pouvoir explicatif global (Ouellet, Langlois, Provencher, & Gosselin, 2014). Les études visant à vérifier l'applicabilité du modèle de Dugas et ses collègues (1998) et de Wells (1995, 1999) s'avèrent donc être centrales à la compréhension du trouble à l'enfance.

### **Intolérance à l'incertitude**

Afin d'explorer l'utilité d'une échelle d'intolérance à l'incertitude auprès des jeunes, des auteurs ont comparé des enfants âgés de 7 à 17 ans manifestant un trouble anxieux ( $n = 73$ ) et des jeunes ne présentant pas de psychopathologie ( $n = 124$ ). Les résultats ont confirmé que les enfants qui souffrent d'un trouble anxieux sont significativement plus intolérants à l'incertitude que ceux qui constituent le groupe contrôle et qu'il y a une relation positive entre l'intolérance à l'incertitude et l'inquiétude (Comer et al., 2009).

D'autres auteurs se sont intéressés à la spécificité du lien entre l'intolérance à l'incertitude et le TAG chez des jeunes de 7 à 17 ans (Read, Comer, & Kendall, 2013). Trois groupes d'enfants ont été comparés : ceux qui manifestent un TAG primaire, ceux qui répondent aux critères d'un autre trouble anxieux primaire et ceux qui ne présentent aucun trouble anxieux. Les résultats appuient l'hypothèse de spécificité et révèlent qu'un score élevé à l'échelle d'intolérance à l'incertitude est spécifiquement associé à la présence d'un TAG primaire. Les auteurs ont aussi observé que l'intolérance à l'incertitude contribue significativement à prédire la sévérité diagnostique mais ce, peu importe le trouble anxieux primaire présenté par les enfants (Read et al., 2013). Il est fort probable que l'intolérance à l'incertitude joue un rôle plus central dans le TAG mais qu'elle soit également impliquée dans le développement et le maintien des autres troubles anxieux, comme le suggèrent les travaux réalisés auprès des adultes.

Les résultats d'une autre étude effectuée auprès d'adolescents de la population normative viennent corroborer en partie ceux obtenus auprès de populations adultes en suggérant que l'intolérance à l'incertitude anticipatoire serait plus spécifiquement reliée à l'inquiétude (Boelen, Vrinssen, & van Tulder, 2010). De façon générale, les résultats démontrent que la tendance à s'inquiéter et l'anxiété sociale (et non la dépression) apportent une contribution indépendante à la prédiction de l'intolérance à l'incertitude, lorsque l'on contrôle pour l'effet de la variance partagée entre les symptômes. Toutefois, des analyses plus précises démontrent que seule l'inquiétude apporte une contribution unique à la prédiction de l'intolérance à l'incertitude anticipatoire alors que l'inquiétude,

l'anxiété sociale et la dépression contribuent toutes à la prédiction de l'intolérance à l'incertitude inhibitrice (Boelen et al., 2010).

Cependant, les études précédentes sont toutes limitées par leur caractère transversal, qui empêche de tirer des conclusions quant à une quelconque relation causale entre les variables. Une étude longitudinale récente effectuée auprès d'adolescents, sur une période de cinq ans, pallie à cette limite en explorant le lien entre l'intolérance à l'incertitude, la peur de l'anxiété (peur de développer des symptômes physiques associés à l'anxiété, que l'anxiété devienne hors de contrôle) et l'inquiétude (Dugas, Laugesen, & Bukowski, 2012). Les résultats font état d'une relation bidirectionnelle entre l'intolérance à l'incertitude et l'inquiétude à travers le temps. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que les adolescents intolérants à l'incertitude seraient plus enclins à considérer les possibilités négatives pouvant survenir dans une situation incertaine ou ambiguë. L'inquiétude et les comportements d'évitement (p.ex., vérification, recherche de réassurance) seraient alors utilisés face à cette incertitude dans le but de se protéger de conséquences potentiellement négatives. À force d'utiliser diverses stratégies pour éviter l'incertitude, l'individu en viendrait à renforcer l'idée que l'incertitude est intolérable (Dugas et al., 2012). Un autre constat important émanant des résultats de l'étude concerne le fait que la peur de l'anxiété serait davantage une conséquence qu'une cause de l'inquiétude. Il est possible qu'à force de vivre les conséquences émotionnelles aversives de l'inquiétude, l'individu en vienne à redouter les réactions somatiques aversives.

Globalement, les études effectuées jusqu'à maintenant répliquent les résultats obtenus auprès des populations adultes en démontrant d'abord que l'intolérance à l'incertitude est associée à la tendance à s'inquiéter et à la présence d'un trouble anxieux. Ensuite, l'intolérance à l'incertitude, ou du moins certains aspects de celle-ci, pourraient être plus spécifiquement associés aux symptômes et au diagnostic du TAG, mais le nombre restreint d'études nécessite la réplication de ces résultats. Les connaissances sont également limitées par le fait que seulement deux études ont inclus des enfants souffrant d'un trouble anxieux dans leur échantillon. D'autres recherches seront nécessaires pour pallier à ces limites.

### **Croyances erronées face à l'inquiétude**

Les aptitudes métacognitives des enfants étant moins bien développées qu'à l'âge adulte (Flavell, 2000), il est plausible que les croyances par rapport aux inquiétudes n'aient pas la même importance dans le développement et le maintien du processus à l'enfance. Cependant, la plupart des études effectuées auprès d'échantillons majoritairement composés d'adolescents démontrent effectivement que l'attribution d'un pouvoir positif à l'inquiétude est associée à la tendance à s'inquiéter (Esbjorn et al., 2013; Fisak, Mentuccia, & Przeworski, 2014; Gosselin et al., 2007; Wilson et al., 2011) malgré que d'autres études n'ont pas répliqué ce résultat (Bacow, Pincus, Ehrenreich, & Brody, 2009; Esbjorn et al., 2015). Dans certains cas, les résultats obtenus révèlent une association entre l'inquiétude et les croyances négatives par rapport au phénomène (p.ex., penser que l'inquiétude est incontrôlable, qu'elle peut rendre fou ou être

dangereuse) (Bacow et al., 2009; Esbjorn et al., 2013, 2015; Fisak et al., 2014; Wilson et al., 2011). Au cours de leur étude, Bacow et ses collègues (2009) ont aussi comparé un échantillon clinique de jeunes de 7 à 17 ans manifestant un trouble anxieux ( $n = 78$ ) à un groupe non clinique de participants ( $n = 20$ ) et n'ont observé aucune différence entre les groupes quant aux croyances rapportées, qu'elles soient positives ou négatives. Avec le même échantillon de participants, les auteurs ont ensuite vérifié s'il existait des différences entre les croyances relatives à l'inquiétude exprimées par les jeunes qui n'avaient pas de trouble anxieux, par ceux qui souffraient d'un TAG, d'un TOC, d'un TSA ou d'un trouble d'anxiété de séparation (Bacow, May, Brody, & Pincus, 2010). Les résultats démontrent qu'aucun des groupes ne se distinguait sur la base des croyances positives ou négatives entretenues face à l'inquiétude. Par contre, la taille de l'échantillon normatif limite la généralisation des résultats à cette population. De plus, 40 % des participants de l'échantillon non clinique rapportaient des symptômes sous-cliniques d'anxiété, ce qui a pu obscurcir des différences potentielles entre les groupes (Bacow et al., 2010). D'autres auteurs ont d'ailleurs observé que des adolescents présentant un TAG et des jeunes manifestant un trouble anxieux autre que le TAG rapportaient davantage de croyances positives et négatives relatives à l'inquiétude qu'un groupe non clinique d'adolescents (Ellis & Hudson, 2011). Il n'y avait toutefois pas de différence significative entre les deux groupes cliniques d'adolescents (Ellis & Hudson, 2011).

Malgré que les études de Bacow et ses collègues (2009) et d'Esbjorn et ses collaborateurs (2013, 2015) incluait des enfants de moins de 12 ans dans leur échantillon, la plupart des résultats rapportés dans ces études ont été recueillis auprès d'adolescents. Wilson et Hugues (2011) ont restreint leur échantillon à des enfants de 6 à 10 ans ( $n = 57$ ) qu'ils ont questionnés sur leurs croyances par rapport aux inquiétudes. Les résultats révèlent que le niveau d'inquiétude est le même, peu importe les croyances positives ou négatives par rapport à l'inquiétude rapportées par les enfants. Toutefois, l'interprétation des résultats est limitée par la mesure utilisée pour évaluer les croyances, qui consistait à demander aux enfants de nommer des raisons pour lesquelles l'inquiétude peut être aidante ou nuisible. Smith et Hudson (2013) ont pallié à cette limite en administrant un questionnaire mesurant les croyances face à l'inquiétude à des enfants âgés de 7 à 12 ans souffrant d'un trouble anxieux (le TAG dans 65,3 % des cas) et à des enfants issus de la population normative. Les résultats vont dans le même sens que ceux obtenus par (Ellis & Hudson, 2011) en démontrant que les enfants présentant un trouble anxieux présentent davantage de croyances positives et négatives par rapport à l'inquiétude que les enfants d'un groupe contrôle. En poussant plus loin leur investigation, les auteurs ont comparé trois groupes d'enfants : ceux présentant un TAG, ceux souffrant d'un trouble anxieux sans TAG et d'autres enfants de la communauté. Au niveau des croyances positives face à l'inquiétude, les enfants qui répondent aux critères du TAG en rapportent davantage que les enfants d'un groupe contrôle mais il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes cliniques. Au niveau des croyances négatives, les enfants manifestant un TAG et ceux qui ont un autre trouble anxieux, en

rapportent davantage que les enfants du groupe contrôle. Quant aux deux groupes cliniques, les résultats révèlent qu'ils se distinguent au niveau des croyances négatives rapportées, celles-ci étant significativement plus élevées chez les enfants qui ont un TAG (Esbjorn et al., 2015). Il se peut que les jeunes qui souffrent d'un niveau pathologique d'inquiétudes soient plus enclins à en constater les conséquences négatives.

Bref, les appuis empiriques disponibles auprès des enfants ne permettent pas actuellement de conclure que les croyances positives jouent un rôle dans le développement et le maintien du TAG, surtout auprès des enfants d'âge scolaire, vu le nombre restreint d'études sur le sujet et le fait que les résultats soient contradictoires.

### **Orientation négative aux problèmes**

L'orientation négative aux problèmes pourrait amener l'enfant à s'inquiéter du problème auquel il doit faire face, tout en l'empêchant d'utiliser ses habiletés de résolution de problèmes. Le problème n'étant pas réglé, l'inquiétude par rapport à ses conséquences potentielles pourrait être ainsi maintenue. Une première étude a vérifié le lien entre les habiletés de résolution de problèmes des enfants, leur confiance à mettre en application des solutions et le niveau d'inquiétude. Afin de mesurer les habiletés de résolution de problèmes, des vignettes représentant des situations problématiques hypothétiques étaient présentées aux enfants (Suarez & Bell, 2006). Les habiletés de résolution de problèmes étaient mesurées par l'entremise du nombre de solutions

générees par les enfants et par la qualité des solutions proposées. Les enfants devaient ensuite indiquer à quel point ils se croyaient capables d'appliquer la solution qu'ils proposaient. À l'instar des études conduites auprès des populations adultes, les résultats démontrent que pour les enfants, un niveau élevé d'inquiétude prédit une faible confiance des enfants en leur capacité de résolution de problèmes alors que le niveau d'inquiétude ne prédit pas significativement le nombre ou la qualité des solutions émises par les participants (Suarez & Bell, 2006). D'autres auteurs ont tenté de répliquer ces résultats auprès d'échantillons normatifs d'enfants d'âge scolaire (Parkinson & Creswell, 2011; Wilson & Hugues, 2011). Des vignettes hypothétiques ont été utilisées pour évaluer la capacité de l'enfant à élaborer des solutions. Les résultats obtenus corroborent les précédents et révèlent qu'un niveau élevé d'inquiétudes n'est pas associé aux habiletés de résolution de problèmes, mais plutôt à une faible confiance en sa capacité de résolution de problèmes (Parkinson & Creswell, 2011; Wilson & Hughes, 2011). Les auteurs ont adapté un questionnaire utilisé auprès des adultes afin d'obtenir une mesure plus exhaustive de la confiance de l'enfant en sa capacité à résoudre des problèmes. Toutefois, les propriétés psychométriques de l'instrument auprès des enfants demeurent inconnues.

Bref, toutes les études effectuées jusqu'à maintenant auprès des enfants répliquent les résultats obtenus auprès des adultes en démontrant que c'est l'orientation négative de l'individu face aux problèmes et non ses habiletés de résolution de problèmes qui est associée à la tendance à s'inquiéter. Toutefois, les auteurs ont centré leurs recherches sur



certains aspects de l'orientation négative aux problèmes (confiance en sa capacité de résolution de problème et sentiment de contrôle personnel sur celui-ci) alors que le construit utilisé par Dugas et ses collègues (1998) inclut également la perception des problèmes comme une menace au bien-être et l'attitude pessimiste face à la résolution de problèmes. Ces aspects de l'orientation négative aux problèmes gagneraient à être investigués dans les recherches futures.

### **Évitement cognitif**

Comme les adultes, les jeunes utiliseraient également l'évitement cognitif pour chasser les pensées indésirables. En effet, une étude menée auprès de 777 adolescents fréquentant des écoles secondaires québécoises appuie les résultats obtenus auprès des adultes en démontrant que les participants qui manifestent un niveau élevé d'inquiétudes ont davantage recours aux stratégies d'évitement cognitif suivantes : substitution de pensées, distraction, suppression des pensées indésirables, transformation des images mentales en pensées verbales et évitement des stimuli qui déclenchent les inquiétudes. Les résultats obtenus suggèrent également que la substitution de la pensée indésirable et l'évitement des stimuli qui la déclenchent seraient plus fortement associés à la tendance à s'inquiéter (Gosselin et al., 2007). De plus, on estime que plus de 80 % des enfants et des adolescents manifestant un TAG ont tendance à adopter des comportements de réassurance excessifs ou de recherche de réconfort pour diminuer leur anxiété (Masi et al., 1999). D'autres études seront nécessaires pour répliquer ces résultats auprès des enfants âgés de moins de 12 ans.

### **Cohérence des modèles théoriques à l'enfance**

Jusqu'à maintenant, la majorité des études mises en œuvre auprès des jeunes ont exploré le lien entre chacune des composantes du modèle et l'inquiétude. Cette première étape est fort pertinente, mais l'exploration du lien entre plusieurs composantes du modèle et l'inquiétude de manière simultanée permet d'approfondir la conceptualisation du TAG à l'enfance en tenant compte des relations potentielles entre les composantes. Le peu de travaux empiriques ayant porté sur cette exploration est alors incontournable dans l'étude du phénomène.

Un groupe de chercheurs a vérifié l'applicabilité du modèle cognitif basé sur l'intolérance à l'incertitude dans son ensemble. Laugesen et ses collègues (2003) ont été parmi les premiers à le faire auprès de 528 adolescents québécois issus de la population normative (Laugesen, Dugas, & Bukowski, 2003). Les résultats des analyses de régression multiples démontrent que l'intolérance à l'incertitude, l'orientation négative aux problèmes et les croyances positives apportent une contribution unique à prédire la tendance à s'inquiéter des participants. L'intolérance à l'incertitude est également la variable la plus importante pour distinguer les adolescents qui manifestent un niveau modéré ou élevé d'inquiétude. Cependant, contrairement aux autres variables, les croyances positives et l'évitement cognitif ne permettent pas de distinguer les adolescents selon le niveau d'inquiétude qu'ils rapportent. Les conclusions sont toutefois limitées par le fait que la suppression de la pensée est le seul aspect de l'évitement cognitif qui a été évalué. Il se peut, tel que le suggèrent les résultats issus de l'étude de

Gosselin et ses collaborateurs (2007) que d'autres stratégies d'évitement cognitif soient davantage utilisées par les adolescents pour chasser leurs pensées.

D'autres auteurs se sont appuyés sur des éléments du modèle théorique basé sur l'intolérance à l'incertitude (Dugas et al., 1998) et du modèle métacognitif (Wells, 1995, 1999) pour vérifier l'association entre l'inquiétude, l'intolérance à l'incertitude, les croyances positives et négatives à propos de l'inquiétude et l'orientation négative aux problèmes auprès de 80 enfants âgés de 8 à 12 ans recrutés dans la communauté (Kertz & Woodruff-Borden, 2013). Les analyses de régression multiples démontrent que bien que la combinaison des variables prédit la tendance à s'inquiéter, seules les croyances négatives à propos de l'inquiétude apportent une contribution unique à la prédiction. Cependant, c'est l'intolérance à l'incertitude et les croyances positives à propos de l'inquiétude qui permettent de distinguer les enfants qui manifestent un niveau clinique ou non clinique d'inquiétudes. Ces divergences dans les résultats peuvent en partie s'expliquer par le fait que le questionnaire utilisé pour mesurer l'inquiétude n'est pas le même dans les deux types d'analyse. Le questionnaire sur les inquiétudes *Penn State* a été utilisé pour obtenir une mesure continue de l'inquiétude dans les analyses de régression alors que la constitution des groupes d'enfants selon leur niveau clinique ou non clinique d'inquiétudes a été effectuée en utilisant les normes établies avec l'échelle d'inquiétude/sensibilité du *Revised Child's Manifest Anxiety Scale* (RCMAS; Reynolds & Richmond, 1978). Il se peut également que l'intolérance à l'incertitude et les croyances positives à propos de l'inquiétude caractérisent davantage l'inquiétude

pathologique. Les résultats concernant le rôle de l'orientation négative aux problèmes doivent toutefois être interprétés avec prudence puisque le questionnaire utilisé est une adaptation d'une version adulte qui n'a pas été validée auprès des enfants (Kertz & Woodruff-Borden, 2013).

Enfin, des chercheurs ont vérifié l'association entre l'inquiétude, l'intolérance à l'incertitude, les croyances positives et l'évitement cognitif auprès de 515 jeunes âgés de 7 à 19 ans et ont trouvé des résultats différents pour les adolescents et pour les enfants (Fialko, Bolton, & Perrin, 2012). Chez les adolescents, l'intolérance à l'incertitude, l'évitement cognitif et les croyances positives contribuent tous à prédire la tendance à s'inquiéter. Les résultats suggèrent qu'il existe un lien entre les composantes du modèle, l'intolérance à l'incertitude expliquant une partie de la variance des croyances positives (27 %) et de celle de l'évitement cognitif (26 %). Chez les enfants, les croyances positives à propos de l'inquiétude ne contribuent pas de façon indépendante à la prédiction des scores d'inquiétude lorsque l'on tient compte de l'effet de l'intolérance à l'incertitude et de l'évitement cognitif. Les résultats démontrent également que l'intolérance à l'incertitude explique 24 % de la variance de l'évitement cognitif. Il se peut que même si les croyances positives à propos de l'inquiétude sont présentes dès l'âge de 7 ans, leur influence sur la tendance à s'inquiéter s'exerce plus tard dans le développement. Enfin, les résultats viennent corroborer ceux de Laugesen et ses collègues (2003) en démontrant que pour l'ensemble de l'échantillon, l'intolérance à l'incertitude est le facteur cognitif explicatif le plus important de la tendance à

s'inquiéter (Fialko et al., 2012). Malheureusement, les auteurs n'ont pas inclus de mesure de l'orientation négative aux problèmes dans leur protocole.

Bref, très peu d'études ont vérifié l'applicabilité du modèle chez les enfants âgés de moins de 12 ans et seulement deux d'entre elles ont exploré le lien entre plusieurs composantes du modèle cognitif et la tendance à s'inquiéter de façon simultanée auprès de cette population. Ce type d'études est pourtant nécessaire afin d'identifier la contribution unique de chacune des composantes du modèle dans l'explication de l'inquiétude excessive et d'orienter le traitement de la problématique en conséquence. Ensuite, les résultats obtenus jusqu'à maintenant concernant la cohérence du modèle devront être répliqués auprès d'enfants présentant une psychopathologie. La conduite de recherches auprès des enfants souffrant d'un trouble anxieux permettra également d'investiguer l'hypothèse de la spécificité de l'ensemble du modèle au TAG, ce qui entrainerait des retombées cliniques importantes en permettant de déceler des cibles de traitement plus précises.

### **Traitement des troubles anxieux et du TAG à l'enfance**

Les résultats de récentes revues et méta-analyses démontrent l'efficacité de la TCC pour le traitement de l'anxiété à l'enfance (Cartwright-Hatton, Roberts, Chitsabesan, Forthergill, & Harrington, 2004; In-Albon & Schneider, 2006; Ishikawa, Okajima, Matsuoka, & Sakano, 2007; Reynolds, Wilson, Austin, & Hooper, 2012; Silverman, Pina, & Viswesvaran, 2008). En effet, cette thérapie entraîne des gains thérapeutiques

supérieurs à l'absence de traitement et à des interventions psychologiques non spécifiques (Reynolds et al., 2012). Les résultats de certaines études révèlent également que les effets thérapeutiques se maintiennent environ un an après la fin du traitement (Barrett, 1998; Barrett, Dadds, & Rapee, 1996; Kendall, 1994; Kendall et al., 1997; Silverman et al., 1999; Spence, Holmes, March, & Lipp, 2006), une étude allant jusqu'à appuyer un maintien des gains thérapeutiques 13 ans plus tard (Saavedra, Silverman, Morgan-Lopez, & Kurtines, 2010). Toutefois, il semble qu'il y ait encore place à l'amélioration. En effet, les tailles d'effet obtenues suite à la psychothérapie (la TCC dans la grande majorité des cas) sont généralement modérées et elles demeurent petites lorsque comparées à une intervention psychologique non spécifique (Reynolds et al., 2012). De plus, une proportion substantielle d'enfants (entre 30 et 45 %) continuent de souffrir d'un trouble anxieux après la thérapie (Cartwright-Hatton et al., 2004). Ce résultat s'avère inquiétant si l'on considère que les enfants qui ne répondent pas favorablement à la TCC (en termes de rémission du trouble anxieux primaire) ont plus de risques de manifester un trouble panique, une dépendance à l'alcool ou de l'abus de drogues 16 ans après la fin de la thérapie, comparativement aux enfants qui répondent bien au traitement (Benjamin, Harrison, Settapani, Brodman, & Kendall, 2013). Il se peut que le fait que les programmes offerts aux enfants utilisent une approche globale de l'anxiété et ne ciblent pas spécifiquement les processus impliqués dans le développement et le maintien de chacun des troubles anxieux nuise à l'efficacité des traitements. À cet effet, les résultats de certaines études transdiagnostiques effectuées auprès d'enfants et d'adolescents suggèrent que la présence d'un diagnostic de trouble

d'anxiété sociale est associée à une moins bonne réponse à une TCC générale ciblant les troubles anxieux (Compton et al., 2014; Ginsburg et al., 2011; Hudson et al., 2015). Cependant, ces recherches ont été réalisées dans des milieux universitaires et les résultats obtenus ne sont pas nécessairement généralisables à des participants recrutés dans des cliniques de santé mentale, qui présentent souvent des symptômes plus sévères, davantage de troubles concomitants et une plus grande altération du fonctionnement (Southam-Gerow, Chorpita, Miller, & Gleacher, 2008; Southam-Gerow, Weisz, & Kendall, 2003; Villabø, Cummings, Gere, Torgesen, & Kendall, 2013). À cet effet, des résultats différents ont été obtenus lors d'une étude effectuée auprès d'enfants et d'adolescents recrutés dans des cliniques publiques de santé mentale, démontrant que la présence d'un diagnostic primaire de trouble d'anxiété sociale ou d'un trouble d'anxiété de séparation était associée à une moins bonne réponse à la TCC (Wergeland et al., 2016). Quoiqu'il en soit, ces résultats suggèrent que le développement de traitements spécifiques à chacun des troubles anxieux est une voie prometteuse à l'amélioration des traitements offerts. Les résultats de la méta-analyse de Reynolds et ses collègues (2012) suggèrent d'ailleurs que les thérapies spécifiques au trouble anxieux présenté par les enfants entraîneraient des tailles d'effet plus grandes que les thérapies plus générales. Toutefois, les auteurs appellent à la prudence dans l'interprétation de ce résultat puisqu'aucune étude de la méta-analyse n'incluait de programme ciblant spécifiquement le TAG ou le trouble d'anxiété de séparation alors que des programmes généraux étaient rarement utilisés pour cibler les symptômes anxieux des enfants présentant un état de stress post-traumatique ou un TOC. Il est donc difficile de savoir si la supériorité des

thérapies spécifiques est attribuable à la spécificité des traitements ou au trouble qui était ciblé par l'intervention (Reynolds et al., 2012). D'autres études seront nécessaires pour vérifier si les traitements ciblant les processus impliqués dans le TAG permettent d'améliorer l'efficacité.

C'est dans cette optique que des auteurs (Eisen & Silverman, 1998) ont vérifié l'efficacité d'une thérapie ciblant les symptômes cognitifs (éducation sur le trouble anxieux, restructuration cognitive et exposition graduée) et d'une thérapie ciblant les symptômes somatiques (éducation sur le trouble anxieux, relaxation musculaire et exposition graduée) auprès de quatre enfants âgés de 8 à 12 ans manifestant un TAG primaire. Deux des participants recevaient 10 séances d'intervention dite prescriptive (la relaxation musculaire pour l'enfant qui présente des symptômes à prédominance somatiques et la thérapie cognitive pour l'enfant qui présente des symptômes à prédominance cognitifs). Les deux autres participants recevaient cinq séances d'intervention non prescriptive (l'intervention n'était pas reliée au type de symptômes prédominants chez l'enfant) suivies de cinq séances d'intervention prescriptive. Les résultats démontrent que les deux types de traitement ont entraîné une réduction des symptômes d'anxiété rapportés par les enfants et par les parents. Cependant, seule l'intervention prescriptive entraîne un changement permettant aux enfants d'atteindre un changement global positif (Eisen & Silverman, 1998).



D'autres chercheurs se sont basés sur les recherches qui confirment le lien entre l'intolérance à l'incertitude et l'inquiétude et le TAG chez les enfants et sur celles qui font état des difficultés de sommeil importantes chez les jeunes qui souffrent du trouble pour concevoir un programme de traitement de 14 séances s'adressant aux enfants souffrant d'un TAG (Clementi & Alfano, 2014). La TCC comportait 2 séances ciblant l'hygiène de sommeil de l'enfant alors que les autres rencontres étaient consacrées à l'éducation sur l'anxiété, à l'exposition à l'incertitude et aux exercices de relaxation. L'efficacité de la thérapie a été vérifiée auprès de 4 enfants âgés de 7 à 12 ans. Suite au traitement, la moitié des enfants ne répondaient plus aux critères du TAG et présentaient une diminution significative de la tendance à s'inquiéter alors qu'au suivi 3 mois, aucun enfant ne répondait aux critères du TAG et une réduction significative de la tendance à s'inquiéter était observée pour tous les enfants. Les résultats aux questionnaires auto-rapportés révèlent que la plupart des enfants s'améliorent sur les symptômes d'anxiété au suivi 3 mois alors que ce résultat est répliqué pour un seul enfant lorsque la source d'information est le parent (Clementi & Alfano, 2014). Cependant, les analyses de séries chronologiques effectuées sur la base d'auto-observations hebdomadaires effectuées par les enfants de leurs symptômes anxieux ne permettent pas de conclure que les changements observés sont attribuables à l'application du traitement. Tel que souligné par les auteurs, une étude expérimentale sera nécessaire pour confirmer l'efficacité de la thérapie. Une autre limite de l'étude concerne le fait que l'intolérance à l'incertitude était le seul processus cognitif du modèle de Dugas et ses collègues (1998) ciblé par le programme. De plus, la stratégie de Clementi et Alfano (2014) qui consiste à cibler

directement les difficultés associées au TAG par le programme n'est peut-être pas optimale. En effet, il se peut que le fait de cibler les processus sous-jacents au trouble soit suffisant pour entraîner des effets bénéfiques sur d'autres problèmes secondaires à l'inquiétude excessive. Par exemple, les résultats de certaines études suggèrent que la TCC pour les troubles anxieux chez les enfants peut également avoir des effets bénéfiques sur d'autres troubles ou difficultés associés (Barrett, 1998; Kendall, 1994; Silverman et al., 1999). Il est possible que le fait de cibler directement les problèmes associés ne soit pas nécessaire pour entraîner des gains thérapeutiques sur ceux-ci.

D'autres auteurs (Léger, Ladouceur, Dugas, & Freeston, 2003; Payne, Bolton, & Perrin, 2011) ont utilisé des protocoles à cas uniques pour vérifier l'efficacité de la TCC issue du modèle cognitif de Dugas et collaborateurs (1998). L'efficacité de la thérapie a d'abord été vérifiée auprès de 7 adolescents âgés de 16 à 18 ans (Léger et al., 2003). Les jeunes ont complété en moyenne 13,2 séances, qui ciblaient l'intolérance à l'incertitude, les croyances erronées à propos de l'inquiétude, l'orientation négative aux problèmes et l'évitement cognitif. Trois participants ont présenté une grande diminution des symptômes du TAG suite à la thérapie, qui s'est maintenue douze mois plus tard. Chez deux participants, une diminution modérée des symptômes a été observée avec un maintien partiel des gains thérapeutiques et pour l'un des participants, aucun changement n'est survenu dans les symptômes. Les auteurs concluent que la thérapie peut être appliquée auprès des adolescents, mais que l'aspect didactique du programme a

pu limiter son efficacité. Selon eux, une adaptation du traitement à l'âge et au niveau de maturité des jeunes pourrait potentiellement en améliorer l'efficacité.

Payne et ses collègues (2011) ont suivi cette recommandation en réduisant les aspects plus didactiques du programme au profit d'exercices expérimentiels. Globalement, les composantes du traitement étaient les mêmes que celles utilisées auprès des adultes et des adolescents (prise de conscience des inquiétudes, exposition à l'incertitude, modification des croyances dysfonctionnelles à propos de l'inquiétude, entraînement à la résolution de problèmes, exposition cognitive et prévention de la rechute), mais les expériences comportementales étaient mises de l'avant comme moyen de modifier les croyances erronées et réduire l'utilisation des stratégies d'évitement. L'efficacité de la thérapie a été vérifiée auprès de 16 jeunes âgés 7 à 17 ans. Pour 81 % des participants, le TAG était absent suite à la thérapie et pour 87,5 % d'entre eux, une diminution significative de la tendance à s'inquiéter a été observée. Ces résultats sont prometteurs, mais il est impossible de savoir si les gains thérapeutiques se maintiennent à plus long terme puisque les symptômes des participants ont seulement été évalués avant et après la thérapie. De plus, le thérapeute était également chargé de l'évaluation diagnostique des enfants suite au traitement, ce qui a pu biaiser les résultats obtenus. Enfin, les parents participaient à l'évaluation diagnostique, mais ils ne remplissaient aucun questionnaire pour évaluer les symptômes chez leur enfant. La perception de l'enfant et du parent des symptômes d'anxiété du jeune peuvent différer et l'utilisation des deux sources

d'information permet d'avoir un portrait plus complet des symptômes anxieux de l'enfant (Comer & Kendall, 2004; Kendall et al., 2010).

Les résultats des deux études de traitement (Léger et al., 2003; Payne et al., 2011) sont également limités par le fait qu'un seul thérapeute administrait le traitement à tous les participants. Il n'est donc pas possible de déterminer si les effets obtenus sont attribuables au traitement ou aux compétences de ce thérapeute. De plus, les protocoles de traitement utilisés ne semblent pas avoir été standardisés et les participants pouvaient recevoir un nombre différent de séances. Mais surtout, les protocoles utilisés ne permettent pas d'exclure la possibilité que des facteurs extérieurs au traitement soient responsables des changements observés chez les participants.

D'autres chercheurs (Holmes, Donovan, Farrell, & March, 2014) ont effectué une étude expérimentale pour tester l'efficacité d'une TCC basée sur le même modèle cognitif auprès de 42 enfants âgés de 7 à 12 ans souffrant d'un TAG. Les symptômes des enfants ont été mesurés de diverses façons et auprès de plusieurs informateurs (enfants, parents, clinicien). Le manuel de traitement utilisé comportait 10 séances qui ciblaient l'intolérance à l'incertitude, les croyances erronées, l'orientation négative aux problèmes et l'évitement cognitif, mais également des difficultés associées au TAG telles que le perfectionnisme, l'hygiène de sommeil et la relaxation. Les parents participaient en parallèle à sept séances traitant des stratégies de gestion des inquiétudes enseignées aux enfants et des pratiques parentales à préconiser. Les résultats de l'étude démontrent que

la TCC est supérieure à l'absence de traitement en termes de rémission et de sévérité du diagnostic du TAG, du nombre de diagnostics, de diminution de la tendance à s'inquiéter, du fonctionnement global et de la qualité de vie des participants. Les résultats suggèrent également que l'amélioration des participants sur ces mesures est encore plus prononcée trois mois après le traitement. Cependant, aucune différence significative n'a été observée entre les groupes au niveau de l'intolérance à l'incertitude, des croyances erronées, de l'orientation négative aux problèmes, de l'évitement cognitif, des symptômes d'anxiété auto-rapportés et perçus par les parents suite au traitement. Une amélioration significative sur la majorité de ces indicateurs a toutefois été observée trois mois après la fin de la thérapie, mais comme la comparaison avec le groupe contrôle n'a pas été effectuée lors de ce suivi, la possibilité que le passage du temps et non la thérapie soit responsable de ce changement ne peut être exclue. Le contenu du programme était ambitieux compte tenu du nombre de séances et il se peut qu'un nombre insuffisant de rencontres ait été consacré aux vulnérabilités cognitives du modèle théorique de l'intolérance à l'incertitude pour provoquer un changement à ce niveau. Il est d'ailleurs probable que le fait de cibler exclusivement les vulnérabilités cognitives du modèle ait été suffisant pour entraîner des bénéfices et que certaines composantes du traitement soient superflues. Par exemple, les études effectuées jusqu'à maintenant ne permettent pas de conclure que l'inclusion des parents dans le traitement en améliore l'efficacité (Silverman et al., 2008). Il serait également pertinent de vérifier si les gains thérapeutiques se maintiennent au-delà de trois mois après la fin de la thérapie. Les résultats issus de cette étude sont fort encourageants, mais ils ne permettent

malheureusement pas de tirer des conclusions quant à l'efficacité de la TCC visant les vulnérabilités cognitives du modèle sous-jacent au TAG puisqu'il demeure possible que ce soit les autres cibles et composantes du traitement (perfectionnisme, hygiène de sommeil, relaxation, pratiques parentales) qui soient responsables des changements observés.

### **Conclusion**

La recension des écrits effectuée démontre qu'à ce jour, l'inquiétude excessive chez les enfants demeure clairement une problématique sous-étudiée. Pourtant, le TAG est parmi les troubles anxieux les plus répandus à l'enfance (Costello et al., 2005) et est une condition chronique (Yonkers et al., 1996) associée à de graves conséquences à court, moyen et long terme (Jarrett et al., 2015; Masi et al., 1999, 2004; Wittchen et al., 1994, 2000). L'altération de la trajectoire de développement des enfants manifestant un TAG passe nécessairement par une meilleure connaissance des processus sous-jacents au trouble, soulignant l'importance de conduire de nouvelles recherches en ce sens. Le fait qu'autour de l'âge de 7 ans, les enfants soient déjà en mesure de s'inquiéter (Muris et al., 2000, 2002) et que le trouble se développe typiquement à l'enfance (Keller et al., 1992; Rapee, 2001) suggère que les modèles explicatifs adultes pourraient s'appliquer aux enfants. Le modèle élaboré par Dugas et ses collaborateurs (1998) s'avère être particulièrement pertinent pour l'adaptation auprès des enfants, puisque que c'est celui qui bénéficie actuellement des appuis empiriques les plus nombreux et que l'efficacité de la thérapie qui en découle, à court et à long terme, a été démontrée au cours de

plusieurs études expérimentales (Dugas & Robichaud, 2007). Dans l'ensemble, le peu d'études qui ont émergé en ce sens suggère que le modèle basé sur l'intolérance à l'incertitude (Dugas et al., 1998) s'applique aux enfants (Comer et al., 2009; Dugas et al., 2012; Ellis & Hudson, 2011; Fialko et al., 2012; Gosselin et al., 2007; Kertz & Woodruff-Borden, 2013; Laugesen et al., 2003; Parkinson & Creswell, 2011; Wilson & Hughes, 2011). Toutefois, la mise en lumière de nombreuses lacunes dans la littérature actuelle souligne l'importance de poursuivre l'investigation. D'abord un nombre restreint d'études ont été menées auprès d'enfants âgés de 8 à 12 ans et celles ayant inclus des enfants souffrant d'un trouble anxieux dans leur échantillon font figure d'exceptions, limitant grandement la généralisation des résultats obtenus jusqu'à maintenant. Certaines composantes du modèle n'ont même jamais été étudiées auprès de populations cliniques d'enfants (orientation négative aux problèmes et évitement cognitif). Contrairement aux recherches effectuées auprès des adultes, les chercheurs s'étant penchés sur la question de la spécificité des éléments du modèle cognitif au TAG sont quasi-inexistantes (Boelen et al., 2010; Read et al., 2013), malgré les implications cliniques évidentes de cet aspect pour le traitement des troubles anxieux. Une autre limite importante des études relevées concerne le fait qu'à ce jour, seulement trois études ont vérifié l'association entre plusieurs composantes du modèle et la tendance à s'inquiéter de manière simultanée et qu'aucune d'entre elles ne concernait des enfants manifestant un trouble anxieux. La contribution unique de chacune des composantes dans l'explication de la tendance à s'inquiéter à l'enfance demeure donc à investiguer. Enfin, au plan méthodologique, plusieurs études sont limitées par l'inclusion de certains

instruments d'évaluation des processus qui n'ont pas été validés auprès des enfants (Kertz & Woodruff-Borden, 2013; Laugesen et al., 2003; Parkinson & Creswell, 2011; Suarez & Bell, 2006; Wilson & Hughes, 2011) ou par le fait que la perception des parents des vulnérabilités cognitives de l'enfant n'a pas été considérée comme source d'évaluation, malgré son importance à cet âge.

Le premier article de la thèse présente donc une étude qui vise à pallier à ces limites. Le premier objectif de cette étude est de vérifier, auprès d'enfants de 8 à 12 ans, le lien entre l'intolérance à l'incertitude, l'orientation négative aux problèmes, l'évitement cognitif et l'inquiétude excessive. L'étude est la première à vérifier l'association entre ces trois vulnérabilités cognitives et la tendance à s'inquiéter simultanément et à inclure des enfants recrutés dans la communauté et des participants manifestant un trouble anxieux dans l'échantillon. L'hypothèse proposée est que l'intolérance à l'incertitude, l'orientation négative aux problèmes et l'évitement cognitif prédiront la tendance à s'inquiéter chez des enfants de 8 à 12 ans, souffrant d'un trouble anxieux ou non. Le deuxième objectif de l'étude est de comparer les vulnérabilités cognitives auprès de trois groupes d'enfants : (a) des enfants qui souffrent d'un TAG; (b) des enfants qui souffrent d'un trouble anxieux en l'absence d'un TAG; et (c) des enfants issus d'un échantillon comparatif non clinique. Cet aspect de l'étude est d'autant plus novateur qu'aucune étude n'a vérifié la spécificité de ces trois composantes du modèle auprès des enfants. La deuxième hypothèse est que l'intolérance à l'incertitude, l'orientation négative aux problèmes et l'évitement cognitif seront davantage présents chez les enfants présentant



un TAG que chez les enfants présentant un trouble anxieux en l'absence d'un TAG et que chez les enfants constituant l'échantillon comparatif non clinique. Il est attendu également attendu que les vulnérabilités cognitives seront plus élevées chez les enfants qui présentent un trouble anxieux sans TAG comparativement aux enfants issus de l'échantillon comparatif non clinique. La décision a été prise de ne pas inclure les croyances positives à propos de l'inquiétude dans l'étude car aucun instrument validé auprès des enfants n'est actuellement disponible. De plus, les appuis empiriques actuels ne permettent pas de conclure que les croyances positives sont associées à la tendance à s'inquiéter à l'enfance, ce qui laisse croire que cette composante est peut-être moins centrale dans l'explication de la tendance à s'inquiéter à cette période de la vie.

La recension des écrits présentée souligne également l'ampleur du retard de la recherche à l'enfance par rapport à l'âge adulte concernant le traitement spécifique du TAG à l'enfance. En effet, la grande majorité des études d'efficacité ont porté sur des programmes généraux de gestion de l'anxiété appliqués auprès d'enfants souffrant de toutes sortes de troubles anxieux (Reynolds et al., 2012). Cependant, le fait qu'une proportion importante d'enfants continue de souffrir d'un trouble anxieux suite à la thérapie démontre que l'efficacité des programmes d'intervention pourrait être optimisée (Cartwright-Hatton et al., 2004). Les programmes utilisés dans ces études ne tiennent pas compte des appuis empiriques existants qui soutiennent l'applicabilité du modèle basé sur l'intolérance à l'incertitude auprès des enfants (Comer et al., 2009; Dugas et al., 2012; Ellis & Hudson, 2011; Fialko et al., 2012; Gosselin et al., 2007; Kertz &

Woodruff-Borden, 2013; Laugesen et al., 2003; Parkinson & Creswell, 2011; Wilson & Hughes, 2011). L'efficacité du traitement qui découle du modèle auprès des adultes constitue pourtant une base théorique et empirique solide à un effort d'adaptation aux enfants (Covin et al., 2008; Dugas & Robichaud, 2007). Les travaux émergents sur l'application du protocole de traitement adulte sont d'ailleurs fort prometteurs (Holmes et al., 2014; Léger et al., 2003; Payne et al., 2011). Cependant, un plus grand nombre d'études sera nécessaire pour confirmer l'efficacité de cette thérapie. De plus, les programmes d'intervention utilisés ne ciblent pas toujours l'ensemble des composantes du modèle ou incluent d'autres composantes d'intervention (Clementi & Alfano, 2014; Holmes et al., 2014). Le programme d'intervention utilisé par Payne et ses collègues (2011) fait toutefois exception. Malheureusement, la méthode préconisée comporte des limites importantes au plan de la validité interne de l'étude et l'efficacité de la thérapie demeure inconnue au-delà de trois mois. Le deuxième article de la thèse vise donc à présenter les résultats d'une étude visant à pallier à ces lacunes. L'objectif de cette étude est de vérifier si une adaptation de la TCC pour adulte basée sur le modèle de l'intolérance à l'incertitude (Dugas, Leblanc, & Seidah, 2007) est efficace à réduire les symptômes d'anxiété généralisée chez une population clinique d'enfants de 8 à 12 ans manifestant un TAG primaire. L'hypothèse proposée est que la thérapie cognitivo-comportementale adaptée entraînera une rémission du diagnostic du TAG chez les participants et une diminution cliniquement et statistiquement significative des inquiétudes et des symptômes d'anxiété rapportés par les enfants et leur parent. Les gains seront maintenus 3 mois, 6 mois et 1 an après la thérapie. Afin de réduire les

menaces à la validité interne de l'étude dans le contexte d'un projet pilote, un protocole à cas uniques à niveaux de bases multiples sera utilisé. Pour chaque article, un contexte théorique et la méthode seront présentés et les résultats de l'étude seront discutés. Une discussion et une conclusion générales suivront la présentation des deux articles.

Rapport-Gratuit.com

### Références

- American Psychiatric Association. (2013). *DSM-5: Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5<sup>e</sup> éd.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Bacow, T. L., May, J. E., Brody, L. R., & Pincus, D. B. (2010). Are there specific metacognitive processes associated with anxiety disorders in youth? *Psychology Research and Behavior Management, 3*, 81-90.
- Bacow, T. L., Pincus, D. B., Ehrenreich, J. T., & Brody, L. R. (2009). The Metacognitions Questionnaire for Children: Development and validation in a clinical sample of children and adolescents with anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders, 23*, 727-736.
- Barrett, P. M. (1998). Evaluation of cognitive-behavioral group treatments for childhood anxiety disorders. *Journal of Clinical Child Psychology, 27*, 459-468.
- Barrett, P. M., Dadds, M. R., & Rapee, R. M. (1996). Family treatment of childhood anxiety: A controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 333-342.
- Benjamin, C. L., Harrison, J. P., Settapani, C. A., Brodman, D. M., & Kendall, P. C. (2013). Anxiety and related outcomes in young adults 7 to 19 years after receiving treatment for child anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 81*, 865-876.
- Boelen, P. A., Reijntjes, A., & Carleton, R. N. (2014). Intolerance of uncertainty and adult separation anxiety. *Cognitive Behaviour Therapy, 43*, 133-144.
- Boelen, P. A., Vrinssen, I., & van Tulder, F. (2010). Intolerance of uncertainty in adolescents: Correlations with worry, social anxiety, and depression. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 198*, 194-200.
- Bögels, S. M., Snieder, N., & Kindt, M. (2003). Specificity of dysfunctional thinking in children with symptoms of social anxiety, separation anxiety and generalized anxiety. *Behaviour Change, 20*, 160-169.
- Bögels, S. M., van Dongen, L., & Muris, P. (2003). Family influences on dysfunctional thinking in anxious children. *Infant and Child Development, 12*, 243-252.
- 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). Sussex, England: Wiley & Sons.
- Borkovec, T. D., Alcaine, O. M., & Behar, E. (2004). Avoidance theory of worry and generalized anxiety disorder. Dans R. G. Heimberg, C. L. Turk, & D. S. Mennin (Éds), *Generalized anxiety disorder: Advances in research in clinical practice* (pp. 77-108). New York, NY: The Guilford Press.
- Borkovec, T. D., Hazlett-Stevens, H., & Diaz, M. L. (1999). The role of positive beliefs about worry in generalized anxiety disorder and its treatment. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 6, 126-138.
- 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 and Therapy*, 17, 253-261.
- Boswell, J. F., Thompson-Hollands, J., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2013). Intolerance of uncertainty: A common factor in the treatment of emotional disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 69, 630-645.
- Buhr, K., & Dugas, M. J. (2006). Investigating the construct validity of intolerance of uncertainty and its unique relationship with worry. *Journal of Anxiety Disorders*, 20, 222-236.
- Carleton, R. N., Collimore, K. C., & Asmundson, G. J. G. (2010). "It's not just the judgements - It's that I don't know": Intolerance of uncertainty as a predictor of social anxiety. *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 189-195.
- Carleton, R. N., Duranceau, S., Freeston, M. H., Boelen, P. A., McCabe, R. E., & Antony, M. M. (2014). "But it might be a heart attack": Intolerance of uncertainty and panic disorder symptoms. *Journal of Anxiety Disorders*, 28, 463-470.
- Carleton, R. N., Fetzner, M. G., Hackl, J. L., & McEvoy, P. (2013). Intolerance of uncertainty as a contributor to fear and avoidance symptoms of panic attacks. *Cognitive Behaviour Therapy*, 42, 328-341.
- Carleton, R. N., Mulvogue, M. K., Thibodeau, M. A., McCabe, R. E., Antony, M. M., & Asmundson, G. J. G. (2012). Increasingly certain about uncertainty: Intolerance of uncertainty across anxiety and depression. *Journal of Anxiety Disorders*, 26, 468-479.

- Carleton, R. N., Norton, P. J., & Asmundson, G. J. G. (2007). Fearing the unknown: A short version of the Intolerance of Uncertainty Scale. *Journal of Anxiety Disorders, 21*, 105-117.
- Cartwright-Hatton, S., Roberts, C., Chitsabesan, P., Fothergill, C., & Harrington, R. (2004). Systematic review of the efficacy of cognitive behaviour therapies for childhood and adolescent anxiety disorders. *British Journal of Clinical Psychology, 43*, 421-436.
- Cartwright-Hatton, S., & Wells, A. (1997). Beliefs about worry and intrusions: The Meta-Cognitions Questionnaire and its correlates. *Journal of Anxiety Disorders, 11*, 279-296.
- Chorpita, B. F., Albano, A. M., & Barlow, D. H. (1996). Cognitive processing in children: Relation to anxiety and family influences. *Journal of Clinical Child Psychology, 2*, 170-176.
- Clementi, A., & Alfano, C. A. (2014). Targeted behavioral therapy for childhood generalized anxiety disorder: A time-series analysis of changes in anxiety and sleep. *Journal of Anxiety Disorders, 28*, 215-222.
- Comer, J., & Kendall, P. C. (2004). A symptom-level examination of parent-child agreement in the diagnosis of anxious youths. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 43*, 878-886.
- Comer, J., Roy, A. K., Furr, J. M., Gotimer, K., Beidas, R. S., Dugas, M. J., & Kendall, P. C. (2009). The intolerance of uncertainty scale for children: A psychometric evaluation. *Psychological Bulletin, 21*, 409-411.
- Compton, S. N., Almirall, D., Sherrill, J., March, J. S., Ginsburg, G. S., Piacentini, J. C., ...Walkup, J. T. (2014). Predictors and moderators of treatment response in childhood anxiety disorders: Results from the CAMS trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 82*, 212-224.
- Costello, E. J., Egger, H. L., & Angold, A. D. (2005). The developmental epidemiology anxiety disorders: Phenomenology, prevalence, and comorbidity. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 14*, 631-648.
- Covin, R., Ouimet, A. J., Seeds, P. M., & Dozois, D. J. A. (2008). A meta-analysis of CBT for pathological worry among clients with GAD. *Journal of Anxiety Disorders, 22*, 108-116.

- Dalgleish, T., Taghavi, R., Neshat-Doost, H., Moradi, A., Canterbury, R., & Yule, W. (2003). Patterns of processing bias for emotional information across clinical disorders: A comparison of attention, memory, and prospective cognition in children and adolescents with depression, generalized anxiety and posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 32*, 10-21.
- Davey, G. C. L. (1994). Worrying, social problem solving abilities, and problem-solving confidence. *Behaviour Research and Therapy, 32*, 327-330.
- Dugas, M. J., Freeston, M., & Ladouceur, R. (1997). Intolerance to uncertainty and problem orientation in worry. *Cognitive Therapy and Research, 21*, 593-606.
- Dugas, M. J., Gagnon, F., Ladouceur, R., & Freeston, M. H. (1998). Generalized anxiety disorder: A preliminary test of a conceptual model. *Behaviour Research and Therapy, 36*, 215-226.
- Dugas, M. J., 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., & Ladouceur, R. (2000). Treatment of GAD: Targeting intolerance of uncertainty in two types of worry. *Behavior Modification, 24*, 635-657.
- Dugas, M. J., Ladouceur, R., Léger, E., Freeston, M. H., Langlois, F., Provencher, M. D., & Boisvert, J.-M. (2003). Group cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder: Treatment outcome and long-term follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*, 821-825.
- Dugas, M. J., Laugesen, N., & Bukowski, W. M. (2012). Intolerance of uncertainty, fear of anxiety, and adolescent worry. *Journal of Abnormal Child Psychology, 40*, 863-870.
- Dugas, M. J., Leblanc, R., & Seidah, A. (2007). *La thérapie cognitivo-comportementale pour le trouble d'anxiété généralisée : manuel du thérapeute* (Document inédit). Université Concordia, Montréal, QC.
- Dugas, M. J., Letarte, H., Rhéaume, J., Freeston, M., & Ladouceur, R. (1995). Worry and problem solving: Evidence of a specific relationship. *Cognitive Therapy and Research, 19*, 109-120.
- Dugas, M. J., Marchand, A., & Ladouceur, R. (2005). Further validation of a cognitive-behavioral model of generalized anxiety disorder: Diagnostic and symptom specificity. *Journal of Anxiety Disorders, 19*, 329-343.

- Dugas, M. J., & Robichaud, M. (2007). *Cognitive behavioral treatment for generalized anxiety disorder: From science to practice*. New York: Routledge/Taylor & Francis Groupe.
- Dugas, M. J., Savard, P., Gaudet, A., Turcotte, J., Laugesen, N., & Robichaud, M. (2007). Can the components of a cognitive model predict the severity of generalized anxiety disorder? *Behavior Therapy, 38*, 169-178.
- Dugas, M. J., Savard, P., Turcotte, J., Gaudet, A., Brillon, P., Ladouceur, R., ... Gervais, N. J. (2010). A randomized clinical trial of cognitive-behavioral therapy and applied relaxation for adults with generalized anxiety disorder. *Behavior Therapy, 41*, 46-58.
- Dugas, M. J., Schwartz, A., & Francis, K. (2004). Intolerance of uncertainty, worry and depression. *Cognitive Therapy and Research, 28*, 835-842.
- D'Zurilla, T. J. (1986). *Problem-solving therapy: A social competence approach to clinical intervention*. New York: Springer Publishing Therapy.
- D'Zurilla, T. J., & Goldfried, M. R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology, 78*, 107-126.
- D'Zurilla, T. J., & Nezu, M. (1999). *Problem solving therapy: A social competence approach to clinical intervention*. New York: Springer Publishing Company.
- Eisen, A. R., & Silverman, W. K. (1998). Prescriptive treatment for generalized anxiety disorder in children. *Behavior Therapy, 29*, 105-121.
- Ellis, D. M., & Hudson, J. L. (2011). Test of the metacognitive model of generalized anxiety disorder in anxiety-disordered adolescents. *Journal of Experimental Psychopathology, 2*, 28-43.
- Esbjorn, B. H., Lonfeldt, S. K., Nielsen, M. L., Reinholdt-Dunne, M. L., Somhovd, M. J., & Cartwright-Hatton, S. (2015). Meta-worry, worry, and anxiety in children and adolescents: Relationships and interactions. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 44*, 145-156. doi: 10.1080/15374416.2013.873980
- Esbjorn, B. H., Somhovd, M. J., Holm, J. M., Lonfeldt, N. N., Bender, S. K., Nielsen, S. K., & Reinholdt-Dunne, M. L. (2013). A structural assessment of the 30-item Metacognitions Questionnaire for Children and its relations to anxiety symptoms. *Psychological Assessment, 25*, 1211-1219.



- Fetzner, M. G., Asmundson, G. J. G., Carey, C., Thibodeau, M. A., Brandt, C., Zvolensky, M. J., & Carleton, R. N. (2014). How do elements of a reduced capacity to withstand uncertainty relate to the severity of health anxiety? *Cognitive Behaviour Therapy, 43*, 362-374.
- Fetzner, M. G., Horswill, S. C., Boelen, P. A., & Carleton, R. N. (2013). Intolerance of uncertainty and PTSD symptoms: Exploring the construct relationship in a community sample with a heterogeneous trauma history. *Cognitive Therapy Research, 37*, 725-734.
- Fialko, L., Boltin, D., & Perrin, S. (2012). Applicability of a cognitive model of worry to children and adolescents. *Behaviour Research and Therapy, 50*, 341-349.
- Fisak, B., Mentuccia, M., & Przeworski, A. (2014). Meta-worry in adolescents: Examination of the psychometric properties of the Meta-Worry Questionnaire in an adolescent sample. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 42*, 491-496.
- Flavell, J. H. (2000). Development of children's knowledge about the mental world. *International Journal of Behavioral Development, 24*, 15-23.
- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin, 99*, 20-35.
- Francis, K., & Dugas, M. J. (2004). Assessing positive beliefs about worry: Validation of a structured interview. *Personality and Individual Differences, 37*, 405-415.
- Freeston, M. H., Dugas, M. J., & Ladouceur, R. (1996). Thoughts, images, worry and anxiety. *Cognitive Therapy and Research, 20*, 265-273.
- Freeston, M. H., Rhéaume, J., Letarte, H., Dugas, M. J., & Ladouceur, R. (1994). Thoughts, images, worry and anxiety. *Personality and Individual Differences, 17*, 791-802.
- Gentes, E. L., & Ruscio, A. M. (2011). A meta-analysis of the relation of intolerance of uncertainty to symptoms of generalized anxiety disorder, major depressive disorder, and obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology Review, 31*, 923-933.
- Ginsburg, G. S., Sakolsky, D., Piacentini, J., Walkup, J. T., Coffey, K. A., Keeton, C. P., ... McCracken, J. T. (2011). Remission after acute treatment in children and adolescents with anxiety disorders: Findings from the CAMS. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 79*, 806-813.

- Gosselin, P., Ladouceur, R., Morin, C. M., Dugas, M. J., & Baillargeon, L. (2003). Sevrage des benzodiazépines chez des patients souffrant du trouble d'anxiété généralisée : efficacité d'une intervention comportementale et cognitive. *Santé mentale au Québec, 28*, 59-86.
- Gosselin, P., Langlois, F., Freeston, M. H., Ladouceur, R., Dugas, M. J., & Pelletier, O. (2002). Le questionnaire d'évitement cognitif (QEC) : développement et validation auprès d'adultes et d'adolescents. *Journal de thérapie comportementale et cognitive, 12*, 34-37.
- 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.
- Gosselin, P., & Magnan, S. (2010, mars). *Effets directs et indirects de l'intolérance à l'incertitude dans le trouble d'anxiété généralisée : le rôle médiateur de variables cognitives spécifiques auprès d'un échantillon clinique*. Affiche présentée au congrès de la Société Québécoise pour la Recherche en Psychologie, Montréal, QC.
- Grist, R. M., & Field, A. P. (2012). The mediating effect of cognitive development on children's worry elaboration. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 43*, 801-807.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 1152-1168.
- Holaway, R. M., Heimberg, R. G., & Coles, M. E. (2006). A comparison of intolerance of uncertainty in analogue obsessive-compulsive disorder and generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 20*, 158-174.
- Holmes, M. C., Donovan, C. L., Farrell, L. J., & March, S. (2014). The efficacy of a group-based disorder-specific treatment program for childhood GAD-A randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy, 61*, 122-135.
- Hudson, J. L., Rapee, R. M., Lyneham, H. J., McLellan, L. F., Wuthrich, V. M., & Schniering, C. A. (2015). Comparing outcomes for children with different anxiety disorders following cognitive behavioural therapy. *Behaviour Research and Therapy, 72*, 30-37.
- In-Albon, T., & Schneider, S. (2006). Psychotherapy of childhood anxiety disorders: A meta-analysis. *Psychotherapy and Psychosomatics, 76*, 15-24.

- Ishikawa, S., Okajima, I., Matsuoka, H., & Sakano, Y. (2007). Cognitive-behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents: A meta-analysis. *Child and Adolescent Mental Health, 12*, 164-172.
- Jarrett, M. A., Black, A. K., Rapport, H. F., Grills-Taquechel, A. E., & Ollendick, T. H. (2015). Generalized anxiety disorder in younger and older children: Implications for learning and school functioning. *Journal of Child Family Study, 24*, 992-1003.
- Keller, M. B., Lavori, P. W., Wunder, J., Beardslee, W. R., Schwartz, C. E., & Roth, J. (1992). Chronic course of anxiety disorders in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 31*, 595-599.
- Kendall, P. C. (1994). Treating anxiety disorders in children: Results of randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62*, 200-210.
- Kendall, P. C., Compton, S. N., Walkup, J. T., Birmaher, B., Albano, A. M., Sherill, J., ... Piacentini, J. (2010). Clinical characteristics of anxiety disorder youth. *Journal of Anxiety Disorders, 24*, 360-365. doi: 10.1016/j.janxdis.2010.01.009
- Kendall, P. C., Flannery-Schroeder, E., Panichelli-Mindel, S. M., Southam-Gerow, M., Henin, A., & Warman, M. (1997). Therapy for youth with anxiety disorders: A second randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*, 366-380.
- Kertz, S., & Woodruff-Borden, J. (2013). The role of metacognition, intolerance of uncertainty, and negative problem orientation in children's worry. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 41*, 243-248.
- Lachance, S., Ladouceur, R., & Dugas, M. J. (1999). Elements explaining the tendency towards uncertainty. *Applied Psychology: An International Review, 48*, 187-196.
- Ladouceur, R., Blais, F., Freeston, M. H., & Dugas, M. J. (1998). Problem solving and problem orientation in generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 12*, 139-152.
- Ladouceur, R., Dugas, M. J., Freeston, M. H., Léger, E., Gagnon, F., & Thibodeau, N. (2000). Efficacy of a cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: Evaluation in a controlled clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 957-964.
- Ladouceur, R., Dugas, M. J., Freeston, M. H., Rhéaume, J., Blais, F., Gagnon, F., ... Boisvert, J.-M. (1999). Specificity of generalized anxiety disorder symptoms and processes. *Behavior Therapy, 30*, 191-207. doi: 10.1016/S0005-7894(99)80003-3

- Ladouceur, R., Gosselin, P., & Dugas, M. J. (2000). Experimental manipulation of intolerance of uncertainty: A study of a theoretical model of worry. *Behavioral Research and Therapy*, 38, 933-941.
- 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 der Hout, M. A. (1990). Thought suppression induces intrusions. *Behavioural Psychotherapy*, 18, 251-258.
- Layne, A. E., Bernat, D. H., Victor, A. M., & Bernstein, G. A. (2009). Generalized anxiety disorder in a nonclinical sample of children: Symptom presentation and predictors of impairment. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 283-289.
- Léger, E., Ladouceur, R., Dugas, M. J., & Freston, M. H. (2003). Cognitive behavioral treatment of generalized anxiety disorder among adolescents: A case series. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 327-330.
- MacLeod, C., & Rutherford, E. (2004). Information processing approaches: Assessing the selective functioning of attention, interpretation and retrieval. Dans R. G. Heimberg, C. L. Turk, & D. S. Mennin (Éds), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* (pp. 109-142). New York, NY: Guilford Press.
- Mahoney, A. E. J., & McEvoy, P. M. (2012). A transdiagnostic examination of intolerance of uncertainty across anxiety and depressive disorders. *Cognitive Behaviour Therapy*, 41, 212-222.
- Masi, G., Millepiedi, S., Mucci, M., Poli, P., Bertini, N., & Milantoni, L. (2004). Generalized anxiety disorder in referred children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 752-760.
- 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.
- 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.
- McEvoy, P. M., & Mahoney, A. E. J. (2011). Achieving certainty about the structure of intolerance of uncertainty in a treatment-seeking sample with anxiety and depression. *Journal of Anxiety Disorders*, 25, 112-122.

- McEvoy, P. M., & Mahoney, A. E. J. (2012). To be sure, to be sure: Intolerance of uncertainty mediates symptoms of various anxiety disorders and depression. *Behavior Therapy, 43*, 533-545.
- Mennin, D. S., Heimberg, R. G., Turk, C. L., & Fresco, D. M. (2005). Preliminary evidence for an emotion dysregulation model of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy, 43*, 1281-1310.
- Muris, P., Meesters, C., Merckelbach, H., Sermon, A., & Zwakhalen, S. (1998). Worry in normal children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 37*, 703-710.
- Muris, P., Merckelbach, H., Gadet, B., & Moolaert, 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., Meesters, C., & van den Brand, K. (2002). Cognitive development and worry in normal children. *Cognitive Therapy and Research, 26*, 775-787.
- Ouellet, C., Langlois, F., Provencher, M. D., & Gosselin, P. (2014). *L'intolérance à l'incertitude et les difficultés de régulation émotionnelle : proposition d'un modèle intégratif du trouble d'anxiété généralisée* (Document inédit). Département de psychologie, Université Laval, QC.
- Ouellet, C., Provencher, M. D., Langlois, F., & Gosselin, P. (2014). *L'intolérance à l'incertitude et les difficultés de régulation émotionnelle : contribution des deux modèles à l'explication du trouble d'anxiété généralisée* (Document inédit). Département de psychologie, Université Laval, QC.
- Parkinson, M., & Creswell, C. (2011). Worry and problem-solving skills and beliefs in primary school children. *British Journal of Clinical Psychology, 50*, 106-112.
- Payne, S., Bolton, D., & Perrin, S. (2011). A pilot investigation of cognitive therapy for generalized anxiety disorder in children aged 7-17 years. *Cognitive Therapy Research, 35*, 171-178.
- Rapee, R. M. (2001). The development of generalized anxiety. Dans M. W. Vasey & M. R. Dadds (Éds), *The developmental psychopathology of anxiety* (pp. 481-503). New York, NY: Oxford University Press.
- Read, K. L., Comer, J. S., & Kendall, P. C. (2013). The Intolerance of Uncertainty Scale for Children (IUSC): Discriminating principal anxiety diagnoses and severity. *Psychological Assessment, 25*, 727-729.

- Reynolds, C. R., & Richmond, B. O. (1978). What I think and feel: A revised measure of children's manifest anxiety. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 6, 271-280.
- Reynolds, S., Wilson, C., Austin, J., & Hooper, L. (2012). Effects of psychotherapy for anxiety in children and adolescents: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 32, 251-262.
- Robichaud, M., & Dugas, M. J. (2005). Negative problem orientation (Part II): Construct validity and specificity to worry. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 403-412.
- Roemer, L., & Borkovec, T. D. (1993). Worry: Unwanted cognitive activity that controls unwanted somatic experience. Dans D. M. Wegner & J. W. Pennebaker (Éds), *Handbook of mental control* (pp. 220-238). New Jersey: Prentice-Hall.
- Roemer, L., Salters, K., Raffa, S. D., & Orsillo, S. M. (2005). Fear and avoidance of internal experiences in GAD: Preliminary tests of a conceptual model. *Cognitive Therapy and Research*, 29, 71-88.
- Saavedra, L. M., Silverman, W. K., Morgan-Lopez, A. A., & Kurtines, W. M. (2010). Cognitive behavioral treatment for childhood anxiety disorders: Long-term effects on anxiety and secondary disorders in young adulthood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51, 924-934.
- Sexton, K. A., Norton, P. J., Walker, J. R., & Norton, G. R. (2003). Hierarchical model of generalized and specific vulnerabilities in anxiety. *Cognitive Behaviour Therapy*, 32, 82-94.
- Silverman, W. K., Kurtines, W. M., Ginsburg, G., Weems, C. F., Lumpkin, P. W., & Carmichael, D. H. (1999). Treating anxiety disorders in children with group cognitive-behavioral therapy: A randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 995-1003.
- Silverman, W. K., La Greca, A. M., & Wasserstein, S. (1995). What do children worry about? Worries and their relation to anxiety. *Child Development*, 66, 671-686.
- Silverman, W. K., Pina, A. A., & Viswesvaran, C. (2008). Evidenced-based psychosocial treatments for phobic and anxiety disorders in children and adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37, 105-130.
- Smith, K. E., & Hudson, J. L. (2013). Metacognitive beliefs and processes in clinical anxiety in children. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 42, 590-602.

- Southam-Gerow, M. A., Chorpita, B. F., Miller, L. M., & Gleacher, A. A. (2008). Are children with anxiety disorders privately referred to a university clinic like those referred from the public mental health system? *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, *35*, 168-180.
- Southam-Gerow, M. A., Weisz, J. R., & Kendall, P. C. (2003). Youth with anxiety disorders in research and service clinics: Examining client differences and similarities. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, *32*, 375-385.
- Spence, S. H., Holmes, J. M., March, S., & Lipp, O. V. (2006). The feasibility and outcome of clinic plus Internet delivery of cognitive-behavior therapy for childhood anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *74*, 614-621.
- Suarez, M. L., & Bell, D. (2001). The relationship of child worry to cognitive biases: Threat interpretation and likelihood of event occurrence. *Behavior Therapy*, *32*, 425-442.
- Suarez, M. L., & Bell, D. (2006). Relation of childhood worry to information-processing factors in an ethnically diverse community sample. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, *35*, 136-147.
- Taghavi, M. R., Dalgleish, T., Moradi, A. R., Neshat-Doost, H. T., & Yule, W. (2003). Selective processing of negative emotional information in children and adolescents with generalized anxiety disorder. *The British Journal of Clinical Psychology*, *42*, 221-230.
- Thibodeau, M. A., Carleton, R. N., McEvoy, P. M., Zvolensky, M. J., Brandt, C. P., Boelen, P. A., ... Amundson, G. J. G. (2015). Developing scales measuring Disorder-Specific Intolerance of Uncertainty (DIUS): A new perspective on transdiagnostic. *Journal of Anxiety Disorders*, *31*, 49-57.
- Vasey, M. W. (1993). Development and cognition in childhood anxiety: The example of worry. *Advances in Clinical Child Psychology*, *15*, 1-39.
- Vasey, M. W., & Daleiden, E. L. (1994). Worry in children. Dans G. C. L. Davey & F. Tallis (Éds), *Worrying: Perspectives on theory and assessment* (pp. 185-207). New York, NY: Wiley.
- Villabø, M. A., Cummings, C. M., Gere, M. K., Torgersen, S., & Kendall, P. C. (2013). Anxious youth in research and service clinics. *Journal of Anxiety Disorders*, *27*, 16-24.
- Vrana, S. R., Cuthbert, B. N., & Lang, P. J. (1986). Fear imagery and text processing. *Psychophysiology*, *23*, 247-253.

- Weems, C. F., Berman, S. L., Silverman, W. K., & Saavedra, L. M. (2001). Cognitive errors in youth with anxiety disorders: The linkages between negative cognitive errors and anxious symptoms. *Cognitive Therapy and Research, 25*, 559-575.
- Wegner, D. M., Schneider, D. J., Carter, S. R., & White, T. L. (1987). Paradoxical effects of thought suppression. *Journal of Personality and Social Psychology, 53*, 5-13.
- Wells, A. (1995). Meta-cognition and worry: A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 23*, 301-320.
- Wells, A. (1999). A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavior Modification, 23*, 526-555.
- Wells, A., & Carter, K. (1999). Preliminary tests of a cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy, 37*, 585-594.
- Wergeland, G. J. H., Fjernestad, K. W., Marin, C. E., Bjelland, I., Haugland, B. S. M., Silverman, W. K., ... Heiervang, E. R. (2016). Predictors of treatment outcome in an effectiveness trial of cognitive behavioural therapy for children with anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy, 76*, 1-12.
- Wilson, C., Budd, B., Chernin, R., King, H., Leddy, A., Maclennan, F., & Mallandain, I. (2011). The role of meta-cognition and parenting in adolescent worry. *Journal of Anxiety Disorders, 25*, 71-79. doi: 10.1016/j.janxdis.2010.08.005
- Wilson, C., & Hughes, C. (2011). Worry, beliefs about worry and problem solving in young children. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 39*, 507-521.
- Wittchen, H. U., Carter, R. M., Pfister, H., Montgomery, S. A., & Kessler, R. C. (2000). Disabilities and quality of life in pure and comorbid generalized anxiety disorder and major depression in a national survey. *International Clinical Psychopharmacology, 15*, 319-328.
- Wittchen, H. U., Zhao, S., Kessler, R. C., & Eaton, W. W. (1994). DSM-III-R generalized anxiety disorder and panic disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease, 187*, 3-9.
- Yonkers, K. A., Warshaw, M. G., Massion, A. O., & Keller, M. B. (1996). Phenomenology and course of generalized anxiety disorder. *British Journal of Psychiatry, 168*, 308-313.



## **Chapitre 2**

Article 1 : Les vulnérabilités cognitives impliquées dans le trouble  
d'anxiété généralisée chez l'enfant

**Les vulnérabilités cognitives impliquées dans le  
trouble d'anxiété généralisée chez l'enfant**

Geneviève Racicot  
Université du Québec à Trois-Rivières  
CIUSS du Nord de l'île de Montréal, site Hôpital Rivière-des-Prairies

Frédéric Langlois  
Université du Québec à Trois-Rivières

Patrick Gosselin  
Université de Sherbrooke  
Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux – Centre intégré  
universitaire en santé et services sociaux de l'Estrie - CHUS (CIUSSS de l'Estrie-  
CHUS)

Caroline Berthiaume  
CIUSS du Nord de l'île de Montréal, site Hôpital Rivière-des-Prairies

Toute correspondance à cet article doit être acheminé à Geneviève Racicot, Hôpital  
Rivière-des-Prairies, 7070, boulevard Perras, Montréal, Québec, Canada, H1E 1A4;  
Courriel : [genevieve.racicot.hrdp@ssss.gouv.qc.ca](mailto:genevieve.racicot.hrdp@ssss.gouv.qc.ca)

## Sommaire

Le trouble d'anxiété généralisée (TAG) est un phénomène très peu étudié à l'enfance alors que de nombreuses études ont porté sur le sujet chez les adultes. La présente étude examine la relation entre l'intolérance à l'incertitude, l'orientation négative aux problèmes, l'évitement cognitif et la tendance à s'inquiéter auprès des enfants. Elle vise aussi à tester la spécificité de ces trois vulnérabilités cognitives, en comparant des enfants présentant un TAG primaire ou secondaire, des enfants ayant un trouble anxieux en l'absence d'un TAG et d'autres jeunes d'un groupe de comparaison non clinique. Cent onze enfants (38 enfants d'une population clinique et 73 enfants de la population non clinique) âgés de 8 à 12 ans et leurs parents ont participé à l'étude. Les vulnérabilités cognitives des enfants ont été évaluées auprès de l'enfant, de la mère et du père. Les analyses de régression hiérarchiques démontrent que les vulnérabilités cognitives prédisent la tendance à s'inquiéter. Lorsque la source d'information est l'enfant et la mère, seule l'intolérance à l'incertitude contribue à l'accroissement de la variance prédite en présence des autres variables cognitives alors que lorsque la source d'information est le père, l'évitement cognitif contribue de façon unique à la prédiction. Les comparaisons de groupe ne révèlent aucune différence selon l'enfant alors que selon les parents, les trois vulnérabilités cognitives sont davantage présentes chez les enfants qui ont un TAG et chez ceux qui manifestent un autre trouble anxieux que chez les enfants du groupe de comparaison alors que les deux groupes cliniques ne diffèrent pas

entre eux. Cette étude appuie l'applicabilité des composantes du modèle cognitif aux enfants et ouvre la voie à l'amélioration du traitement de l'anxiété chez les enfants.

*Mots clés* : inquiétude; trouble d'anxiété généralisée; vulnérabilités cognitives; enfants.

## Introduction

Le trouble d'anxiété généralisée (TAG) est une condition chronique caractérisée par la présence d'inquiétudes excessives et incontrôlables à propos d'événements de la vie quotidienne (APA, 2013). La majorité des enfants et des adolescents rapportent s'inquiéter de temps à autre de la performance scolaire, d'être blessé ou que quelqu'un d'autre soit blessé, des relations interpersonnelles, de la maladie et de la mort (Muris, Meesters, Merckelbach, Sermon, & Zwakhalen, 1998; Muris, Merckelbach, & Luijten, 2002; Muris, Merckelbach, Mayer, & Meesters, 1998; Muris, Merckelbach, Mayer, & Prins, 2000; Muris, Merckelbach, Meesters, & van den Brand, 2002). Pour la plupart des jeunes, l'inquiétude est transitoire mais l'inquiétude pathologique caractéristique du TAG, en plus d'être excessive et incontrôlable, est présente la plupart des jours pendant une période d'au moins six mois. Pour qu'un diagnostic puisse être posé, l'inquiétude doit aussi s'accompagner d'au moins un des six symptômes suivants : agitation, fatigue, difficultés de concentration, irritabilité, tension musculaire ou perturbation du sommeil et entraîner une détresse significative chez l'enfant, ou une altération de son fonctionnement social, familial ou scolaire (APA, 2013). Le TAG est l'un des troubles anxieux les plus répandus à l'enfance (Costello, Egger, & Angold, 2005) et certains travaux suggèrent que les symptômes s'aggravaient avec l'âge (Kendall & Pimentel, 2003; Tracey, Chorpita, Douban, & Barlow, 1997). Le TAG a été associé à des difficultés sociales et scolaires à l'enfance (Albano & Hack, 2004; Jarrett, Black, Rapport, Grills-Taquechel, & Ollendick, 2015; Scharfstein, Alfano, Beidel, & Wong, 2011), mais également à la présence de troubles anxieux et de troubles dépressifs à l'âge

adulte (Copeland, Shanahan, Costello, & Angold, 2009; Pine, Cohen, Gurley, Brook, & Ma, 1998).

Les modèles conceptuels actuels du TAG sont issus des travaux effectués auprès de la population adulte (Borkovec, Alcaine, & Behar, 2004; Dugas, Gagnon, Ladouceur, & Freeston, 1998; Mennin, Heimberg, Turk, & Fresco, 2005; Roemer, Salters, Raffa, & Orsillo, 2005; Wells, 1995). Le modèle théorique de Dugas et ses collègues (1998) est probablement celui qui bénéficie du plus grand nombre d'appuis empiriques, ayant été validé à de nombreuses reprises et auprès de plusieurs populations cliniques et non cliniques d'adultes (Dugas & Robichaud, 2007). La thérapie cognitivo-comportementale qui en découle entraîne des gains thérapeutiques à court et à long terme et une méta-analyse révèle que c'est celle qui présente les tailles d'effet les plus élevées pour le traitement du TAG (Covin, Ouimet, Seeds, & Dozois, 2008). Selon ce modèle explicatif (Dugas et al., 1998), quatre vulnérabilités cognitives jouent un rôle central dans le développement et le maintien de l'inquiétude excessive et du TAG : l'intolérance à l'incertitude, les croyances positives à propos de l'inquiétude, l'orientation négative aux problèmes et l'évitement cognitif.

L'intolérance à l'incertitude est l'élément central du modèle et se définit comme étant une tendance excessive de l'individu à considérer inacceptable toute possibilité, si minime soit-elle, qu'un événement négatif se produise (Dugas, Gosselin, & Ladouceur, 2001). Malgré les conséquences émotionnelles aversives de l'inquiétude, l'attribution

d'un pouvoir positif à l'inquiétude en favoriserait le maintien. Cinq types de croyances seraient typiquement impliquées dans le TAG : s'inquiéter (1) aide à résoudre des problèmes; (2) améliore la motivation à faire les choses; (3) permet d'éviter d'éventuelles réactions négatives; (4) protège de la survenue d'événements négatifs; et (5) est un aspect positif de l'individu (Dugas & Robichaud, 2007). La troisième composante du modèle, l'orientation négative aux problèmes, fait référence à un ensemble cognitif dysfonctionnel qui caractérise la tendance de l'individu à percevoir les problèmes comme menaçants, à douter de sa capacité à résoudre les problèmes et à être pessimiste quant à la résolution du problème (Maydeu-Olivares & D'Zurilla, 1996). Des travaux réalisés auprès de populations non cliniques et cliniques démontrent que ce serait l'orientation négative aux problèmes, et non les habiletés de résolution de problèmes, qui serait associée à la tendance à s'inquiéter et au TAG (Davey, 1994; Dugas, Freeston, & Ladouceur, 1997; Dugas, Letarte, Rhéaume, Freeston, & Ladouceur, 1995; Ladouceur et al., 1999; Ladouceur, Blais, Freeston, & Dugas, 1998). Enfin, la dernière composante du modèle, l'évitement cognitif, réfère aux stratégies volontaires ou involontaires utilisées par l'individu pour chasser ou supprimer les pensées indésirables : transformation des images mentales en pensées verbales, la suppression de la pensée, la substitution de l'inquiétude par des pensées neutres ou positives, la distraction et l'évitement des situations qui suscitent l'inquiétude (Dugas & Robichaud, 2007). La validité du modèle a été largement démontrée par le biais d'études basées sur des méthodes corrélationnelles, longitudinales et sur des manipulations expérimentales effectuées auprès d'échantillons issus de la population normative et clinique (Dugas &

Robichaud, 2007; Dugas, Laugesen, & Bukowski, 2012). Quelques études effectuées auprès des adultes suggèrent que certaines composantes du modèle seraient plus spécifiques aux symptômes du TAG. En effet, l'intolérance à l'incertitude serait plus fortement associée à la tendance à s'inquiéter qu'à d'autres symptômes d'anxiété (obsession, panique, anxiété sociale) ou de dépression (Dugas et al., 2001; Dugas, Schwartz, & Francis, 2004). Toutefois, les résultats d'autres études réalisées auprès d'échantillons d'adultes provenant de populations cliniques et non cliniques ont plutôt révélé que l'intolérance à l'incertitude serait aussi associée au trouble d'anxiété sociale (Boelen & Reijntjes, 2009; Boelen, Reijntjes, & Carleton, 2014; Carleton, Collimore, & Asmundson, 2010; McEvoy & Mahoney, 2011, 2012; Thibodeau et al., 2015), au trouble obsessionnel-compulsif (Boelen et al., 2014; Holaway, Heimberg, & Coles, 2006; McEvoy & Mahoney, 2011, 2012; Thibodeau et al., 2015; Tolin, Abramowitz, Brigidi, & Foa, 2003), au trouble panique et agoraphobie (Carleton et al., 2014; Carleton, Fetzner, Hackl, & McEvoy, 2013; McEvoy & Mahoney, 2011, 2012; Thibodeau et al., 2015), à l'état de stress post traumatique (Fetzner, Horswill, Boelen, & Carleton, 2013; Thibodeau et al., 2015) et au trouble dépressif majeur (Boelen et al., 2014; McEvoy & Mahoney, 2011, 2012; Thibodeau et al., 2015). Des travaux empiriques réalisés à partir de populations cliniques ont révélé que l'intolérance à l'incertitude est plus élevée chez des adultes souffrant d'un TAG ou d'un autre trouble anxieux que chez ceux provenant d'un groupe non clinique (Carleton et al., 2012; Dugas, Marchand, & Ladouceur, 2005; Ladouceur et al., 1999; Mahoney & McEvoy, 2011, 2012). Dans certains cas, les individus manifestant un TAG étaient davantage



intolérants à l'incertitude que ceux souffrant d'un autre trouble anxieux (Dugas et al., 2005; Ladouceur et al., 1999) alors que les résultats d'autres études démontrent plutôt que le niveau d'intolérance à l'incertitude est semblable à travers les différents troubles anxieux des participants (Boswell, Thompson-Hollands, Farchione, & Barlow, 2013, Carleton et al., 2012; Mahoney & McEvoy, 2012). Malgré que la présence de diagnostics concomitants chez les individus souffrant de troubles anxieux représente bien la réalité clinique, il ne peut être exclu que la présence de comorbidités à travers les différents groupes de comparaison ait obscurci des différences diagnostiques au plan de l'intolérance à l'incertitude. À notre connaissance, Dugas et ses collègues (2005) sont les seuls à avoir utilisé un échantillon de participants ne manifestant qu'un trouble anxieux. Concernant l'orientation négative aux problèmes et l'évitement cognitif, des travaux démontrent qu'ils seraient davantage associés à la tendance à s'inquiéter qu'aux symptômes d'autres troubles anxieux (Dugas et al., 2005). Certaines études ont démontré que l'orientation négative aux problèmes est plus élevée chez les individus souffrant d'un TAG que chez ceux manifestant un autre trouble anxieux ou provenant de la population normative (Dugas et al., 1998; Ladouceur et al., 1998, 1999). Enfin, les individus manifestant un TAG présentent davantage d'évitement cognitif comparativement à ceux issus d'un groupe de comparaison non clinique mais ne se distinguent pas des individus présentant un autre trouble anxieux sur cette vulnérabilité cognitive (Dugas et al., 2005; Freeston, Rheaume, Letarte, Dugas, & Ladouceur, 1994; Ladouceur et al., 1999).

Les modèles adultes du TAG ne peuvent toutefois être appliqués d'emblée aux enfants, en raison des différences développementales entre les deux populations. Néanmoins, le trouble se développerait généralement à l'enfance (Rapee, 2001). Des travaux suggèrent que dès l'âge de 7 ans, les capacités cognitives des enfants à conceptualiser des événements négatifs futurs et à élaborer sur leurs conséquences aversives possibles s'améliorent substantiellement, ce qui suggère que l'inquiétude pathologique telle qu'on la conceptualise chez les adultes pourrait se manifester dès cet âge (Vasey, 1993; Vasey & Daleiden, 1994). Dans cette optique, les bases théoriques et empiriques solides du modèle de l'intolérance à l'incertitude sont de bon augure pour l'adaptation auprès des enfants.

À l'enfance et à l'adolescence, l'intolérance à l'incertitude a également été associée à la tendance à s'inquiéter (Boelen, Vrinssen, & van Tulder, 2010; Comer et al., 2009; Dugas et al., 2012). Les enfants qui souffrent d'un trouble anxieux sont plus intolérants à l'incertitude que ceux de la population normative (Comer et al., 2009). Afin de vérifier l'hypothèse de spécificité, des chercheurs ont comparé des enfants de 7 à 17 souffrant d'un TAG primaire à des jeunes qui manifestent un autre trouble anxieux primaire et à d'autres qui ne présentent pas de trouble anxieux (Read, Comer, & Kendall, 2013). Les résultats révèlent que bien que l'intolérance à l'incertitude prédit la sévérité diagnostique en général, elle est spécifiquement associée à la présence d'un TAG primaire, soulignant le rôle central de cette vulnérabilité cognitive dans le TAG à l'enfance et à l'adolescence (Read et al., 2013).

Les résultats issus des études portant sur le rôle des croyances positives à propos de l'inquiétude sont toutefois moins consistants. En effet, plusieurs études effectuées auprès d'échantillons normatifs majoritairement composés d'adolescents, ont détecté une association positive entre l'attribution d'un pouvoir positif à l'inquiétude et la tendance à s'inquiéter (Esbjorn et al., 2013; Fisak, Mentuccia, & Przeworski, 2014; Gosselin et al., 2007; Wilson et al., 2011) alors que d'autres études n'ont pas confirmé ce résultat (Bacow, Pincus, Ehrenreich, & Brody, 2009; Esbjorn et al., 2015). Les résultats de certaines études démontrent que les adolescents et les enfants qui manifestent un trouble anxieux croient davantage que s'inquiéter est utile (Ellis & Hudson, 2011; Smith & Hudson, 2013) alors qu'une autre étude effectuée auprès d'enfants de 6 à 10 ans recrutés dans la communauté n'a trouvé aucune différence dans le niveau d'inquiétude des participants, peu importe le type de croyances entretenues à propos du phénomène (Wilson & Hughes, 2011). Au plan de la spécificité des croyances liées aux inquiétudes, la seule étude effectuée n'a pu démontrer de différence entre les enfants présentant un TAG et ceux qui souffrent d'un autre trouble anxieux (Boelen et al., 2010; Ellis & Hudson, 2011; Smith & Hudson, 2013). Des différences notables quant à l'âge des participants sont relevées à travers les études. En effet, la majorité des études ont été menées auprès d'adolescents (Ellis & Hudson, 2011; Fisak et al., 2014; Gosselin et al., 2007; Wilson et al., 2011) alors que certaines études incluaient des enfants et des adolescents dans leur échantillon (Bacow et al., 2009; Esbjorn et al., 2013, 2015) et que peu d'auteurs se sont concentrés exclusivement sur des enfants âgés de 12 ans ou moins (Smith & Hudson, 2013; Wilson & Hughes, 2011).

À l'instar des adultes, les travaux empiriques effectués auprès des enfants et des adolescents démontrent tous que l'orientation négative aux problèmes, et non les habiletés de résolution de problèmes, est associée à la tendance à s'inquiéter (Parkinson & Creswell, 2011; Suarez & Bell, 2006; Wilson & Hughes, 2011). Il faudra cependant tester la spécificité de ce processus dans le TAG en comparant avec des jeunes souffrant de troubles anxieux.

Quant à l'évitement cognitif, une étude effectuée auprès d'adolescents québécois ( $n = 777$ ) a révélé que les participants qui manifestent un niveau élevé d'inquiétudes ont davantage recours à la substitution de pensées, à la distraction, à la suppression des pensées indésirables, à la transformation des images mentales en pensées verbales et à l'évitement des stimuli qui déclenchent les inquiétudes pour chasser les pensées indésirables. La substitution de la pensée indésirable et l'évitement des stimuli qui la déclenchent seraient toutefois plus fortement associés à la tendance à s'inquiéter (Gosselin et al., 2007).

La majorité de ces études ont vérifié l'association entre une composante du modèle et la tendance à s'inquiéter. La vérification du modèle dans son ensemble permet cependant de tenir compte de la variance partagée entre les différentes composantes du modèle dans l'explication de la tendance à s'inquiéter. Laugesen et ses collègues (2003) ont été les premiers à vérifier l'applicabilité de l'ensemble du modèle auprès d'un échantillon non clinique d'adolescents ( $n = 528$ ) de 14 à 18 ans. Les résultats révèlent

que lorsque l'effet du genre et des symptômes physiques du TAG (agitation, fatigue, difficultés de concentration, irritabilité, tension musculaire, perturbation du sommeil) est contrôlé dans les analyses, les quatre variables cognitives expliquent 27 % de la variance de l'inquiétude. Cependant, seules l'intolérance à l'incertitude, les croyances positives face à l'inquiétude et l'orientation négative aux problèmes apportent une contribution unique à la prédiction de la tendance à s'inquiéter. De plus, l'intolérance à l'incertitude et l'orientation négative aux problèmes sont les deux variables qui permettent de distinguer les adolescents qui manifestent un niveau élevé ou modéré d'inquiétudes (Laugesen, Dugas, & Bukowski, 2003). Le fait que les chercheurs n'ont mesuré qu'une seule dimension de l'évitement cognitif, la suppression de la pensée, a pu affecter les résultats obtenus, surtout si l'on considère que la substitution de la pensée indésirable et l'évitement des stimuli qui la déclenchent pourraient être des stratégies d'évitement davantage utilisées à l'adolescence (Gosselin et al., 2007).

D'autres auteurs ont vérifié l'association entre l'intolérance à l'incertitude, les croyances positives mais aussi négatives à propos de l'inquiétude, l'orientation négative aux problèmes et l'inquiétude auprès de 80 enfants âgés de 8 à 12 ans issus de la population normative (Kertz & Woodruff-Borden, 2013). Les résultats révèlent que la combinaison des variables expliquent 41 % de la variance de la tendance à s'inquiéter, mais que seules les croyances négatives à propos de l'inquiétude (p.ex., l'inquiétude peut rendre fou, elle est dangereuse) contribuent de façon indépendante à prédire les scores d'inquiétude. Les chercheurs ont ensuite constitué un groupe clinique et un

groupe non clinique d'enfants sur la base des résultats obtenus à un questionnaire mesurant l'inquiétude et l'hypersensibilité de l'enfant (*Revised Child's Manifest Anxiety Scale*, RCMAS; Reynolds & Richmond, 1978). Les résultats de l'analyse de régression logistique démontrent que les enfants qui présentent davantage d'intolérance à l'incertitude et de croyances positives sont plus à risque de faire partie du groupe clinique d'enfants (Kertz & Woodruff-Borden, 2013). Il se peut que ces deux variables jouent un rôle plus important lorsque l'inquiétude est pathologique. Toutefois, les résultats qui concernent l'orientation négative aux problèmes sont limités par le fait que la mesure utilisée était une adaptation d'un questionnaire adulte dont les propriétés psychométriques n'ont pas été vérifiées auprès des enfants. L'évitement cognitif n'a malheureusement pas fait partie des variables à l'étude.

Enfin, Fialko et ses collègues (2012) ont récemment vérifié le lien entre l'inquiétude et l'intolérance à l'incertitude, l'évitement cognitif et l'attribution d'un pouvoir positif à l'inquiétude auprès de 515 participants âgés de 7 à 19 ans, issus de la population normative. Les auteurs apportent une contribution intéressante en effectuant des analyses séparément pour les enfants de 7 à 12 ans et pour ceux de 13 à 19 ans. Chez les adolescents, les trois variables permettent d'expliquer la tendance à s'inquiéter. De plus, l'intolérance à l'incertitude explique en partie la variance de l'évitement cognitif (26 %) et des croyances positives (27 %). Chez les enfants, seuls l'intolérance à l'incertitude et l'évitement cognitif exercent un effet indépendant sur la tendance à s'inquiéter (Fialko, Bolton, & Perrin, 2012). De plus, à l'instar des travaux de Laugesen et ses

collègues (2003) et de ceux effectués auprès des adultes, les résultats révèlent que pour les deux groupes d'âge, l'intolérance à l'incertitude est la variable la plus importante pour expliquer l'inquiétude.

Bref, l'ensemble des travaux effectués jusqu'à maintenant suggèrent généralement que le modèle basé sur l'intolérance à l'incertitude s'applique aux enfants et aux adolescents. Les études menées auprès d'enfants d'âge scolaire sont peu nombreuses et celles réalisées auprès d'échantillons cliniques d'enfants ou ayant vérifié les différentes composantes du modèle simultanément le sont encore davantage. De plus, la question de la spécificité des composantes du modèle au TAG demeure quasi-inexplorée à l'enfance alors qu'elle a été largement investiguée auprès des adultes, produisant des résultats parfois inconsistants à travers les études. La mise en lumière du rôle des vulnérabilités cognitives dans chacun des troubles anxieux permettrait d'améliorer les traitements disponibles pour ces conditions à l'enfance.

### **Objectifs et hypothèses**

Cette étude vise à confirmer, auprès d'enfants de 8 à 12 ans, la présence de lien entre l'intolérance à l'incertitude, l'orientation négative aux problèmes, l'évitement cognitif et l'inquiétude excessive. Il est attendu que les trois vulnérabilités cognitives seront des prédicteurs significatifs de l'inquiétude chez les enfants de 8 à 12 ans, qu'ils soient atteints d'un trouble anxieux ou non. Elle vise aussi à comparer trois groupes d'enfants sur la base des vulnérabilités cognitives : (a) des enfants manifestant un TAG

dans leur profil diagnostique; (b) des enfants souffrant d'un trouble anxieux en l'absence d'un TAG; et (c) des enfants issus d'un échantillon comparatif non clinique. Il est attendu que les vulnérabilités cognitives seront d'intensité plus élevée chez les enfants présentant un TAG comparativement aux enfants des deux autres conditions. Il est également attendu que les enfants souffrant d'un anxieux sans TAG manifesteront davantage de vulnérabilités cognitives que les enfants issus de l'échantillon comparatif non clinique. Étant donné qu'aucun instrument validé n'était disponible en français pour évaluer les croyances erronées, cette composante du modèle n'a pas été incluse dans l'étude.

## **Méthode**

### **Participants et déroulement**

Après l'obtention des certificats éthiques des institutions concernées (i.e., universitaire et hospitalier), deux sous-échantillons de participants ont été recrutés. Le premier est composé d'enfants souffrant d'anxiété référés à une clinique des troubles anxieux d'un hôpital pédopsychiatrique de Montréal. Le deuxième est constitué d'enfants fréquentant une école primaire publique située dans une municipalité régionale du Québec. La participation à l'étude était volontaire et tous les enfants participant étaient éligibles, s'ils le souhaitaient, à un tirage pour gagner une carte cadeau de 50 \$ dans un magasin vendant des livres et jeux éducatifs en guise de compensation.



**Sous-échantillon clinique.** Les enfants sont référés à la clinique par des médecins généralistes vers un médecin psychiatre, lorsqu'ils requièrent des soins spécialisés. Les enfants inclus dans l'étude étaient âgés de 8 à 12 ans, pouvaient lire et comprendre le français et présentaient un diagnostic de trouble anxieux primaire. Leur évaluation comportait deux étapes, soit (a) une évaluation clinique réalisée par le psychiatre traitant, basée sur les critères du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-IV-TR, APA, 2000) et, ensuite (b) une évaluation standardisée à l'aide de la section troubles anxieux de l'*Entrevue d'évaluation des troubles anxieux chez les enfants et les adolescents selon le DSM-IV, version enfants* (ADIS-C; Silverman & Albano, 1996). L'inclusion ou non de l'enfant dans l'étude était confirmée suivant les résultats à l'entrevue structurée. Cette entrevue structurée était enregistrée pour qu'un deuxième évaluateur établisse un diagnostic indépendant basé sur les informations révélées, en écoutant 25 % des évaluations sélectionnées au hasard (accord interjuge sur le diagnostic primaire = 100 %). Les enfants souffrant d'un état de stress post traumatique étaient exclus. Contrairement aux autres troubles anxieux, l'état de stress post traumatique survient suite à un événement traumatique spécifique vécu par l'enfant et les processus impliqués dans son étiologie diffèrent (pour une revue, voir Dyregrov & Yule, 2006). Les enfants étaient aussi exclus s'ils présentaient des difficultés langagières ou intellectuelles les rendant incapables de lire ou de comprendre les questionnaires à remplir, s'ils présentaient un mutisme sélectif les empêchant de bénéficier de l'évaluation psychiatrique et psychologique et s'ils avaient très peu de contacts avec leurs parents. Le formulaire d'information et de consentement à participer était remis et

signé par les parents lors de la rencontre d'évaluation de leur enfant. Les mesures étaient remplies par les enfants et leurs parents en trois temps pour s'insérer dans le processus clinique déjà en place. Les consignes précisait que l'enfant devait remplir ses questionnaires par lui-même. Une aide pouvait être apportée seulement s'il présentait des difficultés de compréhension sans discuter les réponses avec lui ou regarder ce qu'il avait inscrit.

Sur un total de 69 enfants qui semblaient rencontrer les critères d'inclusion selon les informations sommaires obtenues lors de l'admission à la clinique, 63 enfants se sont montrés intéressés à participer, ainsi que 62 mères et 40 pères. De ce nombre, 25 enfants ne répondaient pas aux critères d'inclusion de l'étude. Pour 23 d'entre eux, le trouble anxieux n'a pas été confirmé et un suivi approprié a été offert à la famille. Un enfant a été hospitalisé et un autre a été exclu puisqu'il éprouvait des difficultés de compréhension interférant avec l'administration des questionnaires. Un total de 38 enfants âgés de 8 à 12 ans (25 filles et 13 garçons) souffrant d'un trouble anxieux ainsi que leur mère et/ou leur père (38 mères et 27 pères pour un total de 65 parents) ont rempli les questionnaires de l'étude après l'obtention des consentements à participer (voir Appendice A). L'âge moyen des enfants était de 10,03 ans ( $ET = 1,48$ ). La plupart des parents sont nés au Québec (88,89 %) et ont indiqué que leur langue maternelle est le français (90,48 %).

Le trouble anxieux primaire des enfants, selon les résultats à l'ADIS-C, était le plus souvent le TAG (52,6 %), suivi du trouble d'anxiété de séparation (21,1 %), du trouble obsessionnel-compulsif (10,6 %), de la phobie spécifique (13,2 %) et du trouble d'anxiété sociale (7,9 %). Parmi les enfants, 47,4 % présentaient au moins un trouble anxieux secondaire parmi les suivants : phobie spécifique (15,8 %), trouble d'anxiété de séparation (15,8 %), trouble d'anxiété sociale (7,9 %) et TAG (5,3 %). L'évaluation clinique réalisée par le médecin psychiatre a révélé que d'autres troubles concomitants étaient parfois présents : trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité (18,4 %), syndrome Gilles de la Tourette (5,3 %) ou tics chroniques (5,3 %), trouble du langage (2,6 %), trouble oppositionnel avec provocation (2,6 %), trouble apprentissage (2,6 %) et trouble d'acquisition de la coordination (2,6 %).

**Sous-échantillon comparatif non clinique.** Le recrutement des enfants du milieu scolaire s'est fait après avoir présenté l'ensemble du projet à la direction et aux élèves de 3<sup>e</sup> à 6<sup>e</sup> année de l'école. Une fois le consentement des parents obtenus (voir Appendice B), une passation s'est faite en regroupant les élèves d'un même niveau scolaire (durée 45 minutes). Les parents étaient invités à remplir des questionnaires après avoir indiqué sur le formulaire de consentement s'ils désiraient les remplir par la poste ou en ligne (via le site Internet sécurisé *Survey Monkey*). Une procédure de codification a été établie pour apparier l'enfant à ses parents.

Au total, 73 enfants, âgés de 8 à 12 ans (48 filles et 26 garçons) ont rempli les questionnaires après avoir rapporté le formulaire de consentement de leurs parents. Cinquante-deux mères et 33 pères ont aussi complété les instruments. Une majorité a choisi de remplir les questionnaires en ligne ( $n = 64, 75,29 \%$ ). Seulement 21 parents ont indiqué leur choix de remplir la version papier des questionnaires (24,71 %). L'âge moyen des enfants est de 9,71 ans ( $ÉT = 1,12$ ). La plupart des parents sont nés au Québec (90,48 %) et ont indiqué que leur langue maternelle est le français (90,48 %).

### **Instruments de mesure**

La section des troubles anxieux de l'*Entrevue d'évaluation des troubles anxieux chez les enfants et les adolescents selon le DSM-IV, version enfants* (ADIS-C; Silverman & Albano, 1996) permet d'établir le diagnostic différentiel et la sévérité du trouble (0 à 8) chez les enfants de 7 à 17 ans. Un indice de sévérité de 4/8 ou plus établi par l'évaluateur permet de conclure à la présence du trouble anxieux chez l'enfant. L'instrument possède une bonne fidélité (Silverman, Saavedra, & Pina, 2001) et sa validité convergente est globalement soutenue par une association entre les diagnostics et les symptômes anxieux rapportés par questionnaire (Wood, Piacentini, Bergman, McCracken, & Barrios, 2002). Les entrevues ont été effectuées auprès des enfants par des psychologues spécialisées dans l'évaluation et le traitement des troubles anxieux ou par des étudiants au doctorat en psychologie supervisés par ces psychologues.

Le *Questionnaire sur les Inquiétudes de Penn State Enfants-Adolescents* (QIPS; Chorpita, Tracey, Brown, Collica, & Barlow, 1997) a été utilisé pour mesurer la sévérité de l'inquiétude des enfants (voir Appendice D). Cet outil de 14 items, conçu pour les enfants de 6 à 18 ans, possède une bonne validité convergente et divergente (Chorpita et al., 1997; Gosselin, Tremblay, Dugas, & Ladouceur, 2002; Muris, Meesters, & Gobel, 2001). La fidélité de la version française de l'instrument est également démontrée par une cohérence interne élevée ( $\alpha = 0,88$  et  $0,90$ ) et une stabilité temporelle adéquate ( $r = 0,67$ ) (Gosselin et al., 2002).

Le questionnaire *Cognitions reliées à l'anxiété généralisée pour enfants* (CAG-E; Gosselin, 2007), qui a été développé pour mesurer l'intolérance à l'incertitude (II : 4 items), l'orientation négative aux problèmes (ONP : 4 items) et l'évitement cognitif (ÉC : 8 items) chez les enfants et les adolescents a été utilisé (voir Appendice D). Les enfants évaluent jusqu'à quel point ils sont en accord avec chacun des énoncés, sur une échelle de type Likert en 3 points : *Ne me ressemble pas du tout* (1), *Me ressemble un peu* (2) et *Me ressemble beaucoup* (3). Les propriétés psychométriques auprès d'un échantillon d'enfants québécois âgés de 8 à 12 ans supportent une structure de l'instrument à trois facteurs et appuient sa validité convergente et la cohérence interne de chacune des échelles (II :  $\alpha = 0,71$ ; ONP :  $\alpha = 0,70$ ; ÉC :  $\alpha = 0,81$ ) (Martin & Gosselin, 2009).

Le questionnaire *Beck Youth Inventories* (BYI; Beck, Beck, Joly, & Steer, 2005) permet de mesurer la perception de l'enfant du concept de soi, l'anxiété, la dépression, la colère et les comportements perturbateurs. Chaque item est évalué par l'enfant, sur une échelle de type Likert en 4 points : *Jamais* (0), *Parfois* (1), *Souvent* (2) et *Toujours* (3). Les auteurs rapportent une très bonne fidélité de l'instrument (cohérence interne et fidélité test-retest) ainsi qu'une validité convergente et divergente adéquate pour l'ensemble des échelles auprès des enfants de 7 à 14 ans (Beck et al., 2005). Seule l'échelle de dépression (inventaire de dépression de Beck; IDB) a été utilisée (voir Appendice D).

Un questionnaire sociodémographique a été créé aux fins de l'étude et est composé de 13 questions visant la collecte d'informations sociodémographiques objectives auprès des parents (voir Appendice E). Des questions relatives à l'âge, la langue maternelle, la province de naissance, la scolarité et la situation familiale ont été posées.

Une version parent du CAG (CAG-P; Gosselin, 2007) a également été utilisée pour mesurer la perception du parent des vulnérabilités cognitives de son enfant (voir Appendice E). Les items du questionnaire pour enfant ont été reformulés afin de s'adresser au parent. L'analyse de fiabilité du questionnaire auprès du présent échantillon démontre une bonne cohérence interne auprès des mères et des pères pour l'échelle d'II (respectivement  $\alpha = 0,90$  et  $\alpha = 0,85$ ), d'ÉC (respectivement  $\alpha = 0,90$  et  $\alpha = 0,87$ ) et d'ONP (respectivement  $\alpha = 0,90$  et  $\alpha = 0,82$ ).

## Résultats

### Analyses préliminaires

**Analyses descriptives et vérification des postulats de base.** Avant d'analyser les données, des scores standardisés ont été calculés sur chacune des variables afin de détecter la présence de données aberrantes (plus ou moins de deux écarts type à la moyenne) pour ensuite les éliminer de la distribution ( $n < 5 \%$ ). Les postulats ont été vérifiés pour l'ensemble des analyses (normalité, linéarité, homoscédasticité, multicollinéarité, homogénéité des pentes de régression, absence d'interaction entre la covariable et les variables indépendantes pour les comparaisons de groupes). Dans l'ensemble, les postulats sont respectés et dans les rares cas où des indices indiquaient que le postulat de la normalité pouvait être violé (variables « orientation négative aux problèmes » selon le père de l'échantillon clinique) des transformations logarithmiques et racine carré ont été effectuées pour rendre la distribution normale. Puisque la transformation ne changeait pas les résultats obtenus aux analyses, tous les résultats rapportés portent sur les variables non transformées.

**Comparaison des sous-échantillons clinique et non clinique.** Des analyses préliminaires ont été effectuées pour s'assurer que les sous-échantillons clinique et non clinique étaient semblables sur les variables sociodémographiques. Aucune différence n'est observée quant au genre ( $\chi^2(1, N = 112) = 0,009, p = 0,923$ ), à l'âge ( $t(59,80) = 1,25, p = 0,256$ ) et au niveau de scolarité ( $\chi^2(1, N = 111) = 6,966, p = 0,073$ ) de l'enfant, à la langue maternelle de la mère ( $\chi^2(1, N = 88) = 0,075, p = 0,785$ ) ou du

père ( $\chi^2(1, N = 59) = 0,005, p = 0,945$ ), à la scolarité de la mère ( $\chi^2(2, N = 86) = 4,108, p = 0,128$ ), ou du père ( $\chi^2(2, N = 59) = 1,432, p = 0,489$ ), à la situation familiale (monoparentale, biparentale ou reconstituée) de la mère ( $\chi^2(2, N = 85) = 4,296, p = 0,117$ ), ou du père ( $\chi^2(2, N = 58) = 3,996, p > 0,05$ ) à l'âge de la mère ( $t(86) = 0,954, p = 0,343$ ) ou à l'âge du père ( $t(57) = 1,962, p = 0,055$ ).

**Identification des variables à contrôler.** Des corrélations, tests t et ANOVA ont été effectués pour vérifier si certaines variables sociodémographiques (âge, genre, niveau scolaire de l'enfant, lieu de naissance, langue maternelle, niveau de scolarité et situation familiale des parents) et les symptômes dépressifs pourraient potentiellement avoir un impact sur la tendance à s'inquiéter ou sur les vulnérabilités cognitives de l'enfant et ainsi jouer un rôle confondant dans les analyses de régression multiples et les analyses de comparaison subséquentes. Les résultats démontrent que les symptômes dépressifs sont liés positivement à la tendance à s'inquiéter ( $r = 0,636, p = 0,000$ ). Au plan des vulnérabilités cognitives, une différence significative est observée au niveau de l'intolérance à l'incertitude rapportée par les enfants ( $t(109) = 2,428, p = 0,017$ ), indiquant que les filles sont plus intolérantes à l'incertitude ( $M = 8,125, \acute{E}T = 2,02$ ) que les garçons ( $M = 7,086, \acute{E}T = 2,02$ ). La dépression est significativement reliée à l'intolérance à l'incertitude rapportée par l'enfant ( $r = 0,438, p = 0,000$ ) et par la mère ( $r = 0,324, p = 0,003$ ), à l'orientation négative aux problèmes perçue par l'enfant ( $r = 0,381, p = 0,000$ ), par la mère ( $r = 0,512, p = 0,000$ ) et par le père ( $r = 0,323,$



$p = 0,019$ ) et à l'évitement cognitif perçu par la mère ( $r = 0,312$ ,  $p = 0,004$ ) et le père ( $r = 0,290$ ,  $p = 0,037$ ). Ces variables seront contrôlées dans les analyses subséquentes.

**Comparaison des participants selon le répondant.** Des test  $t$  ont également été effectuées afin de s'assurer que les enfants étaient semblables au plan des vulnérabilités cognitives, de la tendance à s'inquiéter et des symptômes dépressifs auto-rapportés, que son parent ait rempli les questionnaires ou non. Aucune différence n'est observée entre les enfants dont le parent (la mère ou le père) a répondu aux questionnaires et ceux dont le parent n'a pas rempli les questionnaires au niveau de l'intolérance à l'incertitude, de l'orientation négative aux problèmes, de l'évitement cognitif, de la tendance à s'inquiéter et des symptômes dépressifs (tous les  $p > 0,05$ ). Des test  $t$  ont ensuite été effectués pour s'assurer que la perception des mères des vulnérabilités cognitives de l'enfant étaient semblables, que le père de l'enfant ait répondu ou non. Aucune différence n'a été observée au plan de l'intolérance à l'incertitude, de l'orientation négative aux problèmes, de l'évitement cognitif, de la tendance à s'inquiéter et des symptômes dépressifs (tous les  $p > 0,05$ ). L'absence de différence significative supporte le choix d'inclure tous les enfants et toutes les mères ayant répondu aux questionnaires dans les modèles de régression subséquents prédisant la tendance à s'inquiéter de l'enfant. Compte tenu du petit nombre de pères ayant rempli les échelles d'intolérance à l'incertitude, d'orientation négative aux problèmes et d'évitement cognitif alors que la mère de l'enfant n'avait pas répondu aux questionnaires (respectivement  $n = 8$ ,  $n = 7$ ,  $n = 7$ ) aucune comparaison n'a été effectuée en ce sens.

### **Analyses principales**

La première hypothèse de prédiction de la tendance à s'inquiéter à partir des vulnérabilités cognitives de l'enfant est vérifiée dans une approche continue, à l'aide d'analyses de régression hiérarchiques effectuées sur l'ensemble de l'échantillon (participants issus de l'échantillon clinique et non clinique). La deuxième hypothèse de spécificité des vulnérabilités cognitives au TAG est testée à l'aide d'ANCOVAs et d'ANOVAs permettant de comparer trois groupes d'enfants : ceux qui souffrent d'un TAG, ceux qui présentent un trouble anxieux en l'absence d'un TAG et ceux issus d'un groupe de comparaison non clinique.

#### **Prédictions de la tendance à s'inquiéter à partir des vulnérabilités cognitives.**

Le Tableau 1 expose les corrélations obtenues entre les vulnérabilités cognitives de l'enfant selon les différents répondants et sa tendance à s'inquiéter, en contrôlant pour le genre dans le cas de l'intolérance à l'incertitude selon l'enfant et pour les symptômes dépressifs pour toutes les variables (afin de simplifier la présentation des résultats). Des corrélations significatives modérées à fortes sont observées entre les vulnérabilités cognitives (intolérance à l'incertitude, orientation négative aux problèmes et évitement cognitif) pour chacun des répondants. Dans l'ensemble, il n'y a pas de lien significatif entre la perception de l'enfant de ses propres vulnérabilités cognitives et celle de ses parents. Cependant, les résultats montrent des corrélations modérées à fortes entre la perception des mères et la perception des pères des vulnérabilités cognitives des enfants.

Tableau 1

*Corrélations partielles entre les vulnérabilités cognitives et la tendance à s'inquiéter en contrôlant pour la dépression*

Variables	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.
Mesurées chez les enfants										
1. II <sup>a</sup>	---	0,389*** (104)	0,272** (104)	0,408*** (101)	0,181 (82)	0,149 (82)	0,141 (82)	0,206 (55)	0,061 (52)	0,091 (52)
2. ONP		---	0,279** (103)	0,306** (100)	0,221* (81)	0,163 (81)	0,157 (81)	0,054 (54)	-0,086 (51)	-0,019 (48)
3. ÉC			---	0,251* (100)	0,031 (81)	-0,021 (81)	0,084 (81)	0,117 (55)	0,026 (52)	0,03 (52)
4. QIPS				---	0,499*** (75)	0,369** (78)	0,416*** (75)	0,414** (52)	0,302* (49)	0,499*** (49)
Mesurées chez les mères										
5. II					---	0,664*** (81)	0,581*** (80)	0,686*** (46)	0,639*** (44)	0,514*** (44)
6. ONP						---	0,694*** (80)	0,271 (47)	0,516*** (45)	0,305* (45)
7. ÉC							---	0,433** (46)	0,454** (45)	0,412** (45)
Mesurées chez les pères										
8. II								---	0,748*** (52)	0,688*** (52)
9. ONP									---	0,666*** (51)
10.ÉC										---

Notes. \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ , \*\*\* $p < 0,001$ . Le  $n$  pour chacune des corrélations est indiqué entre parenthèses.

II = Intolérance à l'incertitude; ONP = Orientation négative aux problèmes; ÉC = Évitement cognitif; QIPS = Questionnaire sur les Inquiétudes de Penn State Enfants-Adolescents

<sup>a</sup> Les corrélations ont été effectuées en contrôlant pour la dépression et pour le genre

Trois analyses de régression multiples hiérarchiques ont été réalisées afin de prédire la tendance à s'inquiéter de l'enfant à l'aide des mesures de vulnérabilités cognitives (prédicteurs mesurés chez l'enfant, la mère et le père analysés séparément). Pour chacune, les symptômes dépressifs ont été introduits dans une première étape des régressions, suivis des trois mesures de vulnérabilités. Le Tableau 2 présente les résultats obtenus. La dépression prédit chaque fois la tendance à s'inquiéter de l'enfant. Chacune des analyses révèlent aussi que les vulnérabilités cognitives, mesurées chez l'enfant, la mère ou le père, entrées ensemble dans un bloc dans une deuxième étape, contribuent à la prédiction de l'inquiétude de l'enfant. L'examen des coefficients Beta et des tests t réalisés sur chacun des prédicteurs révèle toutefois que pour les régressions utilisant les variables cognitives évaluées selon l'enfant et de la mère, seule l'intolérance à l'incertitude semble contribuer significativement à l'accroissement de la variance prédite en deuxième étape en présence des autres variables. Lorsque les vulnérabilités cognitives sont mesurées auprès du père, les résultats montrent que seul l'évitement cognitif semble contribuer significativement à l'accroissement de la variance prédite en deuxième étape.

Tableau 2

*Analyses de régression multiples prédisant la tendance à s'inquiéter des enfants (QIPS) selon les symptômes dépressifs auto-rapportés (IDB) et les vulnérabilités cognitives (II, ONP et ÉC) selon les enfants, les mères et les pères*

Variables	QIPS											
	Vulnérabilités selon les enfants <sup>a</sup> (N = 99)				Vulnérabilités selon les mères <sup>b</sup> (N = 75)				Vulnérabilités selon les pères <sup>c</sup> (N = 48)			
	$\beta$	$t$	$p$	$R^2$	$\beta$	$t$	$p$	$R^2$	$\beta$	$t$	$p$	$R^2$
Étape 1												
IDB	0,611	7,597	0,000		0,649	7,293	0,000		0,665	6,032	0,000	
	0,373				0,422				0,442			
Étape 2												
IDB	0,440	5,418	0,000		0,501	5,517	0,000		0,616	5,688	0,000	
II	0,292	3,380	0,001		0,351	2,948	0,004		0,261	1,659	0,104	
ONP	0,121	1,439	0,154		-0,069	0,497	0,621		-0,267	1,546	0,129	
ÉC	0,101	1,315	0,192		0,165	1,374	0,174		0,390	2,688	0,010	
	0,509				0,582				0,617			

Notes : QIPS = Questionnaire sur les Inquiétudes de Penn State Enfants-Adolescents; IDB = Inventaire de dépression de Beck; II = Intolérance à l'incertitude; ONP = Orientation négative aux problèmes; ÉC = Évitement cognitif

<sup>a</sup> Étape 1 :  $F(1,97) = 57,719, p = 0,000$ , Étape 2 :  $F(4,94) = 24,393, p = 0,000$

<sup>b</sup> Étape 1 :  $F(1,73) = 53,195, p = 0,000$ , Étape 2 :  $F(4,70) = 24,323, p = 0,000$

<sup>c</sup> Étape 1 :  $F(1,46) = 36,380, p = 0,000$ , Étape 2 :  $F(4,43) = 17,291, p = 0,000$

**Analyses de variance et de covariance.** Des ANCOVAs et des ANOVAs ont été faites afin de comparer trois groupes d'enfants au plan des vulnérabilités cognitives : les enfants qui souffrent d'un TAG (primaire ou secondaire) ( $n = 20$ ), les enfants qui souffrent d'un autre trouble anxieux en l'absence d'un TAG ( $n = 16$ ) et les enfants du groupe de comparaison non clinique ( $n = 69$ ). Les deux groupes cliniques ont été constitués sur la base des résultats obtenus à l'ADIS-C.

Le Tableau 3 présente les résultats des ANCOVAs et des ANOVAs et le Tableau 4 présente les moyennes et les écarts types des mesures de vulnérabilités cognitives obtenues par chacun des groupes. Les trois premières analyses utilisant les mesures de vulnérabilités cognitives prises chez l'enfant comme variables dépendantes démontrent qu'il n'y a pas de différence significative entre les trois groupes au plan de l'intolérance à l'incertitude, de l'orientation négative et de l'évitement cognitif après avoir contrôlé pour le genre et la dépression. Les ANCOVAs incluant les variables évaluées selon la perspective de la mère ou du père montrent par ailleurs une différence entre les trois groupes au plan des vulnérabilités cognitives, et ce, après avoir contrôlé pour les symptômes dépressifs. Les contrastes à posteriori ont été effectués avec la procédure Sidak pour éviter la perte de puissance statistique pouvant découler de la correction Bonferroni vu le petit nombre de sujets par groupe (Field, 2013). L'ANOVA incluant l'intolérance à l'incertitude selon le père montre également une différence entre les trois groupes. Compte tenu du nombre inégal de sujets par groupe, la procédure Hochberg's GT2 a été utilisée pour effectuer des tests a posteriori (Field, 2013). Ainsi, si on tient

compte de la perception des mères ou des pères, les résultats montrent que le groupe d'enfants souffrant d'un TAG et le groupe d'enfants ayant un autre trouble anxieux que le TAG rapportent tous deux plus d'intolérance à l'incertitude, d'orientation négative aux problèmes et d'évitement cognitif que les enfants non cliniques (tous les  $p < 0,01$ ). Les deux groupes cliniques ne semblent toutefois pas différer significativement au plan des variables estimées par les parents.

Tableau 3

*Différences au plan des vulnérabilités cognitives en fonction des groupes*

Source	Intolérance à l'incertitude				Orientation aux problèmes				Évitement cognitif			
	<i>dl</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	$\eta^2$	<i>dl</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	$\eta^2$	<i>dl</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	$\eta^2$
Mesurées chez les enfants												
Dépression	1	17,258	0,000	0,147	1	14,304	0,000	0,125	-	-	-	-
Genre	1	7,581	0,007	0,070	-	-	-	-	-	-	-	-
Groupe	2	2,693	0,073	0,051	2	1,265	0,287	0,025	2	0,415	0,661 <sup>a</sup>	0,008
Erreur	100				100				107			
Mesurées chez les mères												
Dépression	1	1,608	0,208	0,020	1	14,608	0,000	0,158	1	1,724	0,193	0,022
Genre	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Groupe	2	31,632	0,000	0,448	2	28,664	0,000	0,424	2	20,718	0,000	0,347
Erreur	78				78				78			
Mesurées chez les pères												
Dépression	-	-	-	-	1	1,431	0,238	0,029	1	1,401	0,242	0,028
Genre	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Groupe	2	13,329	0,000 <sup>a</sup>	0,326	2	19,678	0,000	0,451	2	12,942	0,000	0,350
Erreur	55				48				48			

*Notes.* <sup>a</sup> Des ANOVAs ont été réalisées pour comparer les groupes



Tableau 4

*Moyennes et écart-types aux mesures de vulnérabilités cognitives en fonction des groupes*

Source	Intolérance à l'incertitude		Orientation négative aux problèmes		Évitement cognitif	
	Moyenne	Écart-type	Moyenne	Écart-type	Moyenne	Écart-type
Mesurées chez les enfants						
Groupe TAG	8,328 <sup>a</sup> (20)	0,426	8,107 <sup>a</sup> (20)	0,422	17,905 <sup>a</sup> (19)	3,794
Groupe autres troubles anxieux	6,884 <sup>a</sup> (16)	0,465	7,137 <sup>a</sup> (15)	0,477	17,286 <sup>a</sup> (16)	2,583
Groupe non clinique	7,545 <sup>a</sup> (69)	0,226	7,514 <sup>a</sup> (69)	0,224	17,171 <sup>a</sup> (69)	3,224
Mesurées chez les mères						
Groupe TAG	9,576 <sup>a</sup> (19)	0,783	10,967 <sup>a</sup> (20)	0,724	14,271 <sup>a</sup> (19)	1,269
Groupe autres troubles anxieux	9,209 <sup>a</sup> (16)	0,830	9,813 <sup>a</sup> (16)	0,785	15,421 <sup>a</sup> (16)	1,349
Groupe non clinique	3,214 <sup>b</sup> (47)	0,494	4,884 <sup>b</sup> (46)	0,474	6,692 <sup>b</sup> (47)	0,802
Mesurées chez les pères						
Groupe TAG	6,533 <sup>a</sup> (13)	0,905	8,408 <sup>a</sup> (13)	0,782	11,363 <sup>a</sup> (13)	1,322
Groupe autres troubles anxieux	8,273 <sup>a</sup> (11)	1,056	7,669 <sup>a</sup> (11)	0,811	11,673 <sup>a</sup> (10)	1,441
Groupe non clinique	2,635 <sup>b</sup> (31)	0,619	3,191 <sup>b</sup> (28)	0,518	4,807 <sup>b</sup> (29)	0,860

*Notes* : Les moyennes sont ajustées pour la covariable lorsque des ANCOVAs ont été effectuées.

Le nombre de participants par groupe est indiqué entre parenthèses.

Les moyennes qui ne partagent pas la même lettre en indice supérieur sont significativement différentes entre elles aux tests a posteriori ( $p < 0,05$ ).

### Discussion

La présente étude visait d'abord à confirmer, auprès d'enfants de 8 à 12 ans, la présence d'un lien entre l'intolérance à l'incertitude, l'orientation négative aux problèmes, l'évitement cognitif et l'inquiétude excessive. Il était attendu que les trois vulnérabilités cognitives seraient des prédicteurs significatifs de l'inquiétude chez les enfants. L'hypothèse est supportée par les résultats des analyses de régression hiérarchiques, qui démontrent que les symptômes dépressifs prédisent la tendance à s'inquiéter et que lorsque qu'elles sont considérées globalement, les vulnérabilités cognitives mesurées selon l'enfant, la mère et le père permettent d'améliorer significativement la prédiction de la tendance à s'inquiéter (respectivement 13,6 %, 16 % et 17,5 %). Les vulnérabilités cognitives jouent donc chacune un rôle dans l'explication de la tendance à s'inquiéter. Toutefois, selon les données obtenues auprès de l'enfant et de la mère, l'intolérance à l'incertitude serait un meilleur prédicteur puisque c'est la seule vulnérabilité cognitive qui contribue de façon unique à prédire la tendance à s'inquiéter, lorsque l'on tient compte de l'effet de la dépression et des autres variables. Ces résultats viennent appuyer les travaux réalisés auprès des adultes, des adolescents et des enfants qui suggèrent que l'intolérance à l'incertitude jouerait un rôle central dans l'explication de la tendance à s'inquiéter (Fialko et al., 2012; Lachance, Ladouceur, & Dugas, 1999; Laugesen et al., 2003). Les résultats obtenus concernant l'absence de contribution unique de l'orientation négative aux problèmes mesurée auprès des enfants répliquent ceux obtenus au cours de l'étude de Kertz et Woodruff-Borden (2013), mais infirment ceux obtenus par Laugesen et ses collègues (2003). À

l'inverse, les résultats quant à l'absence de contribution unique de l'évitement cognitif vont dans le même sens que ceux obtenus lors de l'étude de Laugesen et ses collègues, mais non lors de celle de Fialko et ses collaborateurs (2012). La diversité des vulnérabilités cognitives incluses dans les modèles étudiés, des caractéristiques des participants (âge, échantillon clinique ou normatif), des instruments de mesure, des sources d'information et des analyses utilisés à travers les études limite la comparaison des résultats qui en sont issus. D'autres études seront nécessaires pour confirmer les conclusions quant au rôle de chacune des vulnérabilités cognitives de l'enfant dans la prédiction de la tendance à s'inquiéter.

À notre connaissance, la présente étude est la première à inclure une évaluation des vulnérabilités cognitives de l'enfant par le père. Les analyses de régression démontrent que lorsque l'on considère sa perception, les trois vulnérabilités cognitives prédisent la tendance à s'inquiéter de l'enfant. Toutefois, l'évitement cognitif semble être un meilleur prédicteur, étant donné que c'est la seule vulnérabilité cognitive qui apporte une contribution unique à la prédiction de l'inquiétude en présence des symptômes dépressifs et des autres variables cognitives. Il se peut que les mères et les pères ne portent pas attention aux mêmes vulnérabilités cognitives chez leur enfant ou que celui-ci ne démontre pas les mêmes attitudes selon le parent avec lequel il interagit. Les résultats de l'étude de Comer et ses collègues (2009) démontrent que l'intolérance à l'incertitude est associée à la recherche de réassurance chez les enfants. Typiquement, les mères joueraient davantage un rôle de réconfort et d'octroi des soins auprès de

l'enfant alors que les pères s'engageraient plutôt dans des interactions actives, excitantes et orientées vers le jeu (pour une revue, voir Bögels & Phares, 2008). Il se peut que dans une recherche de réconfort, les enfants se tournent davantage vers la mère pour exprimer l'intolérance à l'incertitude et qu'ils aient plutôt tendance à utiliser des stratégies d'évitement cognitif pour s'autoréguler en présence du père, comme par exemple en cherchant à se distraire par le jeu. Ceci pourrait expliquer que l'intolérance à l'incertitude évaluée par les mères contribue de façon unique à prédire l'inquiétude lorsque l'on tient compte de la variance partagée entre les variables cognitives alors que les données recueillies auprès des pères suggèrent que l'évitement cognitif contribue à prédire l'inquiétude de façon plus importante. D'autres études sur les pratiques parentales différentes des mères et des pères auprès des enfants pourraient enrichir notre compréhension de leur contribution respective au développement et au maintien des inquiétudes chez ces enfants.

Le deuxième objectif de l'étude était de vérifier si l'intolérance à l'incertitude, l'orientation négative aux problèmes et l'évitement cognitif diffèrent entre : (a) des enfants souffrant d'un TAG; (b) des enfants souffrant d'un trouble anxieux sans TAG; et (c) des enfants issus d'un échantillon comparatif non clinique. Il était attendu que les vulnérabilités cognitives seraient d'intensité plus élevée chez les enfants présentant un TAG comparativement aux enfants des deux autres conditions et qu'elles seraient d'intensité plus élevée chez les enfants présentant un trouble anxieux sans TAG comparativement aux enfants issus de l'échantillon comparatif non clinique. L'hypothèse

de spécificité des vulnérabilités cognitives au TAG n'est pas confirmée par les résultats. Lorsque les vulnérabilités cognitives sont mesurées auprès des enfants, aucune différence significative n'est observée entre les groupes. Les résultats diffèrent lorsque l'on considère la perception qu'ont les mères et les pères des vulnérabilités cognitives, les enfants manifestant un TAG ou un autre trouble anxieux étant plus intolérants à l'incertitude, présentant davantage d'orientation négative aux problèmes et d'évitement cognitif que ceux du groupe de comparaison non clinique, alors que les deux groupes cliniques ne se distinguent pas entre eux. Cette distinction observée entre chacun des groupes cliniques et le groupe de comparaison est cohérente avec les résultats de travaux antérieurs effectués auprès des adultes et des enfants qui ont comparé les individus manifestant un TAG ou un trouble anxieux à ceux de la population non clinique sur la base des vulnérabilités cognitives (Carleton et al., 2012; Comer et al., 2009; Dugas et al., 1998, 2005; Ladouceur et al., 1999; Mahoney & McEvoy, 2012). L'ensemble des résultats obtenus auprès des enfants et des parents, démontrant que les vulnérabilités cognitives ne permettent pas de distinguer les enfants souffrant d'un TAG de ceux qui présentent un autre trouble anxieux, suggèrent qu'à l'enfance, les vulnérabilités cognitives sont reliées de manière non spécifique aux troubles anxieux. Ces résultats vont dans le même sens que plusieurs études réalisées auprès des adultes qui suggèrent que l'intolérance à l'incertitude (Boswell et al., 2013; Carleton et al., 2012; Holaway et al., 2006; Mahoney & McEvoy, 2012; Tolin et al., 2003), l'orientation négative aux problèmes (Dugas et al., 2005) et l'évitement cognitif (Dugas et al., 2005; Ladouceur et al., 1999) pourraient être des construits communs à tous les troubles anxieux. Bien que

l'inquiétude excessive soit l'élément central du TAG, elle peut toutefois constituer un symptôme caractéristique d'autres troubles anxieux (p.ex., trouble d'anxiété de séparation, APA, 2000, 2013), ce qui pourrait expliquer que les vulnérabilités cognitives du modèle explicatif de l'inquiétude excessive ne permettent pas de distinguer les enfants qui souffrent d'un TAG de ceux qui manifestent un autre trouble anxieux mais qu'elles soient davantage présentes chez les enfants des deux groupes cliniques que chez les jeunes de la population non clinique.

Les vulnérabilités cognitives pourraient être non spécifiques au TAG à toutes les périodes de la vie, mais il se peut également que le lien entre elles et le TAG diffère à l'enfance et à l'âge adulte. Certaines études ont aussi démontré que les adultes présentant un TAG sont plus intolérants à l'incertitude que ceux qui présentent un autre trouble anxieux (Dugas et al., 2005; Ladouceur et al., 1999) et qu'ils manifestent davantage d'orientation négative aux problèmes (Ladouceur et al., 1999). Il est possible que comparativement aux adultes, les vulnérabilités cognitives à l'enfance soient moins bien développées et cristallisées, ce qui pourrait faire en sorte qu'elles ne soient pas encore des prédicteurs suffisamment spécifiques pour permettre de détecter des différences entre des niveaux très élevés d'inquiétudes, caractéristiques du TAG, et des niveaux élevés d'inquiétudes plus représentatifs des autres troubles anxieux.

Néanmoins, la seule autre étude effectuée auprès des enfants présentant un TAG suggère qu'ils seraient plus intolérants à l'incertitude que ceux qui présentent un autre

trouble anxieux (Read et al., 2013). Cependant, dans cette étude, l'intolérance à l'incertitude chez les enfants prédit la présence d'un TAG primaire plutôt que celle d'un autre trouble anxieux seulement lorsqu'un diagnostic composite est établi sur la base de la combinaison de la version enfant et la version parent de l'ADIS. Lorsque, comme dans la présente étude, le diagnostic était établi sur la base de l'une ou l'autre des versions séparément, l'intolérance à l'incertitude ne prédisait pas la présence d'un TAG primaire. Il se peut que l'utilisation de la version parent de l'ADIS aurait permis une évaluation diagnostique plus exhaustive des symptômes anxieux et que des résultats différents auraient alors été obtenus. La divergence des résultats obtenus peut aussi potentiellement s'expliquer par les différents questionnaires utilisés pour mesurer l'intolérance à l'incertitude. En effet, Read et ses collègues (2013) ont utilisé un questionnaire de 27 items adapté d'un questionnaire adulte (Buhr & Dugas, 2002; Freeston et al., 1994) alors qu'un questionnaire comportant 4 items a été utilisé dans la présente étude. De plus, dans l'étude de Read et al., les groupes de comparaison ont été constitués sur la base du diagnostic primaire alors que dans la présente étude, les enfants qui manifestaient un TAG, qu'il soit primaire ou secondaire, étaient inclus dans le groupe « TAG ». Cette décision a été prise en raison du fait que même si le diagnostic primaire reflète la difficulté la plus sévère chez l'enfant, la présence d'un TAG secondaire ou tertiaire pourrait quand même être associée à la présence accrue des vulnérabilités cognitives. Cependant, tel que mentionné par Read et ses collègues, advenant le cas où la relation entre les vulnérabilités cognitives et le TAG est plus forte que celle entre les vulnérabilités et les autres troubles anxieux, les scores obtenus au

questionnaire devraient permettre de discriminer les cas où le TAG est primaire des cas où il est secondaire. Il est cependant peu probable que les résultats aient été affectés par cette différence dans la constitution des groupes puisque dans la présente étude, le diagnostic était secondaire pour seulement deux enfants du groupe « TAG » (9,09 %) composition de groupe.

Un autre constat qui émane des résultats concerne la divergence entre la perception des enfants et des parents des vulnérabilités cognitives du jeune. En effet, il n'y a aucune corrélation significative entre la perception de l'enfant de ses propres vulnérabilités cognitives et celle des mères et des pères. Il est possible que les enfants éprouvent de la difficulté à réfléchir à leurs propres pensées et attitudes ou que leur compréhension des termes abstraits des outils de mesure des vulnérabilités cognitives ait été limitée, surtout pour les plus jeunes, ce qui pourrait aussi expliquer la divergence des résultats obtenus selon le répondant pour les comparaisons de groupe. Comer et ses collaborateurs (2009) ont d'ailleurs observé que leur questionnaire d'intolérance à l'incertitude était moins utile pour discriminer les enfants présentant un trouble anxieux de ceux du groupe non clinique auprès des participants âgés de 7 ou 8 ans. Cependant, la compréhension du questionnaire ne semble pas avoir été problématique puisque la cohérence interne des échelles du CAG-E étaient globalement acceptables dans le présent échantillon (II :  $\alpha = 0,72$ ; ONP :  $\alpha = 0,69$ ; ÉC :  $\alpha = 0,70$ ). Le nombre limité de sujets n'a cependant pas permis de vérifier la cohérence interne des échelles par groupe d'âge. Dans la littérature, un faible taux de concordance entre la perception de l'enfant et des parents



est typiquement observé dans l'évaluation des construits relatifs à l'anxiété à l'enfance (Choudhury, Pimentel, & Kendall, 2003; Comer & Kendall, 2004; Cosi, Canals, Hernandez-Martinez, & Vigil-Colet, 2010; Grills & Ollendick, 2003; Lagattuta, Sayfan, & Bamford, 2012; Muris, Merckelbach, Van Brackel, & Mayer, 1999; Villabø, Gere, Torgersen, March, & Kendall, 2012). Un faible taux d'accord a également plus précisément été observé entre la perception de l'enfant de sa propre intolérance à l'incertitude et celle de la mère (Comer et al., 2009). Tel que souligné par les auteurs, l'enfant peut faire preuve de désirabilité sociale et la perception des parents des symptômes non observables de l'enfant peut être plus subjective, d'où la pertinence d'utiliser les deux sources d'information dans l'évaluation.

Certaines limites appellent à la prudence dans l'interprétation des résultats. D'abord, à l'instar de la majorité des travaux réalisés auprès des adultes, la présence typique de troubles anxieux concomitants chez les enfants participant à la présente étude (47,4 %) a pu atténuer la détection des différences entre les deux groupes cliniques au plan des vulnérabilités cognitives. Bien que la constitution de groupes plus « purs » au plan diagnostique soit moins représentative de la réalité, elle permettrait d'améliorer la compréhension des processus psychologiques impliqués dans chacun des troubles anxieux. Il se peut également que le manque de puissance statistique engendré par le petit nombre de participants constituant les deux groupes cliniques ait empêché de détecter de différences existantes au plan des vulnérabilités cognitives entre les enfants manifestant un TAG et ceux présentant un autre trouble anxieux. Les résultats devront

donc être répliqués auprès d'un plus grand nombre d'enfants. Les résultats devront également être répliqués auprès d'enfants plus diversifiés au plan ethnique et au niveau de la langue afin d'obtenir une meilleure généralisation des résultats. De plus, on ne peut exclure la possibilité que les parents qui ont accepté de participer à l'étude ne soient pas représentatifs de la population puisqu'ils étaient volontaires et manifestaient donc un intérêt pour la recherche et possiblement pour le sujet de l'anxiété. Il se peut également que certains enfants dans le groupe de comparaison non clinique manifestaient des troubles anxieux, ce qui a pu influencer les résultats. Cette procédure a été utilisée puisque la présence de troubles anxieux chez les enfants de la population non clinique semble plus représentative de la réalité. Des résultats différents auraient pu être observés si des mesures des croyances erronées par rapport à l'inquiétude avaient été incluses dans l'étude. Le développement et la validation de ce type d'outils en français pourraient ultérieurement permettre de vérifier l'applicabilité du modèle dans son ensemble. Enfin, le protocole de recherche ne permet pas de tirer de conclusion quant à une relation causale entre les vulnérabilités cognitives et la tendance à s'inquiéter. Des études longitudinales pourraient nous informer de la façon dont les vulnérabilités cognitives se développent chez les enfants et comment elles deviennent problématiques.

Malgré ces limites, l'étude contribue certainement à l'avancement des connaissances puisqu'elle est la première à investiguer, auprès des enfants de 8 à 12 ans le lien entre l'intolérance à l'incertitude, l'orientation négative aux problèmes, l'évitement cognitif et la tendance à s'inquiéter de manière simultanée et à vérifier leur

spécificité au diagnostic de TAG. La présente étude est l'une des rares à avoir inclus la perception des parents et plus particulièrement des pères, des vulnérabilités cognitives de l'enfant.

Bref, les résultats confirment que les vulnérabilités cognitives prédisent la tendance à s'inquiéter lorsque l'on tient compte des symptômes dépressifs et que l'intolérance à l'incertitude (évaluée par l'enfant et par la mère) et l'évitement cognitif (évalué par les pères) semblent être des prédicteurs davantage contributifs en présence des autres variables. Les comparaisons de groupe effectuées avec les mesures auto-rapportées n'ont pas permis de démontrer des différences significatives entre les groupes alors que celles réalisées en utilisant les parents comme source d'information confirment que les enfants présentant un TAG et ceux qui manifestent un autre trouble anxieux sont plus intolérants à l'incertitude, manifestent davantage d'orientation négative aux problèmes et d'évitement cognitif que les enfants d'un groupe de comparaison non clinique mais qu'ils ne se distinguent pas entre eux. Les résultats suggèrent que les vulnérabilités cognitives seraient des variables pertinentes à la compréhension et au traitement de l'ensemble des troubles anxieux à l'enfance. L'intolérance à l'incertitude, l'orientation négative aux problèmes et l'évitement cognitif ne sont pas des cibles centrales des traitements cognitivo-comportementaux des troubles anxieux actuellement disponibles à l'enfance (pour une revue, voir Cartwright-Hatton, Roberts, Chitsabesan, Fothergill, & Harrington, 2004). L'élaboration d'interventions qui ciblent plus particulièrement les vulnérabilités cognitives à l'étude pourrait donc éventuellement entraîner des progrès

dans l'efficacité des traitements offerts aux enfants qui souffrent de ces psychopathologies.

## Références

- Albano, A. M., & Hack, S. (2004). Children and adolescents. Dans R. G. Heimberg, C. L. Turk, & D. S. Mennin (Éds), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* (pp. 383-408). New York, NY: Guilford Press.
- American Psychiatric Association. (2000). *DSM-IV-TR: Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4<sup>e</sup> éd. rév.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2013). *DSM-5: Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5<sup>e</sup> éd.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Bacow, T. L., Pincus, D. B., Ehrenreich, J. T., & Brody, L. R. (2009). The Metacognitions Questionnaire for Children: Development and validation in a clinical sample of children and adolescents with anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders, 23*, 727-736.
- Beck, J. S., Beck, A. T., Jolly, J. B., & Steer, R. A. (2005). *Beck Youth Inventories for children and adolescents* (2<sup>e</sup> éd.). San Antonio, TX: PsychCorp.
- Boelen, P. A., & Reijntjes, A. (2009). Intolerance of uncertainty and social anxiety. *Journal of Anxiety Disorders, 23*, 130-135.
- Boelen, P. A., Reijntjes, A., & Carleton, R. N. (2014). Intolerance of uncertainty and adult separation anxiety. *Cognitive Behaviour Therapy, 43*, 133-144.
- Boelen, P. A., Vrinssen, I., & van Tulder, F. (2010). Intolerance of uncertainty in adolescents: Correlations with worry, social anxiety, and depression. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 198*, 194-200.
- Bögels, S., & Phares, V. (2008). Father's role in the etiology, prevention and treatment of child anxiety: A review and new model. *Clinical Psychology Review, 28*, 539-558.
- Borkovec, T. D., Alcaine, O. M., & Behar, E. (2004). Avoidance theory of worry and generalized anxiety disorder. Dans R. G. Heimberg, C. L. Turk, & D. S. Mennin (Éds), *Generalized anxiety disorder: Advances in research in clinical practice* (pp. 77-108). New York, NY: Guilford Press.
- Boswell, J. F., Thompson-Hollands, J., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2013). Intolerance of uncertainty: A common factor in the treatment of emotional disorders. *Journal of Clinical Psychology, 69*, 630-645.

- Buhr, K., & Dugas, M. J. (2002). The intolerance of uncertainty scale: Psychometric properties of the English version. *Behaviour Research and Therapy*, *40*, 931-945.
- Carleton, R. N., Collimore, K. C., & Asmundson, G. J. G. (2010). "It's not just the judgements - It's that I don't know": Intolerance of uncertainty as a predictor of social anxiety. *Journal of Anxiety Disorders*, *24*, 189-195.
- Carleton, R. N., Duranceau, S., Freeston, M. H., Boelen, P. A., McCabe, R. E., & Antony, M. M. (2014). "But it might be a heart attack": Intolerance of uncertainty and panic disorder symptoms. *Journal of Anxiety Disorders*, *28*, 463-470.
- Carleton, R. N., Fetzner, M. G., Hackl, J. L., & McEvoy, P. (2013). Intolerance of uncertainty as a contributor to fear and avoidance symptoms of panic attacks. *Cognitive Behaviour Therapy*, *42*, 328-341.
- Carleton, R. N., Mulvogue, M. K., Thibodeau, M. A., McCabe, R. E., Antony, M. M., & Asmundson, G. J. G. (2012). Increasingly certain about uncertainty: Intolerance of uncertainty across anxiety and depression. *Journal of Anxiety Disorders*, *26*, 468-479.
- Cartwright-Hatton, S., Roberts, C., Chitsabesan, P., Fothergill, C., & Harrington, R. (2004). Systematic review of the efficacy of cognitive behaviour therapies for childhood and adolescent anxiety disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, *43*(4), 421-436.
- 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. *Behaviour Research and Therapy*, *35*, 569-581.
- Choudhury, M. S., Pimentel, S. S., & Kendall, P. C. (2003). Child anxiety disorders: Parent-child (dis)agreement using a structured interview for the DSM-IV. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *42*, 957-964.
- Comer, J., & Kendall, P. C. (2004). A symptom-level examination of parent-child agreement in the diagnosis of anxious youths. *Journal of the American of Child and Adolescent Psychiatry*, *43*, 878-886.
- Comer, J., Roy, A. K., Furr, J. M., Gotimer, K., Beidas, R. S., Dugas, M. J., & Kendall, P. C. (2009). The intolerance of uncertainty scale for children: A psychometric evaluation. *Psychological Bulletin*, *21*, 409-411.
- Copeland, W. E., Shanahan, L., Costello, J., & Angold, A. (2009). Childhood and adolescent psychiatric disorders as predictors of young adult disorders. *Archives of General Psychiatry*, *7*, 764-772.

- Cosi, S., Canals, J., Hernandez-Martinez, C., & Vigil-Colet, A. (2010). Parent-child agreement in SCARED and its relationships to anxiety symptoms. *Journal of Anxiety Disorders, 24*, 129-133.
- Costello, E. J., Egger, H. L., & Angold, A. D. (2005). The developmental epidemiology anxiety disorders: Phenomenology, prevalence, and comorbidity. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 14*, 631-648.
- Covin, R., Ouimet, A. J., Seeds, P. M., & Dozois, D. J. A. (2008). A meta-analysis of CBT for pathological worry among clients with GAD. *Journal of Anxiety Disorders, 22*, 108-116.
- Davey, G. C. L. (1994). Worrying, social problem solving abilities, and problem-solving confidence. *Behaviour Research and Therapy, 32*, 327-330.
- Dugas, M. J., Freeston, M., & Ladouceur, R. (1997). Intolerance to uncertainty and problem orientation in worry. *Cognitive Therapy and Research, 21*, 593-606.
- Dugas, M. J., Gagnon, F., Ladouceur, R., & Freeston, M. H. (1998). Generalized anxiety disorder: A preliminary test of a conceptual model. *Behaviour Research and Therapy, 36*, 215-226.
- Dugas, M. J., 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., Laugesen, N., & Bukowski, W. M. (2012). Intolerance of uncertainty, fear of anxiety, and adolescent worry. *Journal of Abnormal Child Psychology, 40*, 863-870.
- Dugas, M. J., Letarte, H., Rhéaume, J., Freeston, M., & Ladouceur, R. (1995). Worry and problem solving: Evidence of a specific relationship. *Cognitive Therapy and Research, 19*, 109-120.
- Dugas, M. J., Marchand, A., & Ladouceur, R. (2005). Further validation of a cognitive-behavioral model of generalized anxiety disorder: Diagnostic and symptom specificity. *Journal of Anxiety Disorders, 19*, 329-343.
- Dugas, M. J., & Robichaud, M. (2007). *Cognitive behavioral treatment for generalized anxiety disorder: From science to practice*. New York: Routledge/Taylor & Francis Groupe.
- Dugas, M. J., Schwartz, A., & Francis, K. (2004). Intolerance of uncertainty, worry and depression. *Cognitive Therapy and Research, 28*, 835-842.

- Dyregrov, A., & Yule, W. (2006). A review of PTSD in children. *Child and Adolescent Mental Health, 11*, 176-184.
- Ellis, D. M., & Hudson, J. L. (2011). Test of the metacognitive model of generalized anxiety disorder in anxiety-disordered adolescents. *Journal of Experimental Psychopathology, 1*, 28-43.
- Esbjorn, B. H., Lonfeldt, N. N., Nielsen, S. K., Reinholdt-Dunne, M. L., Somhovd, M. J., & Cartwrith-Hatton, S. (2015). Meta-worry, worry and anxiety in children and adolescents: Relationships and interactions. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 44*, 145-156.
- Esbjorn, B. H., Somhovd, M. J., Holm, J. M., Lonfeldt, N. N., Bender, S. K., Nielsen, S. K., & Reinholdt-Dunne, M. L. (2013). A structural assessment of the 30-item Metacognitions Questionnaire for Children and its relations to anxiety symptoms. *Psychological Assessment, 25*, 1211-1219.
- Fetzner, M. G., Horswill, S. C., Boelen, P. A., & Carleton, R. N. (2013). Intolerance of uncertainty and PTSD symptoms: Exploring the construct relationship in a community sample with a heterogeneous trauma history. *Cognitive Therapy Research, 37*, 725-734.
- Fialko, L., Boltin, D., & Perrin, S. (2012). Applicability of a cognitive model of worry to children and adolescents. *Behaviour Research and Therapy, 50*, 341-349.
- Field, A. (2013). *Discovering Statistics Using IBM SPSS Statistics*. London: Sage Publications.
- Fisak, B., Mentuccia, M., & Przeworski, A. (2014). Meta-worry in adolescents: Examination of the psychometric properties of the Meta-Worry Questionnaire in an adolescent sample. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 42*, 491-496.
- Freeston, M. H., Rheaume, J., Letarte, H., Dugas, M. J., & Ladouceur, R. (1994). Why do people worry? *Personality and Individual Differences, 17*, 791-802.
- Gosselin, P. (2007). *Le questionnaire des cognitions reliées à l'anxiété généralisée, version enfants*. Manuscrit non publié.
- 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.



- Gosselin, P., Tremblay, M., Dugas, M. J., & Ladouceur, R. (2002). Les inquiétudes chez les adolescents : propriétés psychométriques de la version française du Penn State Worry Questionnaire for Children. *Canadian Psychology, 43*, 270-277.
- Grills, A. E., & Ollendick, T. H. (2003). Multiple informant agreement and the Anxiety Disorders Interview for parents and children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 42*, 30-40.
- Holaway, R. M., Heimberg, R. G., & Coles, M. E. (2006). A comparison of intolerance of uncertainty in analogue obsessive-compulsive disorder and generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 20*, 158-174.
- Jarrett, M. A., Black, A. K., Rapport, H. F., Grills-Taquechel, A. E., & Ollendick, T. H. (2015). Generalized anxiety disorder in younger and older children: Implications for learning and school functioning. *Journal of Child Family Study, 24*, 992-1003.
- Kendall, P. C., & Pimentel, S. S. (2003). On the physiological symptom constellation in youth with Generalized Anxiety Disorder (GAD). *Anxiety Disorders, 17*, 211-221.
- Kertz, S., & Woodruff-Borden, J. (2013). The role of metacognition, intolerance of uncertainty, and negative problem orientation in children's worry. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 41*, 243-248.
- Lachance, S., Ladouceur, R., & Dugas, M. J. (1999). Elements explaining the tendency towards uncertainty. *Applied Psychology: An International Review, 48*, 187-196.
- Ladouceur, R., Blais, F., Freeston, M. H., & Dugas, M. J. (1998). Problem solving and problem orientation in generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 12*, 139-152.
- Ladouceur, R., Dugas, M. J., Freeston, M. H., Rhéaume, J., Blais, F., Gagnon, F., ... Boisvert, J.-M. (1999). Specificity of generalized anxiety disorder symptoms and processes. *Behavior Therapy, 30*, 191-207.
- Lagattuta, K. H., Sayfan, L., & Bamford, C. (2012). Do you know how I feel? Parents underestimate worry and overestimate optimism compared to child self-report. *Journal of Experimental Child Psychology, 113*, 211-232.
- 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.

- Mahoney, A. E. J., & McEvoy, P. M. (2012). A transdiagnostic examination of intolerance of uncertainty across anxiety and depressive disorders. *Cognitive Behaviour Therapy, 41*, 212-222.
- 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, QC.
- 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.
- McEvoy, P. M., & Mahoney, A. E. J. (2011). Achieving certainty about the structure of intolerance of uncertainty in a treatment-seeking sample with anxiety and depression. *Journal of Anxiety Disorders, 25*, 112-122.
- McEvoy, P. M., & Mahoney, A. E. J. (2012). To be sure, to be sure: Intolerance of uncertainty mediates symptoms of various anxiety disorders and depression. *Behavior Therapy, 43*, 533-545.
- Mennin, D. S., Heimberg, R. G., Turk, C. L., & Fresco, D. M. (2005). Preliminary evidence for an emotion dysregulation model of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy, 43*, 1281-1310.
- Muris, P., Meesters, C., & Gobel, M. (2001). Reliability, validity, and normative data of the Penn State Worry Questionnaire in 8-12 years old children. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 32*, 63-72.
- Muris, P., Meesters, C., Merckelbach, H., Sermon, A., & Zwakhalen, S. (1998). Worry in normal children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 37*, 703-710.
- Muris, P., Merckelbach, H., & Luijten, M. (2002). The connection between cognitive development and specific fears and worries in normal children and children with below-average intellectual abilities: A preliminary study. *Behaviour Research and Therapy, 40*, 37-56.
- Muris, P., Merckelbach, H., Mayer, B., & Meesters, C. (1998). Common fears and their relationship to anxiety disorders symptomatology in normal children. *Personality and Individual Differences, 24*, 575-578.
- 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., Van Brakel, A., & Mayer, B. (1999). The revised version of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED-R): Further evidence for its reliability and validity. *Anxiety, Stress & Coping, 12*, 411-425.
- Parkinson, M., & Creswell, C. (2011). Worry and problem-solving skills and beliefs in primary school children. *British Journal of Clinical Psychology, 50*, 106-112.
- Pine, D. S., Cohen, P., Gurley, D., Brook, J., & Ma, Y. (1998). The risk for early adulthood anxiety and depressive disorders in adolescents with anxiety and depressive disorders. *Archives of General Psychiatry, 55*, 56-64.
- Rapee, R. M. (2001). The development of generalized anxiety. Dans M. W. Vasey & M. R. Dadds (Éds), *The developmental psychopathology of anxiety* (pp. 481-503). New York, NY: Oxford University Press.
- Read, K. L., Comer, J. S., & Kendall, P. C. (2013). The Intolerance of Uncertainty Scale for Children (IUSC): Discriminating principal anxiety diagnoses and severity. *Psychological Assessment, 25*, 727-729.
- Reynolds, C. R., & Richmond, B. O. (1978). What I think and feel: A revised measure of children's manifest anxiety. *Journal of Abnormal Child Psychology, 6*, 271-280.
- Roemer, L., Salters, K., Raffa, S. D., & Orsillo, S. M. (2005). Fear and avoidance of internal experiences in GAD: Preliminary tests of a conceptual model. *Cognitive Therapy and Research, 29*, 71-88.
- Scharfstein, L., Alfano, C., Beidel, D., & Wong, N. (2011). Children with generalized anxiety disorder do not have peer problems, just fewer friends. *Child Psychiatry and Human Development, 42*, 712-723.
- 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., Saavedra, L. M., & Pina, A. A. (2001). Test-retest reliability of anxiety symptoms and diagnoses with the Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Child and parent versions. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 40*, 937-944.

- Smith, K. E., & Hudson, J. L. (2013). Metacognitive beliefs and processes in clinical anxiety in children. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 42*, 590-602.
- Suarez, M. L., & Bell, D. (2006). Relation of childhood worry to information-processing factors in an ethnically diverse community sample. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 35*, 136-147.
- Thibodeau, M. A., Carleton, R. N., McEvoy, P. M., Zvolensky, M. J., Brandt, C. P., Boelen, P. A., ... Amundson, G. J. G. (2015). Developing scales measuring Disorder-Specific Intolerance of Uncertainty (DSIU): A new perspective on transdiagnostic. *Journal of Anxiety Disorders, 31*, 49-57.
- Tolin, D. F., Abramowitz, J. S., Brigidi, B. D., & Foa, E. B. (2003). Intolerance of uncertainty in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 17*, 233-242.
- Tracey, S. A., Chorpita, B. F., Douban, J., & Barlow, D. H. (1997). Empirical evaluation of DSM-IV generalized anxiety disorder criteria in children and adolescents. *Journal of Clinical Child Psychology, 26*, 404-414.
- Vasey, M. W. (1993). Development and cognition in childhood anxiety: The example of worry. *Advances in Clinical Child Psychology, 15*, 1-39.
- Vasey, M. W., & Daleiden, E. L. (1994). Worry in children. Dans G. C. L. Davey & F. Tallis (Éds), *Worrying: Perspectives on theory and assessment* (pp. 185-207). New York, NY: Wiley.
- Villabø, M., Gere, M., Torgersen, S., March, J. S., & Kendall, P. C. (2012). Diagnostic efficiency of the child and parent versions of the multidimensional anxiety scale for children. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 41*, 75-85.
- Wells, A. (1995). Meta-cognition and worry: A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 23*, 301-320.
- Wilson, C., Budd, B., Chernin, R., King, H., Leddy, A., MacLennan, F., & Mallandain, I. (2011). The role of meta-cognition and parenting in adolescent worry. *Journal of Anxiety Disorders, 25*, 71-79.
- Wilson, C., & Hughes, C. (2011). Worry, beliefs about worry and problem solving in young children. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 39*, 507-521.

Wood, J. J., Piacentini, J. C., Bergman, L., McCracken, J., & Barrios, V. (2002). Concurrent validity of the anxiety disorders section of the Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Child and parent versions. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 31*, 335-342.

### **Chapitre 3**

Article 2 : Efficacité d'une thérapie cognitivo-comportementale pour le traitement du trouble d'anxiété généralisée chez les enfants de 8 à 12 ans

**Efficacité d'une thérapie cognitivo-comportementale pour le traitement du trouble  
d'anxiété généralisée chez les enfants de 8 à 12 ans**

Geneviève Racicot  
Université du Québec à Trois-Rivières  
CIUSS du Nord de l'île de Montréal, site Hôpital Rivière-des-Prairies

Patrick Gosselin  
Université de Sherbrooke  
Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux – Centre intégré  
universitaire en santé et services sociaux de l'Estrie - CHUS (CIUSSS de l'Estrie-  
CHUS)

Frédéric Langlois  
Université du Québec à Trois-Rivières

Caroline Berthiaume  
CIUSS du Nord de l'île de Montréal, site Hôpital Rivière-des-Prairies

Michel Dugas  
Université du Québec en Outaouais  
Centre de recherche du CISSS de l'Outaouais

Toute correspondance à cet article doit être acheminé à Geneviève Racicot, Hôpital  
Rivière-des-Prairies, 7070, boulevard Perras, Montréal, Québec, Canada, H1E 1A4;  
Courriel : [genevieve.racicot.hrdp@ssss.gouv.qc.ca](mailto:genevieve.racicot.hrdp@ssss.gouv.qc.ca)

### Sommaire

Le traitement du trouble d'anxiété généralisée (TAG) est un phénomène très peu étudié à l'enfance alors que de nombreuses études ont porté sur le sujet chez les adultes. La présente étude vise à vérifier si une adaptation d'une thérapie cognitivo-comportementale pour adulte basée sur un modèle cognitif explicatif spécifique est efficace pour réduire les symptômes d'anxiété généralisée chez des enfants de 8 à 12 ans manifestant un TAG primaire. L'efficacité de la thérapie a été vérifiée à l'aide d'un protocole à cas uniques à niveaux de bases multiples auprès de 6 enfants. Des auto-observations quotidiennes de l'intensité des inquiétudes, des entrevues cliniques, des questionnaires auto-rapportés et remplis par la mère ont été utilisés pour mesurer les symptômes du TAG avant le traitement, après le traitement, ainsi que trois mois, six mois et douze mois plus tard. Les résultats démontrent que suite au traitement, le TAG est résolu pour tous les participants. La majorité des participants évalués atteignent un indice de fonctionnement global modéré à élevé à chacun des temps de mesure. Le maintien des gains thérapeutiques est partiel, avec un retour de certains symptômes aux suivis 6 mois et 12 mois pour deux participants. Globalement, les résultats préliminaires soutiennent l'efficacité d'une thérapie spécifique au TAG auprès des enfants.

*Mots clés :* trouble d'anxiété généralisée; inquiétudes; thérapie cognitivo-comportementale; enfants



## Introduction

La recherche portant sur l'inquiétude excessive, élément central du trouble d'anxiété généralisée (TAG) (APA, 2013) a pris un essor considérable auprès des populations d'enfants et d'adolescents dans les 20 dernières années, suite à l'inclusion du trouble dans la nomenclature des troubles anxieux de l'enfance (APA, 1994). Le TAG est l'un des troubles anxieux les plus répandus chez les jeunes, avec un taux de prévalence se situant entre 0,16 et 11,1 % (Cartwright-Hatton, McNicol, & Doubleday, 2006; Costello, Egger, & Angold, 2005). La présence de ce trouble chez l'enfant engendre des difficultés de sommeil et une altération des activités et des relations sociales (Albano & Hack, 2004; Scharfstein, Alfano, Beidel, & Wong, 2011). Au long cours, les enfants qui présentent des symptômes anxieux sont plus à risque de développer des problèmes d'anxiété ou de dépression à l'âge adulte (Keller et al., 1992; Pine, Cohen, Gurley, Brook, & Ma, 1998). L'apparition précoce du TAG a été associée à un trouble plus sévère et à la présence accrue de troubles concomitants chez les adultes (Campbell, Brown, & Grisham, 2003). Ceci met en lumière l'importance de développer des interventions optimales pour traiter le trouble en bas âge.

Malgré la prévalence et les conséquences associées au TAG à l'enfance, très peu d'études ont porté sur le traitement spécifique de ce trouble à cette période de la vie. Toutefois, de nombreuses études expérimentales ont démontré l'efficacité à court et à long terme de la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) en termes de rémission diagnostique et de diminution des symptômes d'anxiété auprès d'échantillons d'enfants

souffrant d'une diversité de troubles anxieux (pour une revue, voir Cartwright-Hatton, Roberts, Chitsabesan, Fothergill, & Harrington, 2004). La grande majorité des études ne permet donc pas d'établir l'efficacité de la thérapie selon le trouble anxieux. Quelques études récentes font toutefois exception et suggèrent que le diagnostic de l'enfant pourrait jouer un rôle modérateur dans l'efficacité de la TCC. Par exemple, la présence d'un trouble d'anxiété sociale (Compton et al., 2014; Ginsburg et al., 2011; Hudson et al., 2015) ou d'un trouble d'anxiété de séparation (Wergeland et al., 2016) a été associée à une moins bonne réponse au traitement. Les résultats mériteront d'être répliqués dans des services de santé mentale offerts à la communauté puisque la majorité des études ont été réalisées dans des milieux universitaires (Compton et al., 2014; Ginsburg et al., 2011; Hudson et al., 2015). De plus, un plus grand nombre d'études sera nécessaire pour statuer sur l'effet à long terme du diagnostic sur l'efficacité de la thérapie. Les techniques d'intervention utilisées à travers les études transdiagnostiques demeurent générales et ne ciblent pas les vulnérabilités cognitives spécifiquement impliquées dans le maintien de chacun des troubles anxieux. Il est possible que cette approche globale du traitement de l'anxiété ne soit pas optimale pour tous puisqu'on estime qu'entre 30 et 45 % des enfants continuent de souffrir d'un trouble anxieux après la thérapie (Cartwright-Hatton et al., 2004).

Quelques rares études ont contribué à fournir de l'information sur l'impact de la TCC ciblant le TAG chez les enfants et les adolescents (Clementi & Alfano, 2014; Eisen & Silverman, 1998; Holmes, Donovan, Farrell, & March, 2014; Léger, Ladouceur,

Dugas, & Freeston, 2003; Payne, Bolton, & Perrin, 2011). Une première étude utilisant un protocole à cas uniques visait à vérifier l'efficacité d'une thérapie cognitive (restructuration cognitive) et de la relaxation progressive auprès de quatre enfants de 8 à 12 ans ayant reçu un diagnostic de TAG (Eisen & Silverman, 1998). Deux des participants recevaient 10 séances d'intervention dite prescriptive (la thérapie cognitive pour l'enfant qui présente des symptômes à prédominance cognitifs et la relaxation musculaire pour l'enfant qui présente des symptômes à prédominance somatiques). Les deux autres participants recevaient cinq séances d'intervention « non prescriptive » (l'intervention n'était pas reliée au type de symptômes prédominants chez l'enfant) suivies de cinq séances d'intervention « prescriptive ». Les résultats observés suite au traitement et au suivi 6 mois montrent que tous les enfants ont présenté une réduction des symptômes du TAG. Par contre, seuls les deux enfants ayant reçu les 10 séances de traitement « prescriptif » ont manifesté un changement permettant d'atteindre un fonctionnement global positif (Eisen & Silverman, 1998). Ces résultats suggèrent que l'efficacité du traitement peut être améliorée lorsque l'intervention cible les manifestations d'anxiété spécifiques de l'enfant. Cependant, les cibles cliniques ne découlaient pas de l'identification des vulnérabilités cognitives identifiées dans la littérature comme jouant un rôle dans le développement et le maintien du TAG.

Afin de pallier à cette limite, d'autres auteurs se sont appuyés sur les travaux effectués auprès des populations adultes pour élaborer des traitements ciblant les processus du TAG auprès d'enfants et d'adolescents (Clementi & Alfano, 2014; Holmes

et al., 2014; Léger et al., 2003; Payne et al., 2011). Les traitements étaient des adaptations de TCC élaborées pour des adultes découlant d'un modèle cognitif explicatif du TAG validé auprès de cette population (Dugas, Gagnon, Ladouceur, & Freeston, 1998; Dugas & Robichaud, 2007; Ladouceur et al., 2000). Ce modèle cognitif stipule que les inquiétudes excessives et le TAG sont maintenus par l'intolérance à l'incertitude (tendance de l'individu à réagir négativement aux événements incertains), les croyances positives face à l'utilité de s'inquiéter (p.ex., l'inquiétude augmente la motivation), l'orientation inefficace aux problèmes (p.ex., tendance à être pessimiste face à l'issue de la résolution de problèmes) et l'évitement cognitif (p.ex., suppression de la pensée, distraction, évitement de situations pouvant déclencher les inquiétudes). Dans l'ensemble, les études empiriques réalisées à ce jour suggèrent que ce modèle explicatif de l'inquiétude excessive et du TAG (Dugas et al., 1998) serait applicable auprès des enfants et des adolescents (Boelen, Vrinssen, & van Tulder, 2010; Comer et al., 2009; Dugas, Laugesen, & Bukowski, 2012; Ellis & Hudson, 2011; Esbjorn et al., 2013, 2015; Fialko, Bolton, & Perrin, 2012; Fisak, Mentuccia, & Przeworski, 2014; Gosselin et al., 2007; Kertz & Woodruff-Borden, 2013; Laugesen, Dugas, & Bukowski, 2003; Parkinson & Creswell, 2011; Racicot, Langlois, Gosselin, & Berthiaume, 2015; Read, Comer, & Kendall, 2013; Smith & Hudson, 2013; Suarez & Bell, 2006; Wilson et al., 2011; Wilson & Hughes, 2011). D'autre part, chez les adultes souffrant d'un TAG, les études empiriques ont maintes fois démontré que la TCC issue du modèle basé sur l'intolérance à l'incertitude (Dugas et al., 1998) est efficace à réduire les symptômes anxieux et à améliorer le fonctionnement général des participants (pour une revue, voir

Covin, Ouimet, Seeds, & Dozois, 2008). L'ensemble de ces travaux constitue une base théorique et empirique solide à l'adaptation de la TCC élaborée pour les adultes découlant de ce modèle aux enfants et aux adolescents.

C'est dans cette optique que Clementi et Alfano (2014) ont élaboré un programme d'intervention pour le TAG à l'enfance qui cible l'anxiété (éducation sur l'anxiété, relaxation), l'intolérance à l'incertitude (exposition à l'incertitude) et l'hygiène du sommeil. Les auteurs ont vérifié l'efficacité du programme auprès de quatre enfants âgés de 7 à 12 ans manifestant un TAG. Les résultats démontrent que le TAG était résolu pour la moitié des enfants suite au traitement et pour tous les enfants trois mois plus tard. Une amélioration de la tendance à s'inquiéter auto-rapportée a également été observée pour tous les participants au suivi 3 mois. Cependant, la thérapie aurait probablement pu être optimisée par l'inclusion de stratégies d'intervention ciblant les autres composantes du modèle cognitif (croyances erronées, orientation négative aux problèmes et évitement cognitif).

D'autres chercheurs ont vérifié l'efficacité de la TCC ciblant l'ensemble du modèle basé sur l'intolérance à l'incertitude (Dugas et al., 1998) auprès d'adolescents souffrant d'un TAG (Léger et al., 2003). L'échantillon était constitué de sept adolescents âgés de 16 à 18 ans. Suite à la thérapie, trois adolescents ont montré une grande diminution des symptômes de TAG (atteinte des critères d'amélioration établis sur au moins cinq des sept instruments utilisés pour mesurer les symptômes), amélioration qui s'est maintenue

six mois après le traitement. Chez deux participants, une diminution modérée des symptômes (atteinte des critères d'amélioration sur deux à quatre des sept instruments de mesure utilisés) a été observée avec un maintien partiel des gains thérapeutiques six mois plus tard. Pour l'un des participants, aucun changement n'a été observé au post test et l'autre participant a abandonné le traitement après la 5<sup>e</sup> séance. Les auteurs concluent que la thérapie peut s'appliquer aux adolescents mais que l'adaptation à leur âge et à leur niveau de maturité n'était peut-être pas optimale (Léger et al., 2003).

Plus récemment, d'autres auteurs ont donc apporté des modifications à la thérapie élaborée pour les adultes afin qu'elle soit mieux adaptée au stade de développement des enfants et des adolescents (Payne et al., 2011). Globalement, les auteurs ont adapté le langage et limité les aspects plus didactiques du programme pour mettre l'emphase sur des expériences comportementales pour que l'enfant puisse tester la validité et l'utilité des croyances erronées attribuées à l'inquiétude. L'efficacité de la thérapie a été vérifiée auprès de 16 jeunes âgés de 7 à 17 ans. Suite au traitement, un taux de rémission diagnostique du TAG d'environ 82 % a été observé parmi les participants. De plus, l'inquiétude et l'anxiété auto-rapportées par les jeunes avaient significativement diminué suite au traitement (Payne et al., 2011). Quelques limites à l'étude sont observées notamment, une seule évaluation post-traitement, un évaluateur/thérapeute, l'absence de questionnaires parentaux et l'absence d'un protocole standardisé.

D'autres auteurs ont utilisé un groupe contrôle dans leur étude pour vérifier l'efficacité d'une TCC standardisée basée sur le modèle de l'intolérance à l'incertitude (Dugas et al., 1998) auprès de 42 enfants de 7 à 12 ans manifestant un TAG (Holmes et al., 2014). La thérapie incluait des stratégies d'intervention ciblant les quatre composantes du modèle, mais également des difficultés associées au TAG, comme le perfectionnisme et l'hygiène du sommeil. La relaxation était également enseignée aux enfants et les parents bénéficiaient de séances concernant les pratiques parentales et les stratégies de gestion des inquiétudes proposées aux enfants. Les enfants ayant bénéficié de la thérapie s'amélioraient davantage que ceux du groupe témoin en attente au niveau de la rémission, de la sévérité du diagnostic de TAG et de la tendance à s'inquiéter. Les enfants ayant reçu le traitement continuaient de s'améliorer au suivi 3 mois. Cependant, la diversité des stratégies d'intervention incluses dans le programme ne permet pas de connaître l'efficacité des stratégies d'intervention ciblant précisément les vulnérabilités sous-jacentes au TAG et donne une impression de traitement non spécifique.

Le but de cette étude est donc de vérifier si une adaptation de la TCC pour adulte basée spécifiquement sur le modèle de l'intolérance à l'incertitude (Dugas, Leblanc, & Seidah, 2007) est efficace à réduire les symptômes d'anxiété généralisée chez une population clinique d'enfants de 8 à 12 ans manifestant un TAG primaire. La présente étude est la première à vérifier l'efficacité de la thérapie jusqu'à douze mois après la fin de l'intervention. L'hypothèse proposée est que la TCC adaptée entraînera une rémission du diagnostic de TAG chez les participants et une diminution cliniquement et

statistiquement significative des inquiétudes et des symptômes d'anxiété rapportés par les enfants et leur parent. Les gains seront maintenus trois mois, six mois et un an après la thérapie.

## Méthode

### Participants

Après l'obtention des certificats éthiques des institutions concernées (i.e., universitaire et hospitalier), les participants ont été recrutés à la clinique d'intervention pour les troubles anxieux de l'Hôpital Rivière-des-Prairies à Montréal. L'échec d'un traitement antécédent ou la sévérité des symptômes manifestés, ainsi que la référence d'un médecin, sont des conditions nécessaires à l'obtention de services à cette clinique. La participation était volontaire et un formulaire d'information et de consentement était remis et signé par les parents (voir Appendice C). Huit enfants âgés de 8 à 12 ans présentant un diagnostic primaire de TAG (tel que défini par le DSM-IV) ont initialement été inclus dans l'étude (les critères diagnostiques du TAG sont demeurés les mêmes dans le DSM-V). Les enfants étaient évalués en présence de leurs parents par une psychiatre expérimentée dans le domaine des troubles anxieux à l'enfance. Un clinicien évaluait ensuite l'enfant à l'aide de la section des troubles anxieux de l'*Entrevue d'évaluation des troubles anxieux chez les enfants et les adolescents selon le DSM-IV, version enfant* (ADIS-C; Silverman & Albano, 1996) afin d'évaluer la présence de troubles anxieux et de confirmer la présence du TAG primaire. Les critères d'exclusion suivants ont été utilisés : (1) un retard intellectuel; (2) des difficultés de lecture et



langagières pouvant empêcher l'enfant de bénéficier de la thérapie; (3) un trouble envahissant du développement; (4) des symptômes psychotiques; (5) avoir reçu une TCC ciblant l'anxiété dans les six derniers mois; (6) changement de médication au cours des 12 semaines précédant le traitement; et (7) la participation d'un parent à un suivi familial ou un suivi parental ciblant les compétences parentales. Aucun des enfants sollicités n'a refusé de participer à l'étude. En cours de traitement, deux participants ont toutefois dû être exclus de l'étude. Pour la première participante, la sévérité des symptômes et le contexte familial ont nécessité l'ajout d'un suivi parental et d'intervention de soutien auprès du personnel scolaire. Pour le deuxième participant, les difficultés langagières interféraient grandement avec la thérapie dans son format actuel et nuisaient à l'intégrité du traitement. L'efficacité de la thérapie a donc été vérifiée auprès de 6 participants.

La participante 1 est âgée de 11 ans, en sixième année du primaire. Elle habite avec sa mère et le conjoint de celle-ci et son demi-frère cadet, ses parents étant séparés depuis 8 ans. À l'évaluation, elle rencontrait les critères du TAG d'une intensité grave, tel que déterminé par un score de sévérité de 6/8 sur l'échelle de sévérité de l'ADIS-C (voir instruments). Cette jeune fille présentait des inquiétudes envahissantes concernant sa performance scolaire et sportive, sa santé et les catastrophes naturelles.

La participante 2 est âgée de 10 ans, en cinquième année du primaire. Elle habite avec ses deux parents et son frère cadet. Avant le traitement, elle manifestait un TAG

d'intensité très grave (degré de sévérité de 8/8). Ses thèmes d'inquiétudes avaient trait à la performance scolaire, aux relations interpersonnelles (perdre ses amis, son apparence), au fait d'être victime d'un crime, à sa santé (avoir une maladie grave ou souffrir d'une carence en vitamines) et à sa famille (que ses parents se séparent). La participante présentait également une phobie de vomir d'intensité grave (degré de sévérité de 6/8).

Le participant 3 est âgé de 9 ans, en quatrième année du primaire. Il habite avec ses parents et ses deux demi-frères aînés. À l'évaluation, il rencontrait les critères du TAG avec un degré de sévérité de 5/8 (intensité modérée). Ce garçon s'inquiétait d'avoir une maladie grave ou de mourir d'une réaction allergique et de la survenue de catastrophes naturelles (inondations, tempêtes).

La participante 4 est âgée de 8 ans, en deuxième année du primaire. C'est une enfant unique habitant avec ses deux parents. Les critères du TAG ont été rencontrés à l'évaluation, avec un degré de sévérité de 6/8 (intensité grave). Elle s'inquiétait de faire des erreurs, d'être à l'heure, de mourir subitement, d'avoir des maladies (p.ex., cancer), que ses parents se séparent et qu'il y ait des catastrophes naturelles graves (tornades). À l'évaluation, la pédopsychiatre questionnait également la présence d'un déficit d'attention avec hyperactivité (TDAH) chez la patiente, diagnostic qui a été confirmé en cours de traitement.

La participante 5 est âgée de 9 ans, en troisième année du primaire, vivant avec ses deux parents et sa sœur cadette. La jeune fille manifestait un TAG d'intensité grave à l'évaluation (degré de sévérité de 6/8). Elle s'inquiétait d'échouer son année scolaire, d'avoir des maladies graves et de la santé de ses parents.

La participante 6 est âgée de 12 ans, en sixième année du primaire, résidant avec ses parents, sa sœur aînée et son frère cadet. Elle manifestait un TAG d'intensité très grave (indice de sévérité de 8/8). Ses thèmes d'inquiétudes concernaient sa performance scolaire et sportive, ses relations interpersonnelles (perdre ses amis, son apparence), sa famille (que les parents divorcent), les catastrophes naturelles (incendie) et la santé (avoir le cancer). Les résultats de l'évaluation psychologique ont révélé que la participante manifestait également un trouble d'anxiété sociale d'intensité modérée (degré de sévérité de 4/8), une phobie spécifique des chiens d'intensité modérée (degré de sévérité de 4/8), une phobie spécifique de vomir d'intensité grave (degré de sévérité de 6/8). Cette participante a déjà suivi différents programmes (autorégulation des sensations physiques liées à l'anxiété et l'entraînement à la résolution de problèmes par le biais d'activités périlleuses en gymnase animées par des kinésithérapeutes, rencontres de thérapie individuelle et rencontres de thérapie de groupe de type cognitivo-comportementale « classique »). Deux ans après ces suivis, la participante a consulté à nouveau en raison d'une recrudescence des symptômes d'anxiété.

### **Instruments de mesures**

Tel que recommandé par plusieurs auteurs, l'information utilisée pour évaluer l'efficacité du traitement provient de plusieurs sources et a été obtenues de différentes façons (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2007; Comer & Kendall, 2004; Kendall et al., 2010). La passation de toutes les mesures et des entrevues cliniques psychiatriques et psychologique a été effectuée avant et après le traitement, ainsi qu'aux suivis 3 mois, 6 mois et 12 mois.

**Mesures remplies par l'enfant.** Des calepins d'auto-observation ont été utilisés pour mesurer les inquiétudes chez l'enfant sur une base quotidienne avant le traitement, pendant le traitement et deux semaines avant chacune des rencontres de suivi post-traitement. Afin de faciliter l'exercice pour l'enfant, des échelles imagées sous la forme de thermomètres ont été utilisées pour noter l'intensité des inquiétudes (échelle de 0 à 10).

*Questionnaire sur les Inquiétudes de Penn State Enfants-Adolescents* (QIPS; Chorpita, Tracey, Brown, Collica, & Barlow, 1997) (voir Appendice D). Ce questionnaire de 14 items permet de mesurer la sévérité de l'inquiétude chez les enfants de 6 à 18 ans. Le questionnaire est largement utilisé dans la littérature et les propriétés psychométriques se sont avérées très bonnes auprès d'échantillons cliniques et normatifs d'enfants et d'adolescents (Chorpita et al., 1997; Gosselin, Tremblay, Dugas, & Ladouceur, 2002; Pestle, Chorpita, & Schiffman, 2008).

**Multidimensional Anxiety Scale for Children** (MASC; March, 1997) (voir Appendice D). Cet instrument, conçu pour les enfants de 8 à 19 ans, comporte 39 items et fournit un score global d'anxiété à partir de quatre sous-échelles, soit les symptômes physiques, l'évitement, l'anxiété sociale et l'anxiété de séparation/panique (March, 1997). Les propriétés psychométriques du questionnaire ont également été démontrées à plusieurs reprises dans la littérature (Baldwin & Dadds, 2007; March, 1997; March & Albano, 1998; March, Parker, Sullivan, & Stallings, 1997; March, Sullivan, & Parker, 1999; Turgeon, Chartrand, Robaey, & Gauthier, 2006).

**Mesures remplies par les mères.** *Child Behavior Checklist* (CBCL; Achenbach & Rescorla, 2001) (voir Appendice E). Cette mesure est conçue pour les enfants de 6 à 18 ans, elle comprend 118 items permettant d'évaluer la perception du parent de la présence de divers problèmes intériorisés et extériorisés chez son enfant. Par souci de concision, seule l'échelle se rapportant davantage aux symptômes des troubles anxieux a été utilisée. L'échelle « troubles anxieux » (CBCL anx), conçue pour mesurer les symptômes du TAG, du trouble d'anxiété de séparation et les phobies spécifiques a donc été utilisée. Les propriétés psychométriques du CBCL ont été démontrées à plusieurs reprises et sont satisfaisantes (Achenbach & Rescorla, 2001).

**Mesures remplies par le clinicien.** La section portant sur les troubles anxieux de *L'Entrevue d'évaluation des troubles anxieux chez les enfants et les adolescents selon le DSM-IV, version enfants* (ADIS-C; Silverman & Albano, 1996) est une entrevue

structurée permettant d'évaluer la présence de trouble anxieux chez l'enfant. Les bonnes propriétés psychométriques de l'instrument sont démontrées (Silverman, Saavedra, & Pina, 2001; Wood, Piacentini, Bergman, McCracken, & Barrios, 2002). Un indice de sévérité/interférence de 4/8 ou plus établi par l'évaluateur permet de conclure à la présence du trouble anxieux chez l'enfant.

### **Protocole de recherche**

L'hypothèse de l'étude a été vérifiée à l'aide d'un protocole à cas uniques à niveaux de bases multiples qui permet d'exercer un certain contrôle sur les effets de maturation et sur les événements de vie de l'individu en montrant que le participant s'améliore lorsque le traitement est introduit (Barlow, Nock, & Hersen, 2009). Le traitement est introduit lorsque les fluctuations dans l'intensité des symptômes cibles sont stables (tel que mesuré par les calepins d'auto-observation). Le traitement a été introduit auprès des participants après trois, quatre, cinq et sept semaines.

### **Traitement**

Les composantes du traitement élaboré pour les enfants (Berthiaume, Racicot, Gosselin, Langlois, & Dugas, 2016) sont les mêmes que celles du traitement pour les adultes (présentation du modèle cognitif du TAG, prise de conscience des inquiétudes, modification des croyances erronées par rapport à l'inquiétude, exposition in vivo aux situations incertaines, entraînement à la résolution de problèmes, exposition cognitive et prévention de la rechute) (Dugas et al., 2007). Toutefois, des modifications ont été

effectuées afin d'adapter le traitement au stade de développement de l'enfant de 8 à 12 ans. Un manuel illustré a été élaboré sur la base de deux personnages fictifs, avec la collaboration d'une illustratrice d'expérience œuvrant auprès des enfants de cet âge. Un garçon de 9 ans et une jeune fille de 12 ans souffrant d'un TAG sont d'abord mis en contexte afin de favoriser l'identification de l'enfant aux personnages. Au cours des rencontres, les personnages développent des stratégies pour combattre les symptômes du TAG à travers des mises en situation et des métaphores, stratégies qui sont également proposées à l'enfant. Le recours aux personnages permet à l'enfant de s'y identifier pour ensuite faire le lien plus aisément avec ses propres symptômes et leurs manifestations au quotidien. L'utilisation d'un medium illustré et de métaphores avec les enfants de cet âge facilite non seulement leur compréhension, mais également le maintien de leur intérêt, leur assiduité et leur motivation à utiliser les stratégies thérapeutiques proposées. La durée de ce traitement individuel sur 20 séances, comparativement à 14 sessions pour les adultes, permet d'alléger le contenu à chaque rencontre, tout en couvrant l'ensemble des composantes du traitement. Un manuel du thérapeute a aussi été élaboré afin de fournir des explications et des exemples sur la façon d'appliquer le traitement auprès des enfants. Certaines stratégies d'intervention ont également été ajoutées afin de s'adapter aux capacités d'autorégulation émotionnelle des enfants (respiration abdominale, stratégies pour s'ancrer dans le moment présent). En effet, des essais cliniques effectués au cours de l'adaptation du manuel ont amené les auteurs à ajouter ce type d'intervention pour faciliter l'utilisation des stratégies cognitives par les enfants, au risque de modifier légèrement le contenu du programme. Enfin, à la fin de chaque

séance, un retour est effectué avec l'enfant et le parent afin de discuter du contenu de la rencontre et d'expliquer les exercices à faire à la maison. Il est alors recommandé aux parents de renforcer tous les efforts d'exposition de l'enfant aux situations anxiogènes.

### **Thérapeutes**

La thérapie était effectuée par des psychothérapeutes spécialisés dans la thérapie cognitivo-comportementale et les troubles anxieux chez les enfants ou par des étudiants en psychologie en formation à la clinique. Les thérapeutes ont d'abord reçu une formation de 14 heures sur le modèle théorique sous-jacent à la thérapie et sur le contenu du programme. Ils étaient également supervisés sur une base hebdomadaire par une psychologue clinicienne possédant plusieurs années d'expérience dans l'application de la thérapie. Le traitement a été offert par un thérapeute différent pour chacun des enfants pour réduire la possibilité que l'efficacité du traitement soit attribuable aux compétences particulières d'un seul thérapeute.

### **Intégrité du traitement et validité des diagnostics établis**

Afin de vérifier si le traitement fourni à l'enfant correspond à ce qui est planifié dans le manuel de traitement, les séances ont été enregistrées et 25 % d'entre elles ont été écoutées. Afin de s'assurer que l'intégrité de chacune des phases a été vérifiée, les 20 rencontres ont été divisées en quatre parties (rencontres 1 à 5, rencontres 6 à 10, rencontres 11 à 15, rencontres 16 à 20) et une séance a été choisie au hasard pour la vérification de chacune des phases du traitement pour chacun des participants. Pour cinq



des six participants, l'intégrité thérapeutique a été vérifiée par une autre personne que le thérapeute. Pour les six participants combinés, 99,01 % des séances étaient consacrées aux stratégies d'intervention prévues au protocole de traitement. Afin de s'assurer de la validité de l'évaluation psychologique effectuée auprès des enfants, un deuxième évaluateur a effectué l'ADIS-C afin d'obtenir un accord interjuge. Les résultats des deux évaluations ont été comparés et lorsqu'un désaccord survenait, une discussion était tenue entre les deux cliniciens pour en venir à un accord concernant les diagnostics retenus. Le taux d'accord inter-juges initial était de 100 % pour le TAG et de 95,24 % pour l'ensemble des diagnostics.

## **Résultats**

### **Analyse des calepins d'auto-observation**

La Figure 1 présente les auto-observations quotidiennes (moyenne sur 3 jours) de l'inquiétude pour chacun des participants. On observe une diminution de l'intensité de l'inquiétude pour tous les participants. Sur la base d'études antérieures ayant également utilisé des protocoles à niveaux de bases multiples (Berthiaume, Turgeon, Poulin, & Guay, 2007; Dugas & Ladouceur, 2000; Langlois & Ladouceur, 2004; Provencher, Dugas, & Ladouceur, 2004), un critère d'amélioration de 50 % a été fixé.

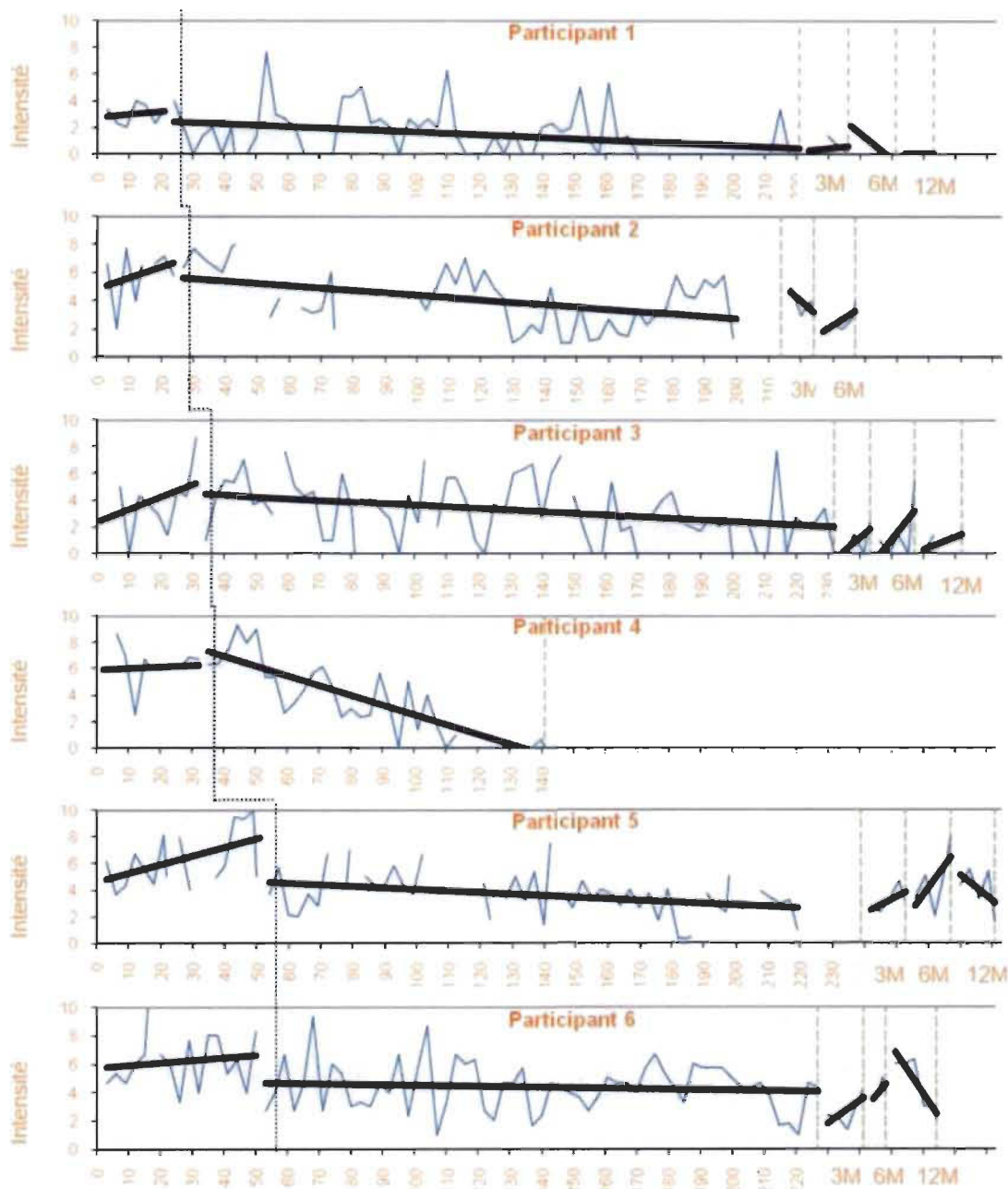


Figure 1. Intensité des inquiétudes des participants.

Le Tableau 5 présente les moyennes des scores d'intensité d'inquiétude obtenues à chacun des temps de mesure. Une diminution de 50 % de l'inquiétude est observée pour

la participante 1 à tous les temps de mesure. Une diminution d'au moins 50 % est obtenue pour la participante 2 seulement six mois après le traitement. Cette participante a consulté la pédopsychiatre entre la rencontre de suivi 6 mois et 12 mois, en raison d'une exacerbation des symptômes anxieux suite à son arrivée à l'école secondaire. Une médication a été introduite lors de cette consultation, toutes les données sont donc manquantes pour cette participante au suivi 12 mois. Pour le participant 3, on observe une diminution de 50 % de l'inquiétude aux suivis 3 mois, 6 mois et 12 mois et on observe une diminution de 50 % de l'intensité de l'inquiétude dès la rencontre 12 pour la participante 4. L'évaluation post thérapie a dû être effectuée suite à la rencontre 12 pour cette participante, puisqu'une médication psychostimulante a été introduite en raison de l'exacerbation des symptômes du TDAH. Les données sont manquantes à tous les autres temps de mesure, étant donné que la participante a été exclue de l'étude. Les données sont manquantes pour la participante 5 au post-test, mais son niveau d'inquiétude s'améliore de 50 % trois mois plus tard. Ces gains thérapeutiques ne sont toutefois pas maintenus aux suivis 6 mois et 12 mois. Le niveau d'inquiétude diminue de 50 % pour la participante 6 suite au traitement ainsi que trois mois plus tard, mais le critère n'est plus atteint six et douze mois après la fin du traitement.

Tableau 5

*Moyennes de l'intensité de l'inquiétude selon les auto-observations quotidiennes pour chacun des participants*

Participants	Pré-Test	Post-Test	Suivi 3 mois	Suivi 6 mois	Suivi 1 an
Inquiétudes					
P1	3,26	0,71 <sup>a</sup>	0,43 <sup>a</sup>	0,23 <sup>a</sup>	0,00 <sup>a</sup>
P2	5,78	–	3,90	2,38 <sup>a</sup>	–
P3	3,76	2,07	0,82 <sup>a</sup>	1,29 <sup>a</sup>	0,82 <sup>a</sup>
P4	6,07	0,29 <sup>a</sup>	–	–	–
P5	6,44	–	3,21 <sup>a</sup>	4,50	4,18
P6	5,94	2,91 <sup>a</sup>	2,61 <sup>a</sup>	4,14	4,69

*Notes.* P1 = Participant 1; P2 = Participant 2; P3 = Participant 3; P4 = Participant 4; P5 = Participant 5; P6 = Participant 6

<sup>a</sup> Diminution de 50 % par rapport au pré-test, – Données manquantes

### **Analyse de l'effet de l'intervention sur les diagnostics**

Au post-test, aucun des participants ne répondait aux critères du TAG à l'ADIS-C. La résolution du TAG a également été confirmée par l'entrevue clinique réalisée par la psychiatre pour cinq des participants. Pour la participante 2, un diagnostic de TAG d'intensité légère a été maintenu à l'entrevue psychiatrique. Aux suivis 3 et 6 mois, aucun des participants évalués ne répondait aux critères du TAG à l'ADIS-C et selon les entrevues cliniques réalisées par la psychiatre. Au suivi 12 mois, seule la participante 6 conservait un diagnostic du TAG. En effet, on observe un retour du diagnostic du TAG à l'ADIS-C (indice de sévérité de 5/8) pour cette dernière.

Concernant les troubles anxieux secondaires, les résultats de l'ADIS-C révèlent que la participante 2 rencontrait toujours les critères diagnostiques d'une phobie spécifique de vomir suite au traitement (indice de sévérité à 6/8) et au suivi 3 mois (indice de sévérité de 4/8) mais le diagnostic était absent au suivi 6 mois. Pour la participante 6, les troubles anxieux secondaires présents avant le traitement, étaient résolus au post-test ainsi qu'aux suivis 3 mois, 6 mois et 12 mois. Au suivi 12 mois, on observe toutefois l'émergence d'un trouble panique avec agoraphobie avec un degré d'intensité très grave (8/8). La présence de ce diagnostic a été confirmée à l'évaluation psychiatrique.

#### **Analyse de l'effet de l'intervention sur les symptômes principaux**

Deux indices ont été utilisés pour mesurer l'impact de l'intervention sur les différentes mesures. Premièrement, un changement significatif au plan clinique devrait entraîner un retour à un fonctionnement plus près de la moyenne de la population fonctionnelle que de celle de la population dysfonctionnelle sur les variables ciblées par le traitement chez les participants (Jacobson, Roberts, Berns, & McGlinchey, 1999; Jacobson & Truax, 1991). Des scores critères ont donc été calculés afin de déterminer si le score obtenu sur les variables d'intérêt par les participants à chacun des temps de mesure se situe plus près de la moyenne de la population normative que de la population clinique (pour une description détaillée des formules mathématiques utilisées, voir Jacobson & Truax, 1991). Des échantillons cliniques et non cliniques ont été utilisés pour effectuer le calcul des scores critères. Ils ont été sélectionnés sur la base de la taille de l'échantillon et ensuite sur la base de leur similarité avec les participants à l'étude en

termes d'âge, de nationalité et de langue parlée. Deuxièmement, le calcul d'un indice fidèle de changement (IFC) a été effectué. Celui-ci permet de connaître l'ampleur du changement observé suite à la thérapie (Jacobson & Truax, 1991). Un IFC supérieur à 1,96 permet d'établir, avec un seuil de signification à 5 %, que le changement observé est réel et non attribuable à des fluctuations aléatoires dues à l'erreur de mesure (Jacobson & Truax, 1991).

Le Tableau 6 présente les résultats obtenus sur les questionnaires auto-rapportés et sur le questionnaire complété par les parents. Concernant le QIPS, tous les scores sont cliniques en pré traitement. Au post test, les participants 1, 3 et 5 présentent un indice fidèle de changement. Seuls les scores des participants 2, 3 et 5 sont non cliniques et les participantes 4 et 6 n'ont atteint aucun des critères. Par contre, aux suivis 3 mois et 6 mois, les scores des participants 1, 3, 5 et 6 sont non cliniques et reflètent un indice fidèle de changement. Le score de la participante 2 est clinique au suivi 3 mois mais redevient non clinique au suivi 6 mois. Les changements observés ne sont significatifs à aucun temps de mesure pour cette participante. Au suivi 12 mois, les améliorations observées sont maintenues pour les participants 1, 3 et 5. Pour la participante 6, on observe un retour à un score clinique.

Tableau 6

*Scores critères et scores des participants obtenus à chacun des questionnaires*

	Questionnaires	C Value	Minimum RC index	Pré-Test	Post-Test	Suivi 3 mois	Suivi 6 mois	Suivi 1 an
P1	QIPS	35,16	7,97	54,8	37 <sup>b</sup>	33 <sup>ab</sup>	24 <sup>ab</sup>	24 <sup>ab</sup>
	MASC total	53,62	13,55	61	31 <sup>ab</sup>	33 <sup>ab</sup>	0 <sup>ab</sup>	7 <sup>ab</sup>
	CBCL anx	4,07	3,37	7	1 <sup>ab</sup>	3 <sup>ab</sup>	0 <sup>ab</sup>	1 <sup>ab</sup>
P2	QIPS	35,16	7,97	36	35 <sup>a</sup>	38	30 <sup>a</sup>	–
	MASC total	55,08	13,55	62	45 <sup>ab</sup>	46 <sup>ab</sup>	24 <sup>ab</sup>	–
	CBCL anx	4,07	3,37	8	6	6	8	–
P3	QIPS	35,16	7,97	44	32 <sup>ab</sup>	27 <sup>ab</sup>	22 <sup>ab</sup>	30 <sup>ab</sup>
	MASC total	54,07	13,55	55	15 <sup>ab</sup>	13 <sup>ab</sup>	16 <sup>ab</sup>	11 <sup>ab</sup>
	CBCL anx	3,79	3,37	10	8	6 <sup>b</sup>	7	4 <sup>b</sup>
P4	QIPS	35,16	7,97	39	41	–	–	–
	MASC total	54,77	13,55	79	59 <sup>b</sup>	–	–	–
	CBCL anx	4,07	3,37	11	4 <sup>ab</sup>	–	–	–
P5	QIPS	35,16	7,97	42	23 <sup>ab</sup>	26 <sup>ab</sup>	26 <sup>ab</sup>	30 <sup>ab</sup>
	MASC total	54,77	13,55	53 <sup>a</sup>	18 <sup>ab</sup>	25 <sup>ab</sup>	37 <sup>ab</sup>	38 <sup>ab</sup>
	CBCL anx	4,07	3,37	8	4 <sup>ab</sup>	–	–	11
P6	QIPS	35,16	7,97	45,2	38	34 <sup>ab</sup>	32 <sup>ab</sup>	48
	MASC total	53,62	13,55	68	79	57	69	70
	CBCL anx	3,89	3,37	9,6	3 <sup>ab</sup>	2 <sup>ab</sup>	5 <sup>b</sup>	9

*Notes.* QIPS = Questionnaire sur les Inquiétudes de Penn State Enfants-Adolescents; MASC = Multidimensional Anxiety Scale for Children; CBCL anx = Child Behavior Checklist, échelle troubles anxieux

<sup>a</sup> Score non clinique <sup>b</sup> minimum RCI atteint, – donnée manquante

Avant le traitement, tous les participants, à l'exception de la participante 5, ont obtenu un score total au MASC plus près de la moyenne de la population clinique que de celle de la population non clinique. Les participants 1, 2, 3 et 5 ont obtenu des scores non cliniques et un indice fidèle de changement au post-test et aux suivis 3 mois, 6 mois et 12 mois (donnée manquante au suivi 12 mois pour la participante 2). Au post test, le score de la participante 4 reflète un indice fidèle de changement, bien qu'il soit toujours clinique. La participante 6 a obtenu un score clinique à tous les temps de mesure et lorsque des changements de score sont observés aux évaluations post traitement, ils ne sont pas significatifs.

Concernant la perception de la mère des symptômes d'anxiété de l'enfant obtenue par le biais de l'échelle « troubles anxieux » du CBCL, tous les participants ont obtenu des scores cliniques lors de l'évaluation prétraitement. Suite au traitement, les participants 1, 4, 5 et 6 ont atteint un score se situant plus près de la moyenne normative que de la moyenne de la population clinique et un changement significatif tel que déterminé par l'indice fidèle de changement. Les participants 2 et 3 n'ont atteint aucun des critères sur cette échelle. Aux suivis 3 mois et 6 mois, la participante 5 s'est présentée aux rencontres d'évaluation accompagnée d'un autre adulte et les données concernant la perception de la mère sont manquantes. Au suivi 3 mois, les participants 1, 3 et 6 ont atteint un indice fidèle de changement. Les participants 2 et 3 présentaient toujours un score clinique sur cette échelle et la participante 2 ne présentait pas de changement significatif. Au suivi 6 mois, seule la participante 1 présente un score non



clinique et la participante 1 et 6 obtiennent un changement significatif sur cette mesure. Les scores du participant 2 et du participant 3 sont demeurés cliniques et aucun changement significatif dans les scores obtenus n'est observé. Au suivi 12 mois, la participante 1 a obtenu un score non clinique et un changement significatif. Le score du participant 3 demeure clinique, mais la diminution du score reflète un indice fidèle de changement. Les scores des participants 5 et 6 sont demeurés cliniques et les changements observés ne sont pas significatifs.

### **Indice de fonctionnement global**

Afin d'obtenir un indice de fonctionnement global (IFG) de l'enfant, six critères ont été sélectionnés : (1) diminution de 50 % des scores d'auto-observations quotidiennes de l'intensité de l'inquiétude; (2) une absence de diagnostic de TAG à l'ADIS-C; (3) une absence de diagnostic de TAG à l'évaluation clinique réalisée par la psychiatre; (4) un retour vers la moyenne non clinique au QIPS; (5) un indice fidèle de changement au QIPS; et (6) un indice fidèle de changement sur l'échelle de troubles anxieux du CBCL. Le fonctionnement est considéré comme faible si un ou deux critères sont atteints, modéré si trois ou quatre critères sont atteints et comme élevé si cinq ou six critères sont atteints.

Suite au traitement, les participants 1 et 5 ont atteint un IFG élevé, les participants 3, 4 et 6 ont atteint un IFG modéré alors que la participante 2 a atteint un faible IFG. Au suivi 3 mois, les participantes 1, 2 et 5 ont maintenu le même niveau de fonctionnement

alors que le niveau de fonctionnement des participants 3 et 6 s'améliore, répondant à nombre suffisant de critères pour atteindre un IFG élevé. Le niveau de fonctionnement est demeuré élevé pour les participants 1, 3 et 6 au suivi 6 mois et s'améliore pour la participante 2, qui atteint un IFG modéré. Un retour à un IFG modéré est observé pour la participante 5. Au suivi 12 mois, le fonctionnement est demeuré élevé pour les participants 1 et 3 et modéré pour la patiente 5. On observe un retour de plusieurs symptômes du TAG pour la participante 6, tel que reflété par un IFG faible.

### **Discussion**

Le but de cette étude était de vérifier si une adaptation du traitement cognitif-comportemental élaboré pour des adultes (Dugas et al., 2007) est efficace pour réduire les symptômes d'anxiété généralisée auprès d'enfants de 8 à 12 ans souffrant d'un TAG primaire. Suite au traitement, on observe une absence de diagnostic de TAG selon les deux évaluations diagnostiques pour 5 des 6 participants. Aux suivis 3 mois et 6 mois, le diagnostic de TAG est absent pour tous les participants et pour 3 des 4 participants évalués au suivi 12 mois. Les résultats recueillis auprès de plusieurs informateurs et via différents outils d'évaluation suggèrent que la thérapie entraîne des gains thérapeutiques significatifs tel que reflété par un IFG modéré à élevé pour la majorité des participants évalués, à chacun des temps de mesure. Globalement, les résultats obtenus viennent répliquer ceux des études antérieures (Clementi & Alfano, 2014; Holmes et al., 2014; Payne et al., 2011) en démontrant qu'une TCC basée spécifiquement sur le modèle de l'intolérance à l'incertitude est efficace pour les enfants souffrant d'un TAG.

La participante 4 a d'ailleurs atteint un niveau de fonctionnement modéré dès la douzième rencontre. La complétion du programme aurait peut-être pu lui permettre d'atteindre un niveau de fonctionnement élevé. À l'évaluation effectuée après la douzième rencontre, la patiente présentait de graves difficultés au plan interpersonnel, scolaire et familial provoquées par l'aggravation des symptômes du TDAH qui peuvent peut-être expliquer le maintien de la tendance à s'inquiéter (tel que mesuré par le QIPS) au moment de l'administration des questionnaires. La patiente était moins disponible lors des dernières rencontres et a peut-être moins bien intégré leur contenu, qui concernait l'entraînement à la résolution de problèmes, composante de l'intervention qui aurait potentiellement pu permettre une meilleure gestion des inquiétudes engendrées par les difficultés vécues.

Les résultats suggèrent que c'est au suivi 3 mois que les gains thérapeutiques sont les plus importants, avec l'atteinte d'un IFG élevé pour la majorité des participants. Ces résultats viennent corroborer ceux obtenus par Holmes et ses collègues (2014), qui suggèrent également que les enfants continuent de s'améliorer entre la fin du traitement et le suivi effectué trois mois plus tard (Holmes et al., 2014). Tel que le stipulent ces auteurs, il se peut que les enfants consolident davantage les acquis durant cette période en bénéficiant de plus de situations de la vie quotidienne pour pratiquer les stratégies apprises pendant la thérapie (Holmes et al., 2014). Il est également possible que les parents favorisent la généralisation des acquis en continuant de soutenir activement leur enfant dans l'utilisation des stratégies de gestion de l'anxiété. Toutefois, l'hypothèse du

maintien des acquis douze mois après la thérapie est partiellement supportée. Le maintien des gains est partiel pour la participante 5, tel qu'en témoigne le retour à un IFG modéré à partir du suivi 6 mois et l'ensemble des symptômes d'anxiété généralisée mesurés reviennent pour la participante 6 un an plus tard. Il est possible qu'une implication plus intensive des parents dans le traitement ait favorisé un meilleur maintien des acquis à long terme. Certaines études suggèrent que des facteurs familiaux, comme la tendance à s'inquiéter du parent (Fisak, Holderfield, Douglas-Osborn, & Cartwright-Hatton, 2012; Fisak, Mann, & Heggeli, 2013; Gosselin, 2010; Muris, Steerneman, Merckelbach, & Meesters, 1996; Wilson et al., 2011) ainsi que la surprotection et le rejet parental (Hale, Engles, & Meeus, 2006; Muris, 2002; Muris, Meesters, Merckelbach, & Hülsenbeck, 2000; Spada et al., 2012) pourraient être impliqués dans le développement de l'inquiétude chez l'enfant. Il se pourrait donc que pour certains enfants, l'ajout d'une composante de traitement pour cibler ces facteurs de maintien en améliore l'efficacité à plus long terme. L'ensemble des travaux effectués jusqu'à maintenant démontrent que la présence de symptômes anxieux et dépressifs chez le parent nuit à l'efficacité de la TCC ciblant l'anxiété chez l'enfant (pour une revue, voir Rapee, Schniering, & Hudson, 2009). Certaines études suggèrent d'ailleurs que l'inclusion des parents dans le traitement en améliorerait l'efficacité lorsque ces derniers sont anxieux (Cobham, Dadds, & Spence, 1998; Kendall, Hudson, Gosch, Flannery-Schroeder, & Suveg, 2008). Des études ultérieures concernant la comparaison d'une condition de traitement individuel et familial ou l'impact de la psychopathologie du

parent sur le traitement spécifique du TAG chez l'enfant pourraient permettre d'éclaircir la question.

Par ailleurs, les résultats ne permettent pas de conclure à l'efficacité du traitement pour la participante 2. En effet, l'IFG est demeuré faible en post traitement et au suivi 3 mois et bien qu'il soit modéré au suivi 6 mois, les symptômes anxieux ont nécessité une nouvelle consultation par la suite. Ceci peut potentiellement s'expliquer par une faible participation de l'enfant et du parent au traitement comparativement aux autres participants. En effet, cette enfant faisait très peu les exercices prescrits à la maison et elle bénéficiait de peu d'encouragement de la part des parents pour s'exposer aux situations anxiogènes et utiliser par elle-même les différentes stratégies de gestion de l'anxiété proposées au cours du traitement. À cet effet, au moins une étude a démontré que l'enfant anxieux répond mieux à la TCC lorsque son parent l'encourage à s'exposer aux situations anxiogènes (Silk et al., 2013). Les auteurs suggèrent que ces parents encouragent probablement davantage leur enfant à pratiquer les habiletés acquises en thérapie à l'extérieur, ce qui favoriserait de meilleurs gains thérapeutiques (Silk et al., 2013).

D'autre part, il est intéressant de constater que la participante chez qui la thérapie aurait moins bien fonctionné et la participante pour qui un retour des symptômes est observé au suivi 12 mois sont celles qui présentaient un TAG d'intensité très grave avant l'intervention (indice de sévérité de 8/8). La sévérité des symptômes a possiblement nuit

à l'efficacité de la thérapie. Ces résultats sont cohérents avec ceux de Holmes et ses collègues (2014), qui démontrent que la réponse au traitement était meilleure pour les enfants qui manifestaient un TAG moins sévère au départ. D'autres travaux effectués auprès d'enfants souffrant d'une diversité de troubles anxieux vont dans le même sens et démontrent qu'une plus grande sévérité des symptômes manifestés par l'enfant est associée à une moins bonne réponse à une TCC générale (Beidas et al., 2014; Festen et al., 2013; Ginsburg et al., 2011; Liber et al., 2010; Southam-Gerow, Kendall, & Weersing, 2001). De plus, les participantes 2 et 6 présentaient toutes deux d'autres troubles anxieux concomitants avant le traitement. Bien que ceux-ci se soient résorbés aux suivis 3 mois et 6 mois pour la participante 6 et au suivi 6 mois pour la participante 2, il n'en demeure pas moins qu'il est possible que la présence des troubles concomitants ait eu un impact sur leur niveau de fonctionnement suite à la thérapie. Il se peut qu'un nombre accru de rencontres eusse été nécessaire pour traiter le trouble chez ces enfants ou engendrer un maintien des acquis à plus long terme.

D'autre part, le fait que les diagnostics secondaires soient résolus suite au traitement pour certains participants suggère qu'un effet thérapeutique sur les troubles anxieux secondaires pourrait s'opérer. Par exemple, les diagnostics de trouble d'anxiété sociale, de phobie spécifique des chiens et de phobie spécifique de vomir dont souffrait la participante 6 sont absents suite au traitement, ainsi qu'aux suivis 3 mois, 6 mois et 12 mois. Cet effet au niveau du diagnostic secondaire est seulement observé au suivi 6 mois pour la participante 2, malgré qu'un retour à un score non clinique et un indice

fidèle de changement est toute de même observé à tous les temps de mesure sur le MASC. Les résultats de l'étude de Payne et ses collègues (2011) vont dans le même sens en démontrant que seulement 20 % des participants ont conservé leur diagnostic concomitant suite au traitement (Payne et al., 2011). Il est possible que certaines composantes du traitement se généralisent à d'autres troubles concomitants ou à d'autres symptômes d'anxiété pour certains enfants. Il se peut que certaines des vulnérabilités cognitives ciblées par le traitement influencent également le développement d'autres troubles anxieux à l'enfance, ce qui pourrait faire en sorte que ces composantes de traitement auraient un impact positif sur les troubles anxieux concomitants. Cette hypothèse est en cohérence avec des études effectuées auprès de adultes qui démontrent que les vulnérabilités cognitives seraient non seulement associées au TAG mais également aux symptômes d'autres troubles anxieux (Boelen, Reijntjes, & Carleton, 2014; Boswell, Thompson-Hollands, Farchione, & Barlow, 2013; Ladouceur et al., 1999; McEvoy & Mahoney, 2011, 2012; Thibodeau et al., 2015). D'autres études impliquant un plus grand nombre de participants présentant un TAG seront nécessaires pour explorer cette question à l'enfance.

La présente étude est la première à investiguer les bénéfices de la TCC basée sur le modèle de l'intolérance à l'incertitude auprès des enfants au-delà de six mois après la fin du traitement. L'utilisation de niveaux de bases multiples permet également de réduire les risques que d'autres facteurs extérieurs soient responsables des changements observés chez les enfants (p.ex., événements de vie particuliers, processus de

maturation). La réplication des résultats auprès de plusieurs sujets, l'utilisation de sources d'informations diversifiées, l'établissement de critères de changement cliniques et statistiques conservateurs sont des forces de la présente étude qui soutiennent la validité des résultats obtenus.

L'étude comporte aussi des limites. Notamment, la généralisation des résultats est limitée par l'exclusion de deux participants en raison de l'interférence associée aux symptômes anxieux ou des difficultés langagières. Il est possible que certaines caractéristiques individuelles jouent un rôle modérateur dans l'efficacité du traitement. Ensuite, les évaluateurs qui ont administré les entrevues post traitement avaient connaissance de la participation de l'enfant à l'étude en raison de leur appartenance à l'équipe de cliniciens œuvrant à la clinique. De plus, l'auto-observation quotidienne des symptômes a été ardue pour certains participants. En effet, il pouvait être difficile pour certains enfants de se structurer pour remplir les calepins quotidiennement et certains parents collaboraient peu à cet égard. Conséquemment, plusieurs données sont manquantes dans les auto-enregistrements quotidiens malgré le soutien apporté par les thérapeutes. Des observations quotidiennes des symptômes par les parents auraient pu permettre de compléter l'information obtenue auprès des enfants. Idéalement, la version parent de l'ADIS aurait été utilisée en plus de la version enfant pour établir la présence du trouble anxieux si les ressources et la structure l'avaient permis. Toutefois, l'entrevue psychiatrique, effectuée avec l'enfant et le parent, a permis d'utiliser la perception du parent comme source d'information supplémentaire pour établir le diagnostic de



l'enfant. Bien que cette évaluation ne soit pas structurée, elle était effectuée sur la base des critères diagnostiques établis par le DSM-IV.

En somme, l'adaptation de la TCC adulte découlant du modèle basé sur l'intolérance à l'incertitude entraîne une diminution des symptômes d'anxiété généralisée chez la majorité des participants. Toutefois, le maintien des gains thérapeutiques six mois et un an après la fin du traitement n'est pas observé chez tous les participants. Il sera toutefois primordial de confirmer ces résultats à l'aide d'une étude expérimentale effectuée à partir d'un plus grand échantillon d'enfants, incluant davantage de garçons et une meilleure diversité au plan ethnique. Les processus par lesquels le changement s'opère auprès des participants demeure également nébuleux. De plus amples travaux pourraient permettre de vérifier si c'est la modification des processus cognitifs spécifiquement ciblés par la thérapie qui est responsable de la diminution de la tendance à s'inquiéter. La connaissance de l'efficacité relative de chacune des composantes du traitement pourrait aussi permettre de réduire le nombre de séances nécessaire à l'atteinte des objectifs thérapeutiques visés. La supériorité de la TCC adaptée spécifiquement au TAG par rapport à un autre traitement psychologique ou à la TCC plus générale demeure également à établir. Il se peut que le fait de cibler les éléments communs aux divers troubles anxieux entraîne une amélioration semblable de l'anxiété, notamment pour les enfants qui présentent d'autres troubles anxieux. D'un autre côté, il est possible que le fait de cibler certaines vulnérabilités cognitives du modèle de l'intolérance à l'incertitude entraîne également un impact positif sur les

troubles anxieux concomitants. Enfin, la poursuite des travaux concernant l'étiologie du TAG à l'enfance contribuera à améliorer notre compréhension du trouble et par conséquent, notre capacité à soutenir un meilleur fonctionnement et une meilleure qualité de vie pour les enfants qui en souffrent.

### Références

- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms & profiles*. Burlington: University of Vermont.
- Albano, A. M., & Hack, S. (2004). Children and adolescents. Dans R. G. Heimberg, C. L. Turk, & D. S. Mennin (Éds), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* (pp. 383-408). New York, NY: Guilford Press.
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. (AACAP, 2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46, 267-283.
- American Psychiatric Association. (1994). *DSM-IV: Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4<sup>e</sup> éd.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2013). *DSM-5: Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5<sup>e</sup> éd.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Baldwin, J. S., & Dadds, M. R. (2007). Reliability and validity of parent and child versions of the multidimensional anxiety scale for children in community samples. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46, 252-260.
- Barlow, D. H., Nock, M., & Hersen, M. (2009). *Single cases experimental designs: Strategies for studying behavior change* (3<sup>e</sup> éd.). Boston: Allyn Pearson.
- Beidas, R. S., Lindhiem, O., Brodman, D. M., Swan, A., Carper, M., Cummings, C., ... Sherill, J. (2014). A probabilistic and individualized approach for predicting treatment gains: An extension and application to anxiety disordered youth. *Behavior Therapy*, 45, 126-136.
- Berthiaume, C., Racicot, G., Gosselin, P., Langlois, F., & Dugas, M. J. (2016). *Projet Z : programme de thérapie cognitivo-comportementale pour le trouble d'anxiété généralisée chez les enfants* (Document inédit, site Hôpital Rivière-des-Prairies). CECOM, CIUSS du Nord de l'île de Montréal, QC.
- Berthiaume, C., Turgeon, L., Poulin, F., & Guay, S. (2007). *Efficacy of a cognitive-behavioral treatment for children with posttraumatic stress disorder after a single trauma* (Document inédit). Département de psychologie, Université du Québec à Montréal, QC.
- Boelen, P. A., Reijntjes, A., & Carleton, R. N. (2014). Intolerance of uncertainty and adult separation anxiety. *Cognitive Behaviour Therapy*, 43, 133-144.

- Boelen, P. A., Vrinssen, I., & van Tulder, F. (2010). Intolerance of uncertainty in adolescents: Correlations with worry, social anxiety, and depression. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 198*, 194-200.
- Boswell, J. F., Thompson-Hollands, J., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2013). Intolerance of uncertainty: A common factor in the treatment of emotional disorders. *Journal of Clinical Psychology, 69*, 630-645.
- Campbell, L. A., Brown, T. A., & Grisham, J. R. (2003). The relevance of age of onset to the psychopathology of generalized anxiety disorder. *Behavior Therapy, 34*, 31-48.
- Cartwright-Hatton, S., McNicol, K., & Doubleday, E. (2006). Anxiety in a neglected population: Prevalence of anxiety disorders in preadolescent children. *Clinical Psychology Review, 26*, 817-833.
- Cartwright-Hatton, S., Roberts, C., Chitsabesan, P., Fothergill, C., & Harrington, R. (2004). Systematic review of the efficacy of cognitive behaviour therapies for childhood and adolescent anxiety disorders. *British Journal of Clinical Psychology, 43*(4), 421-436.
- 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. *Behaviour Research and Therapy, 35*, 569-581.
- Clementi, A., & Alfano, C. A. (2014). Targeted behavioral therapy for childhood generalized anxiety disorder: A time-series analysis of changes in anxiety and sleep. *Journal of Anxiety Disorders, 28*, 215-222.
- Cobham, V. E., Dadds, M. R., & Spence, S. H. (1998). The role of parental anxiety in the treatment of childhood anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*, 893-905.
- Comer, J., & Kendall, P. C. (2004). A symptom-level examination of parent child agreement in the diagnosis of anxious youths. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 43*, 878-886.
- Comer, J., Roy, A. K., Furr, J. M., Gotimer, K., Beidas, R. S., Dugas, M. J., & Kendall, P. C. (2009). The intolerance of uncertainty scale for children: A psychometric evaluation. *Psychological Bulletin, 21*, 409-411.

- Compton, S. N., Almirall, D., Sherrill, J., March, J. S., Ginsburg, G. S., Piacentini, J. C., ... Walkup, J. T. (2014). Predictors and moderators of treatment response in childhood anxiety disorders: Results from the CAMS trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 82*, 212-224.
- Costello, E. J., Egger, H., & Angold, A. (2005). The developmental epidemiology of anxiety disorders: Phenomenology, prevalence, and comorbidity. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 14*, 631-648.
- Covin, R., Ouimet, A. J., Seeds, P. M., & Dozois, D. J. A. (2008). A meta-analysis of CBT for pathological worry among clients with GAD. *Journal of Anxiety Disorders, 22*, 108-116.
- Dugas, M. J., Gagnon, F., Ladouceur, R., & Freeston, M. H. (1998). Generalized anxiety disorder: A preliminary test of a conceptual model. *Behaviour Research and Therapy, 36*, 215-226.
- Dugas, M. J., & Ladouceur, R. (2000). Treatment of GAD: Targeting intolerance of uncertainty in two types of worry. *Behavior Modification, 24*, 635-657.
- Dugas, M. J., Laugesen, N., & Bukowski, W. M. (2012). Intolerance of uncertainty, fear of anxiety, and adolescent worry. *Journal of Abnormal Child Psychology, 40*, 863-870.
- Dugas, M. J., Leblanc, R., & Seidah, A. (2007). *La thérapie cognitivo-comportementale pour le trouble d'anxiété généralisée : manuel du thérapeute* (Document inédit). Université Concordia, Montréal, QC.
- Dugas, M. J., & Robichaud, M. (2007). *Cognitive behavioral treatment for generalized anxiety disorder: From science to practice*. New York, NY: Routledge/Taylor & Francis Groupe.
- Eisen, A. R., & Silverman, W. K. (1998). Prescriptive treatment for generalized anxiety disorder in children. *Behavior Therapy, 29*, 105-121.
- Ellis, D. M., & Hudson, J. L. (2011). Test of the metacognitive model of generalized anxiety disorder in anxiety-disordered adolescents. *Journal of Experimental Psychopathology, 1*, 28-43.
- Esbjorn, B. H., Lonfeldt, N. N., Nielsen, S. K., Reinholdt-Dunne, M. L., Somhovd, M. J., & Cartwright-Hatton, S. (2015). Meta-worry, worry and anxiety in children and adolescents: Relationships and interactions. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 44*, 145-156.

- Esbjorn, B. H., Somhovd, M. J., Holm, J. M., Lonfeldt, N. N., Bender, S. K., Nielsen, S. K., & Reinholdt-Dunne, M. L. (2013). A structural assessment of the 30-item Metacognitions Questionnaire for Children and its relations to anxiety symptoms. *Psychological Assessment, 25*, 1211-1219.
- Festen, H., Hartman, C. A., Hogendoorn, S., de Hann, E., Prins, P. J. M., Reichart, C. G., ... Nauta, M. H. (2013). Temperament and parenting predicting anxiety change in cognitive behavioural therapy: The role of mothers, fathers, and children. *Journal of Anxiety Disorders, 27*, 289-297.
- 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.
- Fisak, B., Holderfield, K. G., Douglas-Osborn, E., & Cartwright-Hatton, S. (2012). What do parents worry about? Examination of the construct of parent worry and the relation to parent and child anxiety. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 40*, 542-557.
- Fisak, B., Mann, A., & Heggeli, K. (2013). The association between perceptions of parent worry and generalized anxiety disorder symptoms in a community sample of adolescents. *International Journal of Adolescence and Youth, 18*, 226-235.
- Fisak, B., Mentuccia, M., & Przeworski, A. (2014). Meta-worry in adolescents: Examination of the psychometric properties of the Meta-Worry Questionnaire in an adolescent sample. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 42*, 491-496.
- Ginsburg, G. S., Kendall, P., Sakolsky, D., Compton, S. N., Piacentini, J., Albano, A. M., & March, J. (2011). Remission after acute treatment in children and adolescents with anxiety disorders: Findings from the CAMS. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 79*, 806-813.
- Gosselin, P. (2010). *Modeling in children's worry, intolerance of uncertainty and negative problem orientation*. Manuscrit en préparation.
- 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.
- Gosselin, P., Tremblay, M., Dugas, M. J., & Ladouceur, R. (2002). Les inquiétudes chez les adolescents : propriétés psychométriques de la version française du Penn State Worry Questionnaire for Children. *Canadian Psychology, 43*, 270-277.

- Hale, W.W., Engels, R. C. M. E., & Meeus, W. H. J. (2006). Adolescent's perceptions of parenting behaviours and its relationship to adolescent generalized anxiety disorder symptoms. *Journal of Adolescence*, *29*, 407-418.
- Holmes, M. C., Donovan, C. L., Farrell, L. J., & March, S. (2014). The efficacy of a group-based disorder-specific treatment program for childhood GAD-A randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, *61*, 122-135.
- Hudson, J. L., Rapee, R. M., Lyneham, H. J., McLellan, L. F., Wuthrich, V. M., & Schniering, C. A. (2015). Comparing outcomes for children with different anxiety disorders following cognitive behavioural therapy. *Behaviour Research and Therapy*, *72*, 30-37.
- Jacobson, N. S., Roberts, L. J., Berns, S. B., & McGlinchey, J. B. (1999). Methods for defining and determining the clinical significance of treatment effects: Description, application, and alternatives. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *3*, 300-307.
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *59*, 12-19.
- Keller, M. B., Lavori, P. W., Wunder, J., Beardslee, W. R., Schwartz, C. E., & Roth, J. (1992). Chronic course of anxiety disorders in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *31*, 595-599.
- Kendall, P. C., Compton, S. N., Walkup, J. T., Birmaher, B., Albano, A. M., Sherill, J., ... Piacentini, J. (2010). Clinical characteristics of anxiety disordered youth. *Journal of Anxiety Disorders*, *24*, 360-365.
- Kendall, P. C., Hudson, J., Gosch, E., Flannery-Schroeder, E., & Suveg, C. (2008). Cognitive-behavioral therapy for anxiety disordered youth: A randomized clinical trial evaluating child and family modalities. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *76*, 282-297.
- Kertz, S., & Woodruff-Borden, J. (2013). The role of metacognition, intolerance of uncertainty, and negative problem orientation in children's worry. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *41*, 243-248.
- Ladouceur, R., Dugas, M. J., Freeston, M. H., Léger, E., Gagnon, F., & Thibodeau, N. (2000). Efficacy of a cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: Evaluation in a controlled clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *68*, 957-964.

- Ladouceur, R., Dugas, M. J., Freeston, M. H., Rhéaume, J., Blais, F., Gagnon, F., ... Boisvert, J.-M. (1999). Specificity of generalized anxiety disorder symptoms and processes. *Behavior Therapy, 30*, 191-207.
- Langlois, F., & Ladouceur, R. (2004). Adaptation of a GAD treatment for hypochondriasis. *Cognitive Behavioral Practice, 11*, 393-404.
- 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.
- Léger, E., Ladouceur, R., Dugas, M. J., & Freeston, M. H. (2003). Cognitive behavioral treatment of generalized anxiety disorder among adolescents: A case series. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 42*, 327-330.
- Liber, J. M., van Widenfelt, B. M., van der Leeden, A. J. M., Goedhart, A. W., Utens, W. M. W. J., & Treffers, P. D. A. (2010). The relation of severity and comorbidity to treatment outcome with cognitive behavioral therapy for childhood anxiety disorders. *Journal of Abnormal Child Psychology, 38*, 683-694.
- March, J. S. (1997). *Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC): Technical manual*. Toronto: Multi-Health System Inc.
- March, J. S., & Albano, A. M. (1998). New developments in assessing pediatric anxiety disorders. *Advances in Clinical Child Psychology, 20*, 213-241.
- March, J. S., Parker, J. D. A., Sullivan, K., & Stallings, P. (1997). The Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC): Factor structure, reliability, and validity. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 36*, 554-565.
- March, J. S., Sullivan, K., & Parker, J. D. (1999). Test-retest reliability of the multidimensional anxiety scale for children. *Journal of Anxiety Disorders, 13*, 349-358.
- McEvoy, P. M., & Mahoney, A. E. J. (2011). Achieving certainty about the structure of intolerance of uncertainty in a treatment-seeking sample with anxiety and depression. *Journal of Anxiety Disorders, 25*, 112-122.
- McEvoy, P. M., & Mahoney, A. E. J. (2012). To be sure, to be sure: Intolerance of uncertainty mediates symptoms of various anxiety disorders and depression. *Behavior Therapy, 43*, 533-545.
- Muris, P. (2002). Parental rearing behaviors and worry of normal adolescents. *Psychological Reports, 91*, 428-430.



- Muris, P., Meesters, C., Merckelbach, H., & Hülßenbeck, P. (2000). Worry in children is related to perceived parental rearing and attachment. *Behaviour Research and Therapy, 38*, 487-497.
- 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.
- Parkinson, M., & Creswell, C. (2011). Worry and problem-solving skills and beliefs in primary school children. *British Journal of Clinical Psychology, 50*, 106-112.
- Payne, S., Bolton, D., & Perrin, S. (2011). A pilot investigation of cognitive therapy for generalized anxiety disorder in children aged 7-17 years. *Cognitive Therapy Research, 35*, 171-178.
- Pestle, S. L., Chorpita, B. F., & Schiffman, J. (2008). Psychometric properties of the Penn State Worry Questionnaire for children in a large clinical sample. *Journal of Clinical Child and Adolescents Psychology, 37*, 465-471.
- Pine, D. S., Cohen, P., Gurley, D., Brook, J., & Ma, Y. (1998). The risk for early adulthood anxiety and depressive disorders in adolescents with anxiety and depressive disorders. *Archives of General Psychiatry, 55*, 56-64.
- Provencher, M. D., Dugas, M. J., & Ladouceur, R. (2004). Efficacy of problem-solving training and cognitive exposure in the treatment of generalized anxiety disorder: A case replication series. *Cognitive and Behavioral Practice, 11*, 404-414.
- Racicot, G., Langlois, F., Gosselin, P., & Berthiaume, C. (2015). *Les vulnérabilités cognitives impliquées dans le trouble d'anxiété généralisée chez l'enfant* (Document inédit). Université du Québec à Trois-Rivières, QC.
- Rapee, R. M., Schniering, C. A., & Hudson, J. L. (2009). Anxiety disorders during childhood and adolescence: Origins and treatment. *Annual Review of Clinical Psychology, 5*, 11-41.
- Read, K. L., Comer, J. S., & Kendall, P. C. (2013). The Intolerance of Uncertainty Scale for Children (IUSC): Discriminating principal anxiety diagnoses and severity. *Psychological Assessment, 25*, 727-729.
- Scharfstein, L., Alfano, C., Beidel, D., & Wong, N. (2011). Children with generalized anxiety disorder do not have peer problems, just fewer friends. *Child Psychiatry and Human Development, 42*, 712-723.

- Silk, J. S., Sheeber, L., Tan, P. Z., Ladouceur, C. D., Forbes, E. E., McMakin, D. L., ... Ryan, N. D. (2013). "You can do it!" The role of parental encouragement of bravery in child anxiety treatment. *Journal of Anxiety Disorders, 27*, 439-446.
- 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., Saavedra, L. M., & Pina, A. A. (2001). Test-retest reliability of anxiety symptoms and diagnoses with the anxiety disorders interview schedule for DSM-IV: Child and parent versions. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 40*, 937-944.
- Smith, K. E., & Hudson, J. L. (2013). Metacognitive beliefs and processes in clinical anxiety in children. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 42*, 590-602.
- Southam-Gerow, M. A., Kendall, P. C., & Weersing, V. R. (2001). Examining outcome variability: Correlates of treatment response in a child and adolescent anxiety clinic. *Journal of Clinical Child Psychology, 30*, 422-436.
- Spada, M. M., Caselli, G., Manfredi, C., Rebecchi, D., Rovetto, F., Rugiero, G. M., ... Sassarolli, S. (2012). Parental overprotection and metacognitions as predictors of worry and anxiety. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 40*, 287-296.
- Suarez, M. L., & Bell, D. (2006). Relation of childhood worry to information processing factors in an ethnically diverse community sample. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 35*, 136-147.
- Thibodeau, M. A., Carleton, R. N., McEvoy, P. M., Zvolensky, M. J., Brandt, C. P., Boelen, P. A., ... Amundson, G. J. G. (2015). Developing scales measuring Disorder-Specific Intolerance of Uncertainty (DSIU): A new perspective on transdiagnostic. *Journal of Anxiety Disorders, 31*, 49-57.
- Turgeon, L., Chartrand, É., Robaey, P., & Gauthier, A.-K. (2006). Qualités psychométriques de la version québécoise du Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC). *Revue francophone de clinique comportementale et cognitive, 11*, 1-8.
- Wergeland, G. J. H., Fjernestad, K. W., Marin, C. E., Bjelland, I., Haugland, B. S. M., Silverman, W. K., ... Heiervang, E. R. (2016). Predictors of treatment outcome in an effectiveness trial of cognitive behavioural therapy for children with anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy, 76*, 1-12.

- Wilson, C., Budd, B., Chernin, R., King, H., Leddy, A., MacLennan, F., & Mallandain, I. (2011). The role of meta-cognition and parenting in adolescent worry. *Journal of Anxiety Disorders, 25*, 71-79.
- Wilson, C., & Hughes, C. (2011). Worry, beliefs about worry and problem solving in young children. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 39*, 507-521.
- Wood, J. J., Piacentini, J. C., Bergman, L., McCracken, J., & Barrios, V. (2002). Concurrent validity of the anxiety disorders section of the anxiety disorders interview schedule for DSM-IV: Child and parent versions. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 31*, 335-342.

## **Discussion générale**

Le but global de cette thèse était d'étudier le TAG à l'enfance, en utilisant comme point de départ les bases théoriques et empiriques les mieux établies auprès des populations adultes. Le premier chapitre de cette thèse visait à dresser un portrait de l'état actuel des connaissances concernant les variables cognitives associées à l'inquiétude et au TAG et les traitements disponibles pour le traiter chez les enfants. Le recension des écrits a dans un premier temps permis de constater la pertinence du modèle adulte basé sur l'intolérance à l'incertitude (Dugas, Gagnon, Ladouceur, & Freeston, 1998) pour conceptualiser le phénomène à l'enfance et dans un deuxième temps de jeter un éclairage sur les lacunes de quelques travaux empiriques réalisés jusqu'à maintenant auprès des enfants. Les deux études réalisées dans le cadre de la thèse visent à répondre à certaines de ces lacunes. Le Chapitre 2 a permis de rapporter les résultats de la première étude empirique, qui portait sur le lien entre certaines vulnérabilités cognitives du modèle de l'intolérance à l'incertitude (Dugas et al., 1998) et les symptômes du TAG chez les enfants de 8 à 12 ans. Le Chapitre 3 présente la deuxième étude empirique de la thèse, qui concernait l'efficacité d'une adaptation de la TCC adulte qui découle du modèle de Dugas et ses collaborateurs (1998) auprès d'enfants de 8 à 12 ans souffrant d'un TAG primaire.

### **Résumé de l'étude sur les processus impliqués dans le TAG chez les enfants**

La première étude de la thèse avait donc deux grands objectifs. Premièrement, tester la relation entre les vulnérabilités cognitives du TAG et l'inquiétude dans une approche plus continue et deuxièmement, tester la spécificité des processus du modèle de l'intolérance à l'incertitude en comparant trois groupes d'enfants (un groupe d'enfants présentant un TAG clinique primaire ou secondaire, un groupe d'enfants répondant aux critères d'un trouble anxieux en l'absence d'un TAG et un groupe de comparaison non clinique).

Dans une perspective continue, le premier objectif de l'étude 1 était de vérifier si l'intolérance à l'incertitude, l'orientation négative aux problèmes et l'évitement cognitif prédisent la tendance à s'inquiéter chez les enfants de 8 à 12 ans. Pour ce faire, tant la perspective de l'enfant que celle de la mère et du père ont été utilisées. Les analyses corrélationnelles ont d'abord démontré que lorsque l'on contrôle pour l'effet des symptômes dépressifs de l'enfant, des corrélations modérées à fortes sont observées entre d'une part les vulnérabilités cognitives mesurées auprès de l'enfant, de la mère et du père et d'autre part la tendance à s'inquiéter de l'enfant. Les analyses de régression hiérarchiques ont ensuite démontré que lorsque les variables sont considérées dans leur ensemble et que l'effet des symptômes dépressifs est contrôlé, les variables cognitives mesurées auprès de l'enfant, de la mère et du père permettent de prédire la tendance à s'inquiéter. Selon les données obtenues auprès de l'enfant et de la mère, l'intolérance à l'incertitude est la seule variable cognitive qui contribue de façon unique à l'inquiétude,

lorsque l'effet des symptômes dépressifs et des autres variables cognitives est considéré. Selon les données obtenues auprès du père, l'évitement cognitif est la seule variable qui apporte une contribution unique à la tendance à s'inquiéter lorsque l'on tient compte de la variance partagée entre les variables. Cette divergence des résultats selon le parent répondant est en cohérence avec les études récentes qui démontrent que la mère et le père joueraient un rôle différent auprès de leur enfant (Bögels & Phares, 2008). Cette différence pourrait potentiellement influencer la perception des parents de leur enfant et l'attitude que ce dernier adopte selon le parent auquel il s'adresse. Ces résultats mettent en lumière la nécessité de tenir compte de la perception des pères dans l'évaluation des vulnérabilités cognitives et des symptômes anxieux de l'enfant.

Le deuxième objectif de l'étude était de vérifier si les trois vulnérabilités cognitives diffèrent entre les enfants qui souffrent d'un TAG (primaire ou secondaire), ceux qui souffrent d'un trouble anxieux en l'absence d'un TAG et ceux qui sont issus d'un groupe de comparaison non clinique. Les résultats démontrent que lorsque l'on tient compte de l'effet des symptômes dépressifs de l'enfant, il existe une différence significative entre les trois groupes de participants, mais seulement lorsque les vulnérabilités cognitives sont mesurées auprès de la mère et du père. Les enfants qui répondent aux critères du TAG et ceux qui présentent un autre trouble anxieux manifestent alors davantage d'intolérance à l'incertitude, d'orientation négative aux problèmes et d'évitement cognitif que les participants du groupe de comparaison non clinique alors que les deux groupes cliniques ne se distinguent pas entre eux. La

divergence des résultats obtenus selon la source d'information utilisée pour mesurer les vulnérabilités cognitives (l'enfant ou ses parents) n'est pas surprenante, puisque les analyses statistiques ont également démontré qu'il n'y a pas de lien significatif entre la perception de l'enfant de ses propres vulnérabilités cognitives et celle de ses parents. En somme, la première étude de la thèse met en lumière l'importance de considérer l'intolérance à l'incertitude, l'orientation négative aux problèmes et l'évitement cognitif dans la prévention et le traitement de l'inquiétude excessive. Les résultats suggèrent également que les trois vulnérabilités cognitives, caractéristiques des troubles anxieux, seraient des cibles potentielles pour améliorer le traitement de ces pathologies à l'enfance. La spécificité des processus pour le TAG méritera encore d'être testée dans des échantillons plus importants.

#### **Résumé des résultats de l'adaptation clinique du traitement du TAG pour les enfants**

La deuxième étude de la thèse visait à vérifier si une adaptation de la version de la TCC pour adulte basée sur le modèle de l'intolérance à l'incertitude (Dugas et al., 2007) est efficace à réduire les symptômes d'anxiété généralisée chez des enfants de 8 à 12 ans manifestant un TAG primaire. L'étude visait également à vérifier si les gains thérapeutiques se maintiennent trois mois, six mois et douze mois après la fin du traitement. Un indice de fonctionnement global a été établi pour chacun des six participants, sur la base de critères établis sur les symptômes du TAG mesurés auprès des enfants, des mères et du clinicien. Globalement, l'efficacité de la thérapie est appuyée par l'atteinte d'un indice de fonctionnement global modéré à élevé pour la



majorité des participants évalués à chacun des temps de mesure. Les résultats démontrent que les gains thérapeutiques semblent plus importants au suivi 3 mois, tel que reflété par un indice de fonctionnement global élevé pour la plupart des participants. Un retour de plusieurs symptômes est toutefois observé pour certains enfants six mois et un an après la fin de la thérapie. Cependant, les effets de la thérapie n'en demeurent pas moins importants étant donné l'impact négatif des troubles anxieux sur le fonctionnement et le développement de l'enfant (Saavedra, Silverman, Morgan-Lopez, & Kurtines, 2010; Suveg et al., 2009). La deuxième étude souligne la pertinence de développer des traitements novateurs basés sur les travaux théoriques et empiriques existants pour traiter l'anxiété pathologique à l'enfance. L'efficacité de la thérapie à réduire les symptômes du TAG chez les enfants appuie également, en quelque sorte, la pertinence du modèle théorique sous-jacent.

### **Retombées possibles et recherches futures**

Les résultats issus de la thèse ont des retombées cliniques importantes, notamment par les nouvelles avenues de traitement qu'ils ouvrent pour les professionnels qui œuvrent auprès des enfants qui souffrent d'anxiété. Les programmes d'intervention les plus couramment utilisés pour cibler l'anxiété excessive chez les enfants à travers les études d'efficacité existantes incluent généralement les composantes suivantes : reconnaissance et identification des symptômes d'anxiété, apprentissage de techniques de gestion de l'anxiété somatique (respiration et relaxation musculaire), restructuration cognitive, exposition graduée, entraînement à la résolution de problèmes, apprentissage

d'habiletés d'autoévaluation et d'auto-renforcement (pour une revue, voir Silverman, Pina, & Viswesvaran, 2008). Ces programmes ne ciblent pas spécifiquement l'intolérance à l'incertitude, l'orientation négative aux problèmes et l'évitement cognitif alors que les résultats de la première étude de la thèse suggèrent qu'elles seraient des cibles pertinentes pour la prévention ou le traitement de l'inquiétude excessive et des troubles anxieux à l'enfance. Certes, le fait de cibler des processus plus généraux par l'entremise des stratégies globales d'intervention proposées dans les programmes d'intervention existants (Silverman et al., 2008) peut possiblement entraîner une amélioration des processus cognitifs composant le modèle de l'intolérance à l'incertitude. Par exemple, il se peut qu'en s'exposant aux situations anxiogènes en général, l'enfant développe conséquemment une meilleure tolérance à l'incertitude ou qu'en devenant plus habile à résoudre les problèmes, il adopte une orientation plus positive face à ceux qu'il rencontre dans sa vie quotidienne. Cependant, les gains thérapeutiques pourraient possiblement être amplifiés si l'intolérance à l'incertitude, l'orientation négative aux problèmes et l'évitement cognitif étaient davantage considérés comme des cibles centrales de l'intervention. À titre d'exemple, afin d'optimiser le traitement offert, le clinicien pourrait expliquer à l'enfant le lien entre l'intolérance à l'incertitude et ses inquiétudes, l'aider à identifier comment l'intolérance à l'incertitude se manifeste concrètement dans les situations de sa vie quotidienne pour ensuite l'amener à graduellement entrer en contact avec les situations incertaines pour qu'il puisse s'y habituer. Ensuite, les stratégies d'exposition graduée proposées dans les programmes sont axées presque qu'exclusivement sur l'évitement situationnel exécuté

par les enfants. Les cliniciens pourraient peut-être optimiser le processus d'habituation chez leurs clients lors des exercices d'exposition en portant une attention particulière aux stratégies d'évitement cognitif pouvant être utilisées par l'enfant et en insistant auprès de lui sur l'importance de tolérer les cognitions anxiogènes qui surviennent pendant les exercices. Ils pourraient également compléter le traitement en proposant à l'enfant des exercices d'exposition cognitive pour qu'il puisse s'habituer aux scénarios catastrophiques et réduire l'anxiété qu'ils engendrent. Enfin, l'entraînement à la résolution de problèmes proposé dans les programmes d'intervention pour les troubles anxieux met l'accent sur l'identification du problème, l'élaboration de solutions, la prise de décision et l'application de la solution choisie. Si les jeunes anxieux éprouvent des difficultés concernant l'orientation négative aux problèmes, l'intervention qui leur est offerte pourrait potentiellement être bonifiée en favorisant la reconnaissance des manifestations de cette vulnérabilité et l'adoption d'une attitude plus productive face aux problèmes rencontrés, réduisant ainsi les symptômes d'anxiété qu'ils engendrent.

Bien que l'avancement des connaissances des professionnels des vulnérabilités cognitives associées aux problèmes d'anxiété à l'enfance puisse engendrer des effets positifs sur leur pratique clinique, l'intégration concrète de ces nouvelles connaissances théoriques à l'intervention peut s'avérer ardue. En effet, l'intolérance à l'incertitude, l'orientation négative aux problèmes et l'évitement cognitif peuvent constituer des concepts nouveaux pour les cliniciens et abstraits pour les enfants. En l'absence d'outils cliniques adaptés au stade de développement de l'enfant, il peut être difficile pour le

thérapeute de cibler ces vulnérabilités cognitives en favorisant la compréhension, l'intérêt et la motivation du jeune. Les travaux d'adaptation du manuel de traitement adulte aux enfants de 8 à 12 ans réalisés dans le cadre de la thèse permettent de contourner cet obstacle en proposant des moyens concrets pour cibler l'ensemble des composantes du modèle basé sur l'intolérance à l'incertitude chez l'enfant par l'entremise de deux manuels de traitement. Premièrement, le manuel du thérapeute guide le clinicien dans son intervention en fournissant un rationnel théorique étoffé des interventions proposées, ainsi que des exemples d'explications, de métaphores et d'exercices thérapeutiques pouvant être utilisés auprès de l'enfant. Deuxièmement, un manuel illustré a été conçu pour créer un environnement stimulant auquel l'enfant peut facilement se référer pour intégrer les stratégies d'intervention proposées. Le manuel a été élaboré de manière à faciliter la compréhension de l'enfant, à capter son intérêt et à favoriser son adhérence au traitement. Tout au long de la thérapie, l'enfant est accompagné par deux personnages fictifs souffrant d'un TAG, auxquels il peut s'identifier. Au cours des rencontres, les personnages développent, à travers des mises en contexte, les stratégies qui seront proposées à l'enfant pour gérer ses inquiétudes. Tous les concepts présentés à l'enfant sont illustrés et de nombreux exemples sont fournis afin qu'il puisse saisir la logique sous-jacente des stratégies proposées et les généraliser plus facilement dans les situations de sa vie quotidienne. L'efficacité du programme est appuyée par les résultats préliminaires de l'étude clinique de la thèse. Le fait de cibler, en toute rigueur scientifique, les vulnérabilités cognitives sous-jacentes au TAG constitue certes une force du programme, mais il se peut également que les outils

cliniques spécifiques élaborés pour les enfants de 8 à 12 ans dans le cadre des travaux d'adaptation de la thérapie adulte contribuent à accélérer les gains thérapeutiques effectués par les enfants et à réduire les taux d'abandon. De plus, les illustrations, les personnages et les métaphores proposés par l'entremise des deux manuels pourraient constituer des outils d'intervention particulièrement utiles pour les cliniciens qui appliquent la TCC pour cibler les inquiétudes excessives auprès d'une clientèle aux prises avec d'autres difficultés susceptibles de poser des défis particuliers dans l'intervention (p.ex., trouble du déficit d'attention avec hyperactivité, trouble du spectre de l'autisme, trouble du langage, etc.). D'autres études seront nécessaires pour vérifier l'efficacité de la thérapie auprès de ces clientèles. Quoiqu'il en soit, la publication éventuelle des manuels de traitement permettra certainement d'améliorer la diffusion et l'accès aux nouvelles connaissances empiriques et pratiques pour les cliniciens.

Ensuite, les résultats de la première étude ne permettent pas de conclure que les enfants qui souffrent d'un TAG se distinguent significativement de ceux qui présentent un autre trouble anxieux quant à l'intolérance à l'incertitude, à l'orientation négative aux problèmes et à l'évitement cognitif qu'ils manifestent. Ces résultats sont en cohérence avec ceux de l'étude pilote visant à vérifier l'efficacité de la TCC basée sur le modèle cognitif, qui démontrent que l'intervention pourrait entraîner des effets bénéfiques sur les troubles anxieux secondaires au TAG manifestés par certains participants. Ces résultats vont également dans le sens d'un courant de la recherche théorique et empirique plus large sur les troubles anxieux et dépressifs qui démontrent que les

similitudes étiologiques et structurelles existantes entre les troubles sont plus importantes que les différences (Barlow, Allen, & Choate, 2004). Notamment, le fait que l'inquiétude excessive constitue l'élément central du TAG n'implique pas nécessairement qu'elle soit une manifestation clinique exclusive à ce trouble anxieux, ce qui pourrait expliquer que les vulnérabilités cognitives ne permettent pas de distinguer différents troubles anxieux. Par exemple, l'individu qui souffre d'un trouble d'anxiété sociale et qui redoute le jugement d'autrui en situation sociale ou celui qui manifeste un trouble d'anxiété de séparation et qui craint que son parent ait un grave accident de voiture anticipe typiquement des événements futurs négatifs et élabore des scénarios catastrophiques concernant leur implication potentielle. Les résultats de la thèse sont également cohérents avec des recherches récemment réalisées auprès de populations adultes concernant plus précisément la spécificité du modèle de l'intolérance à l'incertitude au TAG. En effet, plusieurs résultats obtenus au cours de ces travaux démontrent que l'intolérance à l'incertitude est aussi associée aux symptômes du trouble d'anxiété sociale (Boelen & Reijntjes, 2009; Boelen, Reijntjes, & Carleton, 2014; Carleton, Collimore, & Asmundson, 2010; McEvoy & Mahoney, 2011, 2012; Thibodeau et al., 2015), du trouble d'anxiété de séparation (Boelen et al., 2014), du trouble obsessionnel-compulsif (Boelen et al., 2014; Holaway, Heimberg, & Coles, 2006; McEvoy & Mahoney, 2011, 2012; Thibodeau et al., 2015; Tolin, Abramowitz, Brigidi, & Foa, 2003), du trouble panique et agoraphobie (Carleton et al., 2014; Carleton, Fetzner, Hackl, & McEvoy, 2013; McEvoy & Mahoney, 2011, 2012; Thibodeau et al., 2015), de l'état de stress post traumatique (Fetzner, Horswill, Boelen, & Carleton, 2013;

Thibodeau et al., 2015) et du trouble dépressif majeur (Boelen et al., 2014; McEvoy & Mahoney, 2011, 2012; Thibodeau et al., 2015). De plus, certains chercheurs ont démontré que les individus souffrant d'un TAG ou d'un autre trouble anxieux manifestent des niveaux semblables d'intolérance à l'incertitude (Boswell, Thompson-Hollands, Farchione, & Barlow, 2013, Carleton et al., 2012; Mahoney & McEvoy, 2012), de croyances positives par rapport à l'inquiétude (Dugas, Marchand, & Ladouceur, 2005; Ladouceur et al., 1999), d'orientation négative aux problèmes (Dugas et al., 2005) et d'évitement cognitif (Dugas et al., 2005; Ladouceur et al., 1999). D'un point de vue théorique, il est plausible que par exemple, l'intolérance à l'incertitude, amène l'enfant à développer d'autres troubles anxieux que le TAG. Par exemple, la possibilité qu'un malheur ne frappe l'enfant ou son parent est réelle et l'enfant doit faire face à l'incertitude concernant ce qu'il adviendrait de lui si un tel événement négatif entraînait une séparation temporaire ou définitive d'avec son parent. Il se peut que la difficulté de l'enfant à tolérer cette incertitude l'amène à s'inquiéter des conséquences de ce type d'événement potentiel et à éventuellement développer un trouble d'anxiété de séparation (Boelen et al., 2014). De la même manière, la possibilité par exemple d'être contaminé par un virus et de contaminer les autres est toujours présente, de même que la possibilité d'oublier de verrouiller la porte de la maison. L'enfant intolérant à ces situations incertaines pourrait développer des obsessions sur ces thèmes et exécuter des compulsions (p.ex., lavage des mains ou vérifications) dans le but d'augmenter son niveau de certitude concernant la non-occurrence de ces événements, ce qui pourrait éventuellement contribuer au développement d'un trouble obsessionnel-compulsif.

L'ensemble des résultats issus de la littérature actuelle nous amène donc à nous questionner sur la primauté des traitements spécifiques sur les traitements unifiés des troubles anxieux à l'enfance et suggèrent que le traitement élaboré dans le cadre de la thèse pourrait être efficace à la fois pour le TAG et les autres troubles anxieux manifestés par l'enfant. Si le développement et le maintien des troubles anxieux et dépressifs s'expliquent surtout par des processus partagés, la tâche du clinicien serait grandement simplifiée par l'utilisation d'un traitement unifié et ses interventions auraient une plus grande portée. Cependant, des recherches menées auprès d'un plus grand nombre d'enfants manifestant un trouble anxieux devront être réalisées pour vérifier l'efficacité de la TCC basée sur le modèle de l'intolérance à l'incertitude à traiter les autres troubles anxieux, mais aussi pour répliquer les résultats obtenus quant à la spécificité diagnostique des vulnérabilités cognitives. En effet, à notre connaissance l'étude réalisée dans le cadre de la thèse est la première à vérifier la spécificité diagnostique de l'intolérance à l'incertitude, de l'orientation négative aux problèmes et de l'évitement cognitif auprès des enfants de 8 à 12 ans, celle de Read, Comer et Kendall (2013) concernant exclusivement l'intolérance à l'incertitude. L'intolérance à l'incertitude a d'ailleurs été spécifiquement associée à la présence d'un TAG primaire au cours de cette étude (Read et al., 2013) et plusieurs travaux effectués auprès des adultes appuient également la spécificité de l'intolérance à l'incertitude au TAG (pour une revue, voir Dugas & Robichaud, 2007). Un autre résultat intéressant obtenu auprès des adultes concerne le fait que l'intolérance à l'incertitude anticipatoire, qui traduit l'idée que l'individu se sent menacé par des événements futurs incertains et adopte des



attitudes proactives pour s'en prémunir, serait davantage associée au TAG et au trouble obsessionnel-compulsif alors que l'intolérance à l'incertitude inhibitrice, qui fait référence au fait que l'incertitude paralyse l'individu et l'empêche d'agir librement serait davantage reliée au trouble d'anxiété sociale, au trouble panique avec agoraphobie et à l'état de stress post-traumatique (Boelen et al., 2014; Carleton et al., 2010, 2013; Fetzner et al., 2013, 2014; McEvoy & Mahoney, 2011, 2012). Cette nouvelle avenue de recherche méritera d'être explorée auprès des enfants de 8 à 12 ans, afin d'éventuellement optimiser les cibles d'intervention en conséquence. Il est aussi possible que les vulnérabilités cognitives soient moins bien développées à l'enfance et que les différences entre le niveau d'inquiétude manifestés par les individus souffrant d'un TAG et ceux qui présentent un autre trouble anxieux puisse seulement être mesurées à un âge plus avancé. Des études longitudinales pourraient nous informer de l'âge à partir duquel les vulnérabilités cognitives ou certains aspects de celles-ci deviennent spécifiques au TAG, si elles le deviennent. Le défi important ici demeure la mesure de ces processus internes en relation avec le développement cognitif de l'enfance à l'âge adulte.

Par ailleurs, l'association entre certaines vulnérabilités cognitives et la tendance à s'inquiéter pourrait être une information importante pour les parents d'enfants qui souffrent d'inquiétudes excessives et pour les professionnels qui travaillent auprès de ces parents. Par exemple, le parent aux faits du lien positif entre l'intolérance à l'incertitude et les inquiétudes de l'enfant pourrait volontairement susciter des imprévus dans la vie du jeune pour l'encourager à développer ses capacités à faire face à ce type de situation

plutôt que de le rassurer ou de lui permettre d'éviter les situations incertaines pour soulager momentanément ses inquiétudes. De la même façon, le parent conscient de la relation positive entre l'évitement cognitif et la tendance à s'inquiéter pourrait amener son enfant à décrire de façon concrète les pensées et les images mentales anxiogènes et à les tolérer afin de favoriser le processus d'habituation plutôt que d'encourager intuitivement son enfant à se distraire ou à utiliser la pensée positive pour chasser ses inquiétudes à tout prix. Le constat émanant de la deuxième étude de la thèse selon lequel les gains thérapeutiques semblent se dissiper pour certains participants un an après la fin de la TCC soulève d'ailleurs la question de l'inclusion du parent dans le traitement de l'enfant. Toutefois, la valeur ajoutée de l'inclusion des parents dans le traitement n'a pas été démontrée (Silverman et al., 2008). Cependant, l'intervention offerte aux parents dans plusieurs des programmes recensés ne ciblait pas les pratiques parentales qui ont été associées à l'anxiété de l'enfant dans les études empiriques (notamment l'anxiété du parent, ses comportements de surprotection et rejet) mais plutôt la communication familiale et la résolution de conflits en général. Plusieurs programmes visaient également à ce que le parent, à la manière d'un co-thérapeute, soutienne son enfant dans l'application des stratégies de gestion de l'anxiété qu'il a apprises. D'autres recherches seront nécessaires pour vérifier si la conclusion est la même lorsqu'en toute rigueur scientifique, un programme d'intervention visant directement les facteurs de risque reconnus dans la littérature pour leur rôle dans le développement des troubles anxieux est offert aux parents et plus particulièrement lorsqu'il est octroyé conjointement à la

TCC basée sur le modèle de l'intolérance à l'incertitude appliquée auprès des enfants qui manifestent un TAG.

Il serait aussi important de tenir compte de l'âge de l'enfant lorsque l'on considère l'effet de l'intégration des parents dans le traitement. Par exemple, il est possible que l'implication du parent soit bénéfique pour l'enfant plus jeune mais qu'à mesure qu'il vieillit, elle perde de son importance vu l'autonomie grandissante de l'enfant. Les résultats de Barrett, Dadds et Rapee (1996) vont dans ce sens en démontrant que les enfants plus jeunes (7 à 10 ans) bénéficiaient davantage de la TCC familiale que les enfants plus vieux (11 à 14 ans). Par contre, d'autres études n'ont pas confirmé cette hypothèse (Bodden et al., 2008; Nauta, Scholing, Emmelkamp, & Minderaa, 2003).

La psychopathologie parentale pourrait également entrer en jeu dans la question des bénéfices engendrés par l'inclusion des parents dans le traitement. En effet, la TCC familiale serait supérieure à la TCC individuelle seulement lorsque les parents présentent eux-mêmes des niveaux élevés d'anxiété (Cobham, Dadds, & Spence, 1998; Kendall, Hudson, Gosch, Flannery-Schroeder, & Suveg 2008). Par contre, au moins une autre étude a révélé des résultats inverses (Bodden et al., 2008). Ces chercheurs ont constaté que pour les enfants ayant des parents souffrant d'un trouble anxieux, la TCC individuelle est plus efficace que la TCC familiale sur certaines mesures de la symptomatologie anxieuse de l'enfant (Bodden et al., 2008). Les auteurs supposent que de façon générale, le trouble anxieux du parent pourrait nuire à l'application des

stratégies apprises par l'enfant, et de façon encore plus importante lorsqu'il est davantage investi dans le traitement. Dans ce cas, les thérapeutes pour les enfants seraient des agents de changement plus efficaces pour l'enfant (Bodden et al., 2008). D'autres recherches seront nécessaires pour vérifier si ces résultats s'appliquent dans le cas de la TCC basée sur le modèle de l'intolérance à l'incertitude offerte aux enfants qui présentent des inquiétudes excessives ou un TAG.

### **S'inquiéter avant 8 ans, est-ce possible?**

L'efficacité de la TCC basée sur le modèle de l'intolérance à l'incertitude demeure inconnue auprès des enfants de moins de 8 ans. Bien que l'anxiété pathologique soit plus rare avant cet âge (Muris, Merckelbach, Meesters et al., 2002; Vasey et al., 1994), certains enfants plus jeunes peuvent souffrir d'un TAG et avoir besoin d'une TCC. Dans le format actuel de la thérapie, la compréhension de l'enfant des concepts et du rationnel des stratégies proposées, de même que l'application de certaines interventions pourraient être limitées par le développement cognitif moins avancé de l'enfant. Par exemple, l'identification et la confrontation des croyances par rapport à l'utilité de s'inquiéter ou des pensées contreproductives concernant le processus de résolution de problèmes pourrait être particulièrement difficile, voire impossible à intégrer pour un enfant d'âge préscolaire. Cet obstacle pourrait toutefois être contourné en mettant davantage l'emphase sur les exercices comportementaux proposés par le programme (p.ex., exposition aux situations incertaines, utilisation d'un moment prédéterminé pour s'inquiéter). Pour les enfants de cet âge, une intervention plus intensive auprès des

parents et de l'enseignant afin qu'ils puissent soutenir l'enfant à généraliser les stratégies de régulation émotionnelle dans les situations de sa vie quotidienne pourrait être bénéfique. D'autre part, puisque l'inquiétude excessive constitue un phénomène relativement commun chez les enfants, certaines composantes du programme pourraient potentiellement être utilisées de manière préventive dans les écoles. Dans le cadre d'un programme préventif, une approche plus globale et circonscrite de l'intervention pourrait être adoptée, en mettant davantage l'emphase sur les stratégies permettant de cibler l'inquiétude et l'anxiété de façon plus générale, sans nécessairement tenir compte des manifestations spécifiques au TAG. Par exemple, les stratégies d'ancrage dans le moment présent, la respiration abdominale, l'exposition aux choses incertaines et l'entraînement à la résolution de problèmes sont des stratégies de régulation émotionnelle qui peuvent probablement altérer les vulnérabilités cognitives et prévenir l'apparition d'inquiétudes incontrôlables alors que l'élaboration d'un scénario d'exposition cognitive n'est peut-être pas nécessaire lorsque l'inquiétude n'est pas encore envahissante au point d'interférer avec le fonctionnement de l'enfant. Le nombre de séances s'en trouverait également réduit, ce qui faciliterait son utilisation dans un contexte de prévention. De plus amples travaux seraient nécessaires pour vérifier l'efficacité d'une version adaptée du programme à titre de prévention de l'inquiétude excessive.

### **Force et limites des études présentées**

Il a été possible d'identifier certaines limites dans le travail de recherche effectué. L'étude explorant les relations entre les vulnérabilités cognitives, la tendance à s'inquiéter et le TAG contribue certes à l'avancement des connaissances dans le domaine mais ne constitue pas une vérification d'un modèle étiologique exhaustif. Les ressources et les contraintes des milieux de recrutement ainsi que le manque d'outils de mesure validés en français ont évidemment forcé un choix des variables étudiées. Les croyances positives par rapport à l'utilité de s'inquiéter n'ont pas pu être incluses dans l'étude et par conséquent, le modèle n'a pas pu être testé dans son intégralité. Le manque d'outils validés en français pour évaluer cette vulnérabilité cognitive chez les enfants constitue un obstacle majeur à la validation de l'ensemble du modèle auprès de cette population. Dans le milieu anglophone, certains auteurs ont élaboré un questionnaire permettant de mesurer les croyances métacognitives chez les enfants âgés de 7 à 17 ans (Bacow, Pincus, Ehrenreich, & Brody, 2009). L'instrument comporte une échelle de 6 items permettant d'évaluer les croyances des enfants selon lesquelles l'inquiétude permet de se motiver à faire les choses et est utile à la résolution de problèmes. Les propriétés psychométriques du questionnaire ont été vérifiées auprès d'échantillons cliniques et non cliniques d'enfants et les résultats soutiennent la fidélité et la validité de l'échelle des croyances métacognitives positives (Bacow et al., 2009; Esbjorn et al., 2013, 2015). La conception des croyances face à l'utilité de s'inquiéter dans le modèle basé sur l'intolérance à l'incertitude est toutefois plus exhaustive et comprend cinq types de croyances : l'inquiétude (1) aide à résoudre les problèmes; (2) motive à faire les

choses; (3) permet de se protéger des émotions négatives; (4) permet de prévenir des événements négatifs; et (5) est un trait positif de la personnalité. D'autres auteurs ont créé une version abrégée (5 items) d'un questionnaire adulte permettant de mesurer ces croyances (*Why-Worry-II*; Holowka, Dugas, Francis, & Laugesen, 2000) pour les enfants de 7 à 12 ans (Fialko, Bolton, & Perrin, 2012). L'indice de consistance interne ( $\alpha = 0,66$ ) et les analyses confirmatoires réalisées par les auteurs témoignent de la fidélité et de la validité factorielle de l'instrument (Fialko et al., 2012). La validation de la version française de cet outil pourrait éventuellement permettre de vérifier l'applicabilité de l'ensemble du modèle de Dugas et ses collaborateurs (1998) auprès des enfants québécois. D'autres variables identifiées dans la littérature comme étant contributives à la tendance à s'inquiéter ou aux symptômes du TAG à l'enfance ont également été exclues de la présente étude (p.ex., croyances négatives par rapport à l'inquiétude, biais de traitement de l'information, surprotection et rejet parental, relation d'attachement, etc.). Des études de plus grande envergure incluant davantage de facteurs explicatifs pourraient permettre d'améliorer notre compréhension du rôle et de l'importance de chacun d'entre eux ainsi que de l'influence qu'ils exercent l'un sur l'autre. De plus, d'autres modèles issus de la troisième vague des thérapies cognitives et comportementales, basés sur les processus expérientiels et la pleine conscience, pourraient également stimuler la recherche sur le TAG à l'enfance. Par exemple, l'exploration du modèle conceptuel basé sur l'évitement expérientiel de Roemer et ses collègues (2005) et du modèle de la régulation émotionnelle dysfonctionnelle de Mennin et ses collaborateurs (2005) auprès des enfants souffrant d'un TAG permettrait

d'améliorer notre compréhension du trouble à l'enfance et d'ouvrir la voie à d'autres traitements prometteurs. (Mennin, Heimberg, Turk, & Fresco, 2005; Roemer, Salters, Raffa, & Orsillo, 2005).

Au plan méthodologique, il se peut que des difficultés de lecture, de compréhension ou d'introspection aient interféré avec l'auto-évaluation par les enfants de notions complexes et abstraites comme les vulnérabilités cognitives, surtout pour les participants les plus jeunes. La validité des résultats est toutefois supportée par les indices de cohérence interne satisfaisants de l'outil d'évaluation obtenus dans le présent échantillon, malgré que la taille de l'échantillon n'ait pas permis de vérifier la fidélité de l'instrument par groupe d'âge. L'inclusion de la perception des parents des vulnérabilités cognitives de l'enfant dans l'étude permet également d'obtenir une mesure plus complète des construits. Des travaux futurs devront toutefois confirmer les propriétés psychométriques du CAG-E et explorer celles du CAG-P. L'enseignant, qui côtoie l'enfant dans un contexte différent, pourrait également constituer une source d'information complémentaire pertinente à inclure dans les recherches futures.

Il ne peut être exclu qu'un biais de sélection ait été introduit par la sélection des participants sur une base volontaire, surtout concernant ceux du groupe de comparaison non clinique. Les parents ayant accepté de participer présentaient peut-être un intérêt particulier pour la recherche en général ou plus spécifiquement pour le sujet de l'étude. De plus, le manque de puissance statistique a pu empêcher la détection de différences



entre des niveaux élevés et modérés de vulnérabilités cognitives entre les groupes cliniques. Les résultats devront être répliqués avec un plus grand nombre d'enfants présentant des troubles anxieux.

Malgré ces limites, le travail de recherche présente plusieurs forces. L'étude est l'une des rares à s'être penchée sur l'applicabilité du modèle de Dugas et ses collaborateurs (1998) aux enfants âgés de 8 à 12 ans et à avoir vérifié l'association entre l'intolérance à l'incertitude, l'orientation négative aux problèmes, l'évitement cognitif et la tendance à s'inquiéter de manière simultanée, et ce, auprès d'enfants provenant d'une population clinique et non clinique. De plus, la spécificité de l'ensemble de ces vulnérabilités au TAG n'avait encore jamais été vérifiée auprès de ce groupe d'âge. Les composantes du modèle ont également été mesurées à l'aide de la perception des parents et l'obtention de données spécifiques aux pères nous indique que ce parent aurait une perspective différente des manifestations de l'anxiété de son enfant. En effet, peu d'études se sont intéressées à la perception des pères alors que des écrits scientifiques récents démontrent qu'ils peuvent jouer un rôle différent des mères auprès de l'enfant en général et dans le développement de l'anxiété en particulier (Bögels & Phares, 2008). La perception des pères de leur enfant pourrait alors différer de celle des mères et contribuer à enrichir la compréhension globale du phénomène.

Concernant l'étude d'efficacité de la TCC, les conclusions pouvant être tirées des résultats sont limitées par le petit nombre d'enfants ayant participé à l'étude, par

l'homogénéité des participants et par le fait que les évaluateurs étaient aux faits de la participation de l'enfant à la recherche. En contrepartie, l'utilisation de plusieurs sources d'information soutient la validité des résultats obtenus. Cependant, l'évaluation des parents des symptômes de l'enfant aurait clairement pu être bonifiée par l'utilisation de la version parent de l'ADIS pour établir le diagnostic de l'enfant et par l'inclusion de questionnaires mesurant plus spécifiquement les symptômes du TAG. De plus, l'absence d'un groupe contrôle constitue certes une menace à la validité interne de l'étude mais le protocole à niveaux de bases multiples utilisé permet tout de même, dans le cadre d'un projet pilote, de limiter les biais pouvant être introduits par les événements de vie ou les processus de maturation de l'enfant. De plus, l'établissement de critères cliniques et statistiques conservateurs augmente la confiance que nous pouvons avoir par rapport aux résultats obtenus.

Cette étude préliminaire laisse également plusieurs questions en suspens. Par exemple, l'étude ne permet pas de savoir si la thérapie est efficace à réduire les vulnérabilités cognitives qu'elle cible chez l'enfant et si c'est un changement à ce niveau qui a entraîné les effets bénéfiques observés chez la majorité des participants. Il ne peut être exclu que les composantes d'intervention plus générales, comme l'exposition graduée ou la respiration abdominale, soient responsables des améliorations observées. Un autre élément ayant pu jouer un rôle clé dans les effets thérapeutiques observés est le dosage de l'intervention. En effet, le programme comportait environ deux fois plus de séances que la plupart des programmes disponibles recensés pour traiter l'anxiété chez

les enfants (Silverman et al., 2008). Il se peut qu'auprès des enfants manifestant un TAG de sévérité et de complexité comparable, il soit tout aussi efficace d'appliquer un programme général de traitement de l'anxiété. L'examen des facteurs médiateurs de l'efficacité du traitement dans des études ultérieures pourrait permettre d'apporter des éléments de réponse. Dans un contexte de ressources limitées, il serait également pertinent de vérifier si la thérapie pourrait être efficace dans un format de groupe. L'étude de Holmes, Donovan, Farrell et March (2014) va dans ce sens, démontrant que la thérapie, offerte aux enfants dans un format de groupe, est efficace à réduire les symptômes d'anxiété généralisée.

Les résultats obtenus au cours de la deuxième étude de la thèse sont fort prometteurs, surtout si l'on tient compte des critères d'accès aux services précis du milieu clinique dans lequel les enfants ont été recrutés, témoignant de la complexité et de la sévérité des manifestations cliniques des participants. Ceci est de bon augure pour l'utilisation du programme dans d'autres milieux cliniques offrant des services à une clientèle présentant une symptomatologie moins sévère. D'un autre côté, il est aussi possible qu'un traitement général de l'anxiété soit suffisamment efficace pour les enfants qui présentent une symptomatologie moins sévère et moins complexe. Il est possible que l'utilisation d'un programme hautement spécifique tel que *le projet Z* ne soit requis que dans les cas où l'enfant présente un TAG très sévère et récalcitrant. Cette question demeure à investiguer.

Les thérapeutes ayant prodigué le traitement aux participants étaient spécialisés dans la TCC et les troubles anxieux chez les enfants et maîtrisaient par conséquent le modèle théorique sous-jacent. De plus, ils étaient supervisés sur une base hebdomadaire par une clinicienne expérimentée dans le domaine, en plus d'avoir bénéficié d'une formation de 14 heures sur la thérapie et sur le modèle théorique dont elle est issue. La généralisation des résultats de l'étude s'en trouve limitée, puisqu'il est impossible de savoir à quel point l'efficacité du traitement est attribuable aux compétences des thérapeutes. Un thérapeute compétent à implanter une TCC auprès d'un jeune doit avoir une compréhension solide des modèles théoriques sous-jacents lui permettant d'appliquer le traitement en toute rigueur mais en faisant aussi preuve de souplesse pour s'adapter aux manifestations particulières de son client. Lorsqu'il œuvre auprès de jeunes manifestant des troubles anxieux, le thérapeute doit non seulement avoir une bonne compréhension des facteurs cognitifs, comportementaux et environnementaux qui contribuent au maintien des troubles anxieux, mais également être en mesure d'en reconnaître les manifestations spécifiques chez son client (pour une revue, voir Sburlati, Schniering, Lyneham, & Rapee, 2011). Il serait donc pertinent de répliquer les résultats dans d'autres milieux et avec d'autres types de thérapeutes pour déterminer à quel point l'efficacité du programme dépend de la spécialisation de l'équipe soignante. Il pourrait aussi être pertinent d'offrir de la formation aux professionnels qui souhaitent appliquer le programme. Une combinaison de méthodes didactiques, d'études de cas et de supervision pourrait être utilisée par les formateurs, tel que recommandé par certains auteurs (Sburlati et al., 2011).

En somme, les travaux empiriques de la thèse ouvrent la voie à des avancées cliniques importantes dans le domaine du traitement des troubles anxieux à l'enfance. La première étude empirique révèle des cibles de traitement potentielles par l'identification de vulnérabilités cognitives associées à l'inquiétude excessive et à l'anxiété pathologique chez les enfants. La deuxième étude empirique appuie l'efficacité de la TCC découlant du modèle de l'intolérance à l'incertitude à réduire les symptômes d'anxiété généralisée chez les enfants souffrant d'un TAG, soulignant ainsi la pertinence de développer des traitements novateurs pour cette population. Qui plus est, les travaux d'adaptation de la TCC adulte réalisés dans le cadre de la thèse fournissent des outils d'intervention concrets et accessibles aux cliniciens par l'entremise de manuels de traitement, entraînant des retombées cliniques encore plus larges pour les enfants souffrant d'anxiété.

## **Conclusion**

Les travaux issus de la thèse contribuent à des avancées scientifiques et cliniques importantes, tant au niveau de la compréhension que du traitement du TAG à l'enfance. La première étude empirique était la première à étudier le lien entre l'intolérance à l'incertitude, l'orientation négative aux problèmes, l'évitement cognitif et la tendance à s'inquiéter de manière simultanée auprès d'enfants de 8 à 12 ans. Les résultats démontrent que les trois variables prédisent la tendance à s'inquiéter. Toutefois, en tenant compte de la variance partagée entre les variables, l'intolérance à l'incertitude ressort comme un prédicteur davantage contributif selon les données recueillies auprès de l'enfant et de la mère alors que l'évitement cognitif est la seule variable cognitive qui apporte une contribution unique à la prédiction de la tendance à s'inquiéter selon les données fournies par le père. Cette divergence dans les résultats souligne l'importance d'inclure davantage les pères dans les études, en cohérence avec les travaux récents qui démontrent qu'ils pourraient jouer un rôle différent mais tout aussi important dans le développement de l'anxiété chez l'enfant (Bögels & Phares, 2008). L'étude est également l'une des rares à avoir utilisé un échantillon clinique et la première à avoir vérifié la spécificité de l'ensemble de ces vulnérabilités cognitives au TAG. Les résultats suggèrent, à l'instar de plusieurs travaux réalisés auprès des adultes, qu'elles seraient caractéristiques des troubles anxieux en général plutôt que des spécificités du TAG. L'hypothèse de spécificité mérite toutefois d'être testée à nouveau auprès d'un plus grand nombre de sujets présentant des troubles anxieux, compte tenu de ses grandes

implications cliniques. Il n'en demeure pas moins que l'étude appuie l'importance de considérer l'intolérance à l'incertitude, l'orientation négative aux problèmes et l'évitement cognitif dans le traitement des troubles anxieux à l'enfance.

Les résultats de la deuxième étude empirique de la thèse sont en cohérence avec les implications cliniques de l'étude sur les vulnérabilités cognitives en démontrant que l'utilisation de la TCC basée sur l'intolérance à l'incertitude entraîne des gains thérapeutiques significatifs auprès des enfants souffrant d'un TAG. Ces résultats soulignent l'importance de développer des traitements novateurs auprès de cette population. Les manuels de traitement élaborés permettent également de fournir des outils cliniques concrets aux professionnels, bonifiant les retombées cliniques pour les enfants aux prises avec le TAG. L'utilisation d'un protocole à cas uniques à niveaux de bases multiples permet d'exercer un certain contrôle sur les facteurs extérieurs à la thérapie pouvant influencer les résultats (p.ex., événements de vie, processus de maturation) dans un contexte de projet pilote mais il importe maintenant de répliquer les résultats à l'aide d'une étude expérimentale randomisée de plus grande envergure. L'étude était la première à vérifier l'efficacité de la TCC basée sur le modèle de l'intolérance à l'incertitude douze mois après la fin du traitement. Pour certains participants, on observe un maintien des gains thérapeutiques, alors que le maintien est partiel pour un participant et qu'un retour de l'ensemble des symptômes est observé pour un autre enfant. La question du maintien des gains thérapeutiques à long terme découlant de cette TCC devra donc être investiguée davantage, avec un plus grand nombre de



participants. Les études s'intéressant à l'identification des facteurs modérateurs à l'efficacité du traitement pourraient également fournir des pistes pertinentes à cet effet.

Globalement, la thèse amène une nouvelle perspective dans l'étude du TAG à l'enfance et ouvre la voie à d'autres questions de recherche, d'une part quant à la spécificité de l'étiologie et de la structure des troubles anxieux et d'autre part quant à la supériorité des thérapies spécifiques par rapport à un traitement unifié des troubles anxieux à l'enfance. Quelle est la contribution relative du modèle basé sur l'intolérance à l'incertitude (Dugas et al., 1998) par rapport à des modèles explicatifs issus de la troisième vague des TCC (Mennin et al., 2005; Roemer et al., 2005) dans l'explication du TAG et des troubles anxieux à l'enfance? Quelle est l'efficacité relative de la TCC générale, de la TCC basée sur l'intolérance à l'incertitude et des TCC de troisième vague pour le traitement du TAG à l'enfance? La TCC spécifique au TAG est-elle plus efficace que la TCC générale lorsque l'enfant ou sa famille présente certaines caractéristiques précises? La TCC basée sur l'intolérance à l'incertitude est-elle efficace pour les enfants présentant d'autres troubles anxieux? La thèse stimule toutes ces questions de recherche fort pertinentes dans un contexte de ressources limitées, vu leur incidence sur l'efficacité et l'efficience des interventions octroyées aux enfants aux prises avec cette psychopathologie chronique et invalidante qu'est le TAG.

## Références

- Albano, A. M., & Hack, S. (2004). Children and adolescents. Dans R. G. Heimberg, C. L. Turk, & D. S. Mennin (Éds), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* (pp. 383-408). New York, NY: Guilford Press.
- American Psychiatric Association. (1968). DSM-II: *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (2<sup>e</sup> éd.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1980). DSM-III: *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3<sup>e</sup> éd.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1987). DSM-III-R: *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3<sup>e</sup> éd., rév.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1994). DSM-IV: *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4<sup>e</sup> éd.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2000). DSM-IV-TR: *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4<sup>e</sup> éd. rév.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2013). DSM-5: *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5<sup>e</sup> éd.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Bacow, T. L., Pincus, D. B., Ehrenreich, J. T., & Brody, L. R. (2009). The Metacognitions Questionnaire for Children: Development and validation in a clinical sample of children and adolescents with anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders, 23*, 727-736.
- Barlow, D. H., Allen, L. B., & Choate, M. L. (2004). Toward a unified treatment of emotional disorders. *Behavior Therapy, 35*, 205-230.
- Barrett, P. M., Dadds, M. R., & Rapee, R. M. (1996). Family treatment of childhood anxiety: A controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 333-342.
- Bodden, D. H. M., Bögels, S. M., Nauta, M. H., DeHann, E., Ringrose, J. A., Appelboom, C., ... Appelboom-Geerts, K. C. (2008). Child versus family cognitive-behavioral therapy in clinically anxious youth: An Efficacy and partial effectiveness study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 47*, 1384-1394.

- Boelen, P. A., & Reijntjes, A. (2009). Intolerance of uncertainty and social anxiety. *Journal of Anxiety Disorders, 23*, 130-135.
- Boelen, P. A., Reijntjes, A., & Carleton, R. N. (2014). Intolerance of uncertainty and adult separation anxiety. *Cognitive Behaviour Therapy, 43*, 133-144.
- Bögels, S., & Phares, V. (2008). Father's role in the etiology, prevention and treatment of child anxiety: A review and new model. *Clinical Psychology Review, 28*, 539-558.
- Boswell, J. F., Thompson-Hollands, J., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2013). Intolerance of uncertainty: A common factor in the treatment of emotional disorders. *Journal of Clinical Psychology, 69*, 630-645.
- Carleton, R. N., Collimore, K. C., & Asmundson, G. J. G. (2010). "It's not just the judgements - It's that I don't know": Intolerance of uncertainty as a predictor of social anxiety. *Journal of Anxiety Disorders, 24*, 189-195.
- Carleton, R. N., Duranceau, S., Freeston, M. H., Boelen, P. A., McCabe, R. E., & Antony, M. M. (2014). "But it might be a heart attack": Intolerance of uncertainty and panic disorder symptoms. *Journal of Anxiety Disorders, 28*, 463-470.
- Carleton, R. N., Fetzner, M. G., Hackl, J. L., & McEvoy, P. (2013). Intolerance of uncertainty as a contributor to fear and avoidance symptoms of panic attacks. *Cognitive Behaviour Therapy, 42*, 328-341.
- Carleton, R. N., Mulvogue, M. K., Thibodeau, M. A., McCabe, R. E., Antony, M. M., & Asmundson, G. J. G. (2012). Increasingly certain about uncertainty: Intolerance of uncertainty across anxiety and depression. *Journal of Anxiety Disorders, 26*, 468-479.
- Cartwright-Hatton, S., McNicol, K., & Doubleday, E. (2006). Anxiety in a neglected population: Prevalence of anxiety disorders in preadolescent children. *Clinical Psychology Review, 26*, 817-833.
- Cobham, V. E., Dadds, M. R., & Spence, S. H. (1998). The role of parental anxiety in the treatment of childhood anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*, 893-905.
- Copeland, W. E., Shanahan, L., Costello, J., & Angold, A. (2009). Childhood and adolescent psychiatric disorders as predictors of young adult disorders. *Archives of General Psychiatry, 7*, 764-772.

- Costello, E. J., Egger, H. L., & Angold, A. D. (2005). The developmental epidemiology anxiety disorders: Phenomenology, prevalence, and comorbidity. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, *14*, 631-648.
- Dugas, M. J., Gagnon, F., Ladouceur, R., & Freeston, M. H. (1998). Generalized anxiety disorder: A preliminary test of a conceptual model. *Behaviour Research and Therapy*, *36*, 215-226.
- Dugas, M. J., Leblanc, R., & Seidah, A. (2007). *La thérapie cognitivo-comportementale pour le trouble d'anxiété généralisée : manuel du thérapeute* (Document inédit). Université Concordia, Montréal, QC.
- Dugas, M. J., Marchand, A., & Ladouceur, R. (2005). Further validation of a cognitive-behavioral model of generalized anxiety disorder: Diagnostic and symptom specificity. *Journal of Anxiety Disorders*, *19*, 329-343.
- Dugas, M. J., & Robichaud, M. (2007). *Cognitive behavioral treatment for generalized anxiety disorder: From science to practice*. New York, NY: Routledge/Taylor & Francis Groupe.
- Esbjorn, B. H., Lonfeldt, S. K., Nielsen, M. L., Reinholdt-Dunne, M. L., Somhovd, M. J., & Cartwright-Hatton, S. (2015). Meta-worry, worry, and anxiety in children and adolescents: Relationships and interactions. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, *44*, 145-156. doi: 10.1080/15374416.2013.873980
- Esbjorn, B. H., Somhovd, M. J., Holm, J. M., Lonfeldt, N. N., Bender, S. K., Nielsen, S. K., & Reinholdt-Dunne, M. L. (2013). A structural assessment of the 30-item Metacognitions Questionnaire for Children and its relations to anxiety symptoms. *Psychological Assessment*, *25*, 1211-1219.
- Fetzner, M. G., Asmundson, G. J. G., Carey, C., Thibodeau, M. A., Brandt, C., Zvolensky, M. J., & Carleton, R. N. (2014). How do elements of a reduced capacity to withstand uncertainty relate to the severity of health anxiety? *Cognitive Behaviour Therapy*, *43*, 362-374.
- Fetzner, M. G., Horswill, S. C., Boelen, P. A., & Carleton, R. N. (2013). Intolerance of uncertainty and PTSD symptoms: Exploring the construct relationship in a community sample with a heterogeneous trauma history. *Cognitive Therapy Research*, *37*, 725-734.
- 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.

- Grist, R. M., & Field, A. P. (2012). The mediating effect of cognitive development on children's worry elaboration. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 43*, 801-807.
- Holaway, R. M., Heimberg, R. G., & Coles, M. E. (2006). A comparison of intolerance of uncertainty in analogue obsessive-compulsive disorder and generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 20*, 158-174.
- Holmes, M. C., Donovan, C. L., Farrell, L. J., & March, S. (2014). The efficacy of a group-based disorder-specific treatment program for childhood GAD-A randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy, 61*, 122-135.
- Holowka, D. W., Dugas, M. J., Francis, K., & Laugesen, N. (2000, November). *Measuring beliefs about worry: A psychometric evaluation of the Why-Worry-II Questionnaire*. Poster présenté à l'Annual Convention of the Association for Advancement of Behavior Therapy, New Orleans, LA.
- Jarrett, M. A., Black, A. K., Rapport, H. F., Grills-Taquechel, A. E., & Ollendick, T. H. (2015). Generalized anxiety disorder in younger and older children: Implications for learning and school functioning. *Journal of Child Family Study, 24*, 992-1003.
- Keller, M. B., Lavori, P. W., Wunder, J., Beardslee, W. R., Schwartz, C. E., & Roth, J. (1992). Chronic course of anxiety disorders in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 31*, 595-599.
- Kendall, P. C., Hudson, J. L., Gosch, E., Flannery-Schroeder, E., & Suveg, C. (2008). Cognitive-behavioral therapy for anxiety disordered youth: A randomized clinical trial evaluating child and family modalities. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*, 292-297.
- Kendall, P. C., & Pimentel, S. S. (2003). On the physiological symptom constellation in youth with Generalized Anxiety Disorder (GAD). *Anxiety Disorders, 17*, 211-221.
- Ladouceur, R., Dugas, M. J., Freeston, M. H., Rhéaume, J., Blais, F., Gagnon, F., ... Boisvert, J.-M. (1999). Specificity of generalized anxiety disorder symptoms and processes. *Behavior Therapy, 30*, 191-207. doi: 10.1016/S0005-7894(99)80003-3
- Layne, A. E., Bernat, D. H., Victor, A. M., & Bernstein, G. A. (2009). Generalized Anxiety Disorder in a nonclinical sample of children: Symptom presentation and predictors of impairment. *Journal of Anxiety Disorders, 23*, 283-289.
- Mahoney, A. E. J., & McEvoy, P. M. (2012). A transdiagnostic examination of intolerance of uncertainty across anxiety and depressive disorders. *Cognitive Behaviour Therapy, 41*, 212-222.

- Masi, G., Millepiedi, S., Mucci, M., Poli, P., Bertini, N., & Milantoni, L. (2004). Generalized anxiety disorder in referred children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 43*, 752-760.
- 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.
- McEvoy, P. M., & Mahoney, A. E. J. (2011). Achieving certainty about the structure of intolerance of uncertainty in a treatment-seeking sample with anxiety and depression. *Journal of Anxiety Disorders, 25*, 112-122.
- McEvoy, P. M., & Mahoney, A. E. J. (2012). To be sure, to be sure: Intolerance of uncertainty mediates symptoms of various anxiety disorders and depression. *Behavior Therapy, 43*, 533-545.
- Mennin, D. S., Heimberg, R. G., Turk, C. L., & Fresco, D. M. (2005). Preliminary evidence for an emotion dysregulation model of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy, 43*, 1281-1310.
- Muris, P., Meesters, C., Merckelbach, H., Sermon, A., & Zwakhalen, S. (1998). Worry in normal children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 37*, 703-710.
- Muris, P., Merckelbach, H., Gadet, B., & Moolaert, 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., & Lijten, M. (2002). The connection between cognitive development and specific fears and worries in normal children and children with below-average intellectual abilities: A preliminary study. *Behaviour Research and Therapy, 40*, 37-56.
- Muris, P., Merckelbach, H., Mayer, B., & Meesters, C. (1998). Common fears and their relationship to anxiety disorders symptomatology in normal children. *Personality and Individual Differences, 24*, 575-578.
- 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.

- Nauta, M. H., Scholing, A., Emmelkamp, P. M. G., & Minderaa, R. B. (2003). Cognitive-behavioral therapy for children with anxiety disorders in a clinical setting: No additional effect of a cognitive parent training. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 42*, 1270-1278.
- O'Neil, K. A., Puleo, C. M., Benjamin, C. L., Podell, J. L., & Kendall, P. C. (2012). Suicidal ideation in anxiety-disordered youth. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 42*, 305-317.
- Piaget, J. (1987). *Possibility and necessity, Vol.1. The role of possibility in cognitive development*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Pine, D. S., Cohen, P., Gurley, D., Brook, J., & Ma, Y. (1998). The risk for early adulthood anxiety and depressive disorders in adolescents with anxiety and depressive disorders. *Archives of General Psychiatry, 55*, 56-64.
- Rapee, R. M. (2001). The development of generalized anxiety. Dans M. W. Vasey & M. R. Dadds (Éds), *The developmental psychopathology of anxiety* (pp. 481-503). New York, NY: Oxford University Press.
- Read, K. L., Comer, J. S., & Kendall, P. C. (2013). The Intolerance of Uncertainty Scale for Children (IUSC): Discriminating principal anxiety diagnoses and severity. *Psychological Assessment, 25*, 727-729.
- Roemer, L., & Borkovec, T. D. (1993). Worry: Unwanted cognitive activity that controls unwanted somatic experience. Dans D. M. Wegner & J. W. Pennebaker (Éds), *Handbook of mental control* (pp. 220-238). New Jersey: Prentice-Hall.
- Roemer, L., Salters, K., Raffa, S. D., & Orsillo, S. M. (2005). Fear and avoidance of internal experiences in GAD: Preliminary tests of a conceptual model. *Cognitive Therapy and Research, 29*, 71-88.
- Saavedra, L. M., Silverman, W. K., Morgan-Lopez, A. A., & Kurtines, W. M. (2010). Cognitive behavioral treatment for childhood anxiety disorders: Lon-term effects on anxiety and secondary disorders in young adulthood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 51*, 924-934.
- Sburlati, E. S., Schniering, C. A., Lyneham, H. J., & Rapee, R. M. (2011). A model of therapist competencies for the empirically supported cognitive behavioral treatment of child and adolescent anxiety and depressive disorders. *Clinical Child and Family Psychology Review, 14*, 89-109.



- Scharfstein, L., Alfano, C., Beidel, D., & Wong, N. (2011). Children with generalized anxiety disorder do not have peer problems, just fewer friends. *Child Psychiatry and Human Development*, 42, 712-723.
- Silverman, W. K., La Greca, A. M., & Wasserstein, S. (1995). What do children worry about? Worries and their relation to anxiety. *Child Development*, 66, 671-686.
- Silverman, W. K., Pina, A. A., & Viswesvaran, C. (2008). Evidenced-based psychosocial treatments for phobic and anxiety disorders in children and adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37, 105-130.
- Suveg, C., Hudson, J. L., Brewer, G., Flannery-Schroeder, E., Gosch, E., & Kendall, P. C. (2009). Cognitive-behavioral therapy for anxiety-disordered youth: Secondary outcomes from a randomized clinical trial evaluating child and family modalities. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 341-349.
- Thibodeau, M. A., Carleton, R. N., McEvoy, P. M., Zvolensky, M. J., Brandt, C. P., Boelen, P. A., ... Amundson, G. J. G. (2015). Developing scales measuring Disorder-Specific Intolerance of Uncertainty (DIUS): A new perspective on transdiagnostic. *Journal of Anxiety Disorders*, 31, 49-57.
- Tolin, D., Abramowitz, J. S., Brigidi, B. D., & Foa, E. B. (2003). Intolerance of uncertainty in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 17, 233-242.
- Tracey, S. A., Chorpita, B. F., Douban, J., & Barlow, D. H. (1997). Empirical evaluation of DSM-IV generalized anxiety disorder criteria in children and adolescents. *Journal of Clinical Child Psychology*, 26, 404-414.
- Vasey, M. W. (1993). Development and cognition in childhood anxiety: The example of worry. *Advances in Clinical Child Psychology*, 15, 1-39.
- Vasey, M. W., & Daleiden, E. L. (1994). Worry in children. Dans G. C. L. Davey & F. Tallis (Éds), *Worrying: Perspectives on theory and assessment* (pp. 185-207). New York, NY: Wiley.
- Vasey, M. W., Keith, A., Crnic, K. A., & Carter, W. G. (1994). Worry in childhood: A developmental perspective. *Cognitive Therapy and Research*, 18, 529-549.
- Weems, C. F., Silverman, W. K., & La Greca, A. M. (2000). What do youth referred for anxiety problems worry about? Worry and its relation to anxiety and anxiety disorders in children and adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28, 63-72.

- Werry, J. S. (1991). Overanxious disorder: A review of its taxonomic properties. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 30*, 533-544.
- Wittchen, H. U., Carter, R. M., Pfister, H., Montgomery, S. A., & Kessler, R. C. (2000). Disabilities and quality of life in pure and comorbid generalized anxiety disorder and major depression in a national survey. *International Clinical Psychopharmacology, 15*, 319-328.
- Wittchen, H. U., Zhao, S., Kessler, R. C., & Eaton, W. W. (1994). DSM-III-R generalized anxiety disorder and panic disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease, 187*, 3-9.
- Yonkers, K. A., Warshaw, M. G., Massion, A. O., & Keller, M. B. (1996). Phenomenology and course of generalized anxiety disorder. *British Journal of Psychiatry, 168*, 308-313.

**Appendice A**  
Formulaire d'information et de consentement des  
participants de l'échantillon clinique : article 1

## FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

1 septembre 2011

### 1. Titre du projet de recherche

Les variables familiales et cognitives reliées aux symptômes du trouble d'anxiété généralisée (TAG) et à l'inquiétude excessive chez les enfants de 8 à 12 ans.

### Chercheurs et affiliations

Frédéric Langlois, Ph.D., psychologue et professeur régulier au département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières, membre du laboratoire de recherche interdisciplinaire en réalité virtuelle et chercheur régulier au centre de recherche Fernand-Séguin-Axes interventions psychologiques.

Geneviève Racicot, M.Sc., psychoéducatrice à la Clinique d'Intervention pour les Troubles Anxieux (CITA) de l'hôpital Rivières-des-Prairies et étudiante au doctorat en psychologie à l'Université du Québec à Trois-Rivières.

Patrick Gosselin, Ph.D., psychologue et professeur agrégé au département de psychologie de l'Université de Sherbrooke et professeur associé à l'UQTR.

Caroline Berthiaume, Ph.D., psychologue et coordonnatrice clinique à la Clinique d'Intervention pour les Troubles Anxieux de l'hôpital Rivières-des-Prairies.

### 2. Description du projet

Chez les adultes, il a été démontré que des façons de penser particulières sont impliquées dans le développement de certains troubles anxieux, comme le trouble d'anxiété généralisée (TAG). Toutefois, la présence de ces façons de penser a été très peu étudiée chez les enfants manifestant des troubles anxieux. Plusieurs études ont également démontré un lien entre certains comportements éducatifs des parents et les soins qu'ils prodiguent à leur enfant d'une part et la présence d'inquiétudes excessives et d'anxiété chez les enfants d'autre part. Toutefois, ces études sont demeurées générales et d'autres études sont nécessaires car l'amélioration des traitements disponibles pour les enfants souffrant d'un trouble anxieux passe par une meilleure compréhension des facteurs impliqués dans leur développement et leur maintien.

L'objectif général du présent projet de recherche est de vérifier, auprès d'enfants de 8 à 12 ans, quelles sont les façons de penser de l'enfant et les comportements éducatifs et soins qui lui sont prodigués par ses parents qui sont reliés aux troubles anxieux en général, mais aussi plus particulièrement aux symptômes du TAG et à l'inquiétude excessive.

### **3. Procédures de l'étude**

La participation à la recherche implique certaines choses pour vous et votre enfant :

#### **1. Utilisation de renseignements au dossier**

Afin que les chercheurs puissent réaliser la présente étude, le dossier médical de votre enfant sera consulté. Plus spécifiquement, le sexe, l'âge de votre enfant, les rapports d'évaluation psychiatriques et psychologiques seront utilisés dans le cadre de la recherche. Les résultats obtenus à certains questionnaires que vous et votre enfant avez remplis lors de la préévaluation et de l'évaluation concernant les problèmes émotionnels, les symptômes d'anxiété, les différentes façons de penser et de réagir de votre enfant et ses problèmes de comportement seront utilisés dans le cadre de la recherche. Afin que les chercheurs puissent s'assurer de la validité de l'évaluation psychologique pour la présente recherche, un enregistrement audio de l'entrevue d'évaluation psychologique sera effectué.

#### **2. Passation supplémentaires de questionnaires**

La participation à la présente recherche requiert que votre enfant réponde à deux questionnaires supplémentaires portant sur ses symptômes d'anxiété et sur sa perception des comportements éducatifs de ses parents et des soins qu'ils lui prodiguent. Ces questionnaires seront remplis lors de sa rencontre de suivi à la clinique. Le temps de passation est estimé à moins de 30 minutes.

La participation à la recherche requiert également que vous remplissiez un questionnaire supplémentaire sur votre perception de vos comportements éducatifs et des soins que vous prodiguez à votre enfant, lors du premier rendez-vous pour votre enfant ou pour vous-même à la CITA. Le temps de passation de ce questionnaire est estimé à moins de 10 minutes. S'il est établi que votre enfant ne présente pas de diagnostic de trouble anxieux suite à l'évaluation multidisciplinaire, il sera exclu de l'étude. Toutefois, les chercheurs n'auront connaissance de cette information suite à l'évaluation et vous et votre enfant ne remplirez aucun questionnaire inutilement.

### **4. Avantages et bénéfices pour le sujet**

Votre participation ainsi que celle de votre enfant à la présente recherche comporte l'avantage direct de permettre aux professionnels de la CITA d'améliorer leur compréhension de la problématique de votre enfant et d'améliorer les soins qu'ils lui apportent en conséquence. En effet, dans le cadre du processus d'évaluation actuel de la CITA, certains questionnaires auxquels vous répondrez ne sont pas administrés de façon systématique à tous les enfants consultant à la CITA. Avec votre accord, les questionnaires que vous et votre enfant remplirez dans le cadre de votre participation à la recherche permettront donc aux professionnels d'accéder à de l'information clinique supplémentaire.

La participation de votre enfant à la recherche est également une contribution à l'avancement des connaissances scientifiques dans le domaine de l'anxiété chez les enfants, ce qui permettra éventuellement d'améliorer les interventions et les autres services offerts à cette clientèle.

### **5. Inconvénients et risques pour le participant**

La participation n'implique pas de risque ou d'inconvénient majeur pour votre enfant ou pour vous-même. Toutefois, vous et votre enfant devrez remplir des questionnaires supplémentaires pour que les chercheurs puissent vérifier convenablement leurs hypothèses. L'administration des questionnaires supplémentaires pour la recherche a lieu à un moment différent afin de réduire la fatigue pouvant être associée à la tâche. Il est également possible que votre enfant vive de la détresse lorsque sa problématique sera abordée. Advenant que ce soit le cas, du soutien sera apporté par l'équipe traitante.

### **6. Modalités prévues en matière de confidentialité**

Tous les renseignements recueillis dans le cadre de ce projet de recherche seront traités de façon strictement confidentielle. Les enregistrements audio de l'évaluation psychologique seront détruits 5 ans après la publication des résultats. Seuls les responsables de la recherche qui œuvrent déjà comme professionnelles à la CITA (Geneviève Racicot et Caroline Berthiaume) auront accès aux données nominatives de votre enfant. Avec votre accord, les professionnels de la CITA prodiguant des soins à votre enfant ou à vous-même auront également accès aux données nominatives de votre enfant.

Le dossier de recherche est codé, ce qui assure la confidentialité des données. Afin de s'assurer que la recherche respecte les règles d'éthique, il est possible que le Comité d'éthique de la recherche de l'hôpital Rivières-des-Prairies accède au dossier de recherche. Chaque dossier est conservé sous clé à la CITA, sous la responsabilité de la chercheuse (Geneviève Racicot). Les données nominatives recueillies dans le cadre de la recherche seront également détruites 5 ans après la publication des résultats de recherche. Bien entendu, l'anonymat sera assuré lors de la diffusion des résultats.

### **7. Responsabilité en cas de préjudice**

En signant ce formulaire de consentement, vous ne renoncez à aucun des vos droits légaux ni ne libérez les chercheurs et l'établissement de leur responsabilité civile et professionnelle.

### **8. Liberté de participation et droit de retrait**

Votre participation et celle de votre enfant à ce projet de recherche sont tout à fait volontaires. Vous êtes libre d'accepter ou de refuser d'y participer sans que votre refus ne nuise aux relations avec les intervenants et autres professionnels impliqués dans les soins prodigués à votre enfant. Le fait de participer ou non n'aura aucun impact sur les services que vous recevrez à la CITA. Vous êtes libre de vous retirer ou de retirer votre enfant de la recherche en tout temps. Si vous souhaitez vous retirer ou retirer votre enfant de la recherche, vous devez en aviser la chercheuse, Mme Geneviève Racicot,

par téléphone (514) 323-7260 poste 2703. Advenant votre retrait ou celui de votre enfant de la recherche, les données recueillies dans le cadre de la recherche seront détruites. Toute nouvelle connaissance acquise durant le déroulement de la recherche qui pourrait affecter votre décision d'y participer vous sera communiquée.

#### **9. Nom des personnes ressources**

Si vous désirez de plus amples renseignements au sujet de cette recherche vous pouvez contacter Mme Geneviève Racicot, au (514) 323-7260 poste 2703. Si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, ou si vous avez des questions concernant vos droits en tant que participant à une recherche, vous pouvez communiquer avec la commissaire aux plaintes et à la qualité des services de l'hôpital Rivières-des-Prairies, Mme Hélène Bousquet, au (514) 323-7260 poste 2154.

#### **10. Compensation**

Pour remercier les participants de leur contribution à l'étude, un tirage de 6 certificats cadeaux d'une valeur de 50 \$ dans les librairies Renaud Bray sera effectué parmi les familles qui auront accepté de participer. Le tirage aura lieu lorsque le recrutement sera terminé et les gagnants seront contactés par téléphone.

**Adhésion et signatures : Les variables familiales et cognitives reliées à l'anxiété**

**COPIE RÉPONSE DU PARENT : Veuillez s.v.p. conserver cette copie**

Consentement à la participation de l'enfant à la recherche :

J'ai lu et compris le contenu du présent formulaire. Je certifie qu'on me l'a expliqué verbalement. J'ai eu l'occasion de poser toutes mes questions et on y a répondu à ma satisfaction. Je sais que mon enfant est libre de participer au projet et qu'il demeure libre de s'en retirer en tout temps, par avis verbal, sans que cela n'affecte la qualité des traitements, des soins futurs et des rapports avec son médecin ou le centre hospitalier. J'accepte que mon enfant participe à la recherche.

\_\_\_\_\_  
Nom du participant  
(enfant)

\_\_\_\_\_  
Signature du participant  
(enfant)

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Nom du représentant légal  
(parent)

\_\_\_\_\_  
Signature du représentant légal  
(parent)

\_\_\_\_\_  
Date

Consentement à la participation du parent à la recherche

J'ai lu et j'ai compris le contenu du présent formulaire concernant ce projet de recherche qui requiert ma participation. Je certifie qu'on me l'a expliqué verbalement. J'ai eu l'occasion de poser toutes mes questions et on y a répondu à ma satisfaction. J'accepte de participer à la recherche.

\_\_\_\_\_  
Nom du participant  
(mère)

\_\_\_\_\_  
Signature du participant  
(mère)

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Nom du représentant légal  
(père)

\_\_\_\_\_  
Signature du représentant légal  
(père)

\_\_\_\_\_  
Date



Consentement au transfert d'informations au dossier clinique de l'enfant

Afin de mieux comprendre les difficultés de mon enfant et d'améliorer les soins qui lui seront prodigués, les chercheurs aimeraient transférer les données recueillies dans le cadre de la recherche par la passation des questionnaires au dossier clinique de mon enfant.

J'autorise le transfert des données recueillies (résultats obtenus aux questionnaires) dans le cadre de la recherche aux professionnels de la CITA qui œuvrent auprès de ma famille.

\_\_\_\_\_  
Nom du représentant légal  
(parent)

\_\_\_\_\_  
Signature du représentant légal  
(parent)

\_\_\_\_\_  
Date

Transmission des résultats de la recherche et participation au tirage

Je souhaite que l'on me transmette un résumé des résultats de la recherche auquel moi et mon enfant participons, par courriel ou par la poste, lorsqu'ils auront été obtenus et interprétés. oui  non

Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

J'accepte de participer au tirage et je consens à ce que les chercheurs me contactent par téléphone si je gagne l'un des prix : oui  non

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

**Engagement du chercheur**

Je certifie avoir expliqué au(x) signataire(s) les termes du présent formulaire de consentement, avoir répondu aux questions qu'il(s) m'a(ont) posées à cet égard, lui(leur) avoir clairement indiqué qu'il(s) reste(nt) à tout moment libre de mettre un terme à sa(leur) participation et que je lui(leur) remettrai une copie signée et datée du présent formulaire de consentement.

\_\_\_\_\_  
Nom du chercheur

\_\_\_\_\_  
Signature du chercheur

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Nom de la personne désignée  
pour expliquer la recherche  
et obtenir le consentement

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Fonction

**Adhésion et signatures : Les variables familiales et cognitives reliées à l'anxiété**

**COPIE RÉPONSE DU CHERCHEUR**

Consentement à la participation de l'enfant à la recherche :

J'ai lu et compris le contenu du présent formulaire. Je certifie qu'on me l'a expliqué verbalement. J'ai eu l'occasion de poser toutes mes questions et on y a répondu à ma satisfaction. Je sais que mon enfant est libre de participer au projet et qu'il demeure libre de s'en retirer en tout temps, par avis verbal, sans que cela n'affecte la qualité des traitements, des soins futurs et des rapports avec son médecin ou le centre hospitalier. J'accepte que mon enfant participe à la recherche.

_____ Nom du participant (enfant)	_____ Signature du participant (enfant)	_____ Date
---	---	---------------

_____ Nom du représentant légal (parent)	_____ Signature du représentant légal (parent)	_____ Date
--	--	---------------

Consentement à la participation du parent à la recherche

J'ai lu et j'ai compris le contenu du présent formulaire concernant ce projet de recherche qui requiert ma participation. Je certifie qu'on me l'a expliqué verbalement. J'ai eu l'occasion de poser toutes mes questions et on y a répondu à ma satisfaction. J'accepte de participer à la recherche.

_____ Nom du participant (mère)	_____ Signature du participant (mère)	_____ Date
---------------------------------------	---	---------------

_____ Nom du participant (père)	_____ Signature du participant (père)	_____ Date
---------------------------------------	---	---------------

### Consentement au transfert d'informations au dossier clinique de l'enfant

Afin de mieux comprendre les difficultés de mon enfant et d'améliorer les soins qui lui seront prodigués, les chercheurs aimeraient transférer les données recueillies dans le cadre de la recherche par la passation des questionnaires au dossier clinique de mon enfant.

J'autorise le transfert des données recueillies (résultats obtenus aux questionnaires) dans le cadre de la recherche aux professionnels de la CITA qui œuvrent auprès de ma famille.

\_\_\_\_\_  
Nom du représentant légal  
(parent)

\_\_\_\_\_  
Signature du représentant légal  
(parent)

\_\_\_\_\_  
Date

### Transmission des résultats de la recherche et participation au tirage

Je souhaite que l'on me transmette un résumé des résultats de la recherche auquel moi et mon enfant participons, par courriel ou par la poste, lorsqu'ils auront été obtenus et interprétés. oui  non

Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

J'accepte de participer au tirage et je consens à ce que les chercheurs me contactent par téléphone si je gagne l'un des prix : oui  non

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

### **Engagement du chercheur**

Je certifie avoir expliqué au(x) signataire(s) les termes du présent formulaire de consentement, avoir répondu aux questions qu'il(s) m'a(ont) posées à cet égard, lui(leur) avoir clairement indiqué qu'il(s) reste(nt) à tout moment libre de mettre un terme à sa(leur) participation et que je lui(leur) remettrai une copie signée et datée du présent formulaire de consentement.

\_\_\_\_\_  
Nom du chercheur

\_\_\_\_\_  
Signature du chercheur

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Nom de la personne désignée  
pour expliquer la recherche  
et obtenir le consentement

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Fonction

**Appendice B**  
Formulaire d'information et de consentement des participants  
de l'échantillon non clinique : article 1

### Comment fournir mon autorisation?



- Compléter le formulaire de consentement ci-joint en gardant la copie qui vous est destinée;
- Par le biais de votre enfant, retourner au professeur (dès aujourd'hui si possible) la « Copie à retourner » (pages 6 et 7) dans l'enveloppe cachetée;
- Si vous avez plusieurs enfants qui participent, veuillez retourner les « Copie à retourner » (pages 6 et 7) pour chaque enfant. Vous devrez remplir les questionnaires pour chaque enfant, étant donné que votre perception peut différer pour chacun.

### Vous avez des questions?



Si votre participation vous amène à vous questionner, n'hésitez pas à contacter Geneviève Racicot, psychoéducatrice responsable du projet, au (514) 323-7260 poste 2703. Il lui fera plaisir de répondre à vos questions!

### Merci de votre participation!



Merci votre précieuse collaboration qui contribuera à l'avancement des connaissances sur les problèmes d'anxiété chez les enfants, qui sont parmi les difficultés les plus fréquentes. Votre participation contribuera à l'amélioration des services offerts à ces enfants.

## PROJET SUR L'ANXIÉTÉ

### Qu'est-ce que le projet sur l'anxiété?

- Il s'agit d'un projet de recherche portant sur l'anxiété chez les enfants de 8 à 12 ans;
- Comme d'autres écoles primaires, la direction de l'école de votre enfant a accepté de participer au projet;
- Ce projet est effectué dans le cadre d'une thèse de doctorat et est mené conjointement avec l'Université du Québec à Trois-Rivières et l'Hôpital Rivières-des-Prairies. Il a aussi été approuvé par les comités d'éthique de la recherche respectifs de ces deux établissements.



 Université  
du Québec  
à Trois-Rivières

 Hôpital  
Rivière-des-Prairies  
Centre hospitalier de soins psychiatriques

### Quels sont les objectifs du projet?

Les problèmes d'anxiété chez les enfants sont associés à d'importantes difficultés, telle la dépression. La mise en place de services efficaces pour traiter l'anxiété passe par une meilleure compréhension des facteurs qui y sont associés. Le projet vise à :

- Mieux comprendre les façons de penser et les réactions de l'enfant qui sont associées aux problèmes d'anxiété;
- Mieux comprendre les comportements éducatifs des parents et les soins qu'ils donnent à leur enfant qui sont associés aux problèmes d'anxiété.

Des enfants présentant des troubles anxieux recrutés dans des hôpitaux seront comparés à des enfants de la population générale. C'est pour recruter des enfants de la population générale que l'école de votre enfant a été approchée.

### Qu'est-ce que la participation au projet implique pour mon enfant?

- Votre enfant devra compléter, lors des heures de classe, des questionnaires pendant une seule période d'environ 45 minutes;
- Ces questionnaires porteront sur l'anxiété, la dépression, les inquiétudes, ses façons de penser ou de réagir ou sur sa perception des comportements éducatifs de ses parents et des soins qu'ils lui donnent;
- Il n'y a aucun risque majeur associé à la participation à l'étude.

### Qu'est-ce que la participation au projet implique pour les parents?

Votre aide est essentielle pour mener à bien ce projet de recherche!

- La perception des parents de leur enfant est très importante pour nous. Nous souhaitons la recueillir via quelques questionnaires semblables, que nous vous acheminerons par la poste ou par internet, selon votre préférence;
- Peu de recherches ont obtenu la perception qu'ont les pères de leur enfant malgré son importance. C'est pour cette raison que la mère et le père sont invités à participer;
- L'enfant peut toutefois participer à la recherche même si un seul de ses parents participe.

### Les données recueillies sont-elles confidentielles?

- Toutes les données recueillies concernant vous et votre enfant seront strictement confidentielles et ne serviront qu'aux fins du présent projet.
- Pour assurer le caractère confidentiel du projet, tout enfant et parent participant recevront un numéro de code qui servira à l'identification.

### Tirage

Pour remercier les participants de leur contribution au projet, nous allons procéder à un tirage de 6 certificats-cadeaux de 50\$ dans les librairies Renaud-Bray parmi les familles qui auront accepté de participer. Les gagnants seront contactés par téléphone.



## FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

1<sup>er</sup> septembre 2011

### 1. Titre du projet de recherche

Les variables familiales et cognitives reliées aux symptômes du trouble d'anxiété généralisée (TAG) et à l'inquiétude excessive chez les enfants de 8 à 12 ans.

### Chercheurs et affiliations

Geneviève Racicot, M.Sc., psychoéducatrice à la Clinique d'Intervention pour les Troubles Anxieux (CITA) de l'hôpital Rivières-des-Prairies et étudiante au doctorat en psychologie à l'Université du Québec à Trois-Rivières.

Frédéric Langlois, Ph.D., psychologue et professeur régulier au département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières, membre du laboratoire de recherche interdisciplinaire en réalité virtuelle et chercheur régulier au centre de recherche Fernand-Séguin-Axes interventions psychologiques.

Patrick Gosselin, Ph.D., psychologue et professeur agrégé au département de psychologie de l'Université de Sherbrooke et professeur associé à l'UQTR.

Caroline Berthiaume, Ph.D., psychologue et coordonnatrice clinique à la Clinique d'Intervention pour les Troubles Anxieux de l'hôpital Rivières-des-Prairies.

### 2. Description du projet

Chez les adultes, il a été démontré que des façons de penser particulières sont impliquées dans le développement de certains problèmes d'anxiété. Toutefois, la présence de ces façons de penser a été très peu étudiée chez les enfants. Quelques études ont également démontré un lien entre certains comportements éducatifs des parents et les soins qu'ils prodiguent à leur enfant d'une part et la présence d'inquiétudes excessives et d'anxiété chez les enfants d'autre part. Toutefois, ces études sont demeurées générales et d'autres études de ce genre sont nécessaires car l'amélioration des traitements disponibles pour les enfants souffrant d'un problème d'anxiété passe par une meilleure compréhension des facteurs impliqués dans leur développement et leur maintien.

L'objectif du présent projet de recherche est de vérifier, auprès d'enfants de 8 à 12 ans, quels sont les comportements éducatifs des parents et soins qu'ils offrent à leur enfant et quelles sont les façons de penser qui sont reliées aux problèmes d'anxiété en général et à l'inquiétude excessive. Les chercheurs visent donc à comparer des enfants présentant un problème d'anxiété recrutés dans des hôpitaux à des enfants de la population générale qui ne présentent pas nécessairement ces difficultés, recrutés dans les écoles.

### **3. Procédures de l'étude**

Avec l'approbation de la direction d'école de votre enfant, la chercheuse ou une assistante de recherche est allée visiter tous les enfants de la classe de votre enfant en présence du professeur. Lors de cette rencontre, les objectifs, les obligations reliées à la participation à l'étude, les avantages et inconvénients à la participation et les responsabilités des chercheurs ont été expliqués à votre enfant. La chercheuse répondait également à toutes les questions posées par les enfants lors de cette rencontre. Il a été expliqué à votre enfant qu'il est libre de participer ou non et que sa participation requiert votre consentement.

La participation de votre enfant à cette étude requiert qu'il remplisse des questionnaires en classe, pour une période d'environ 45 minutes. Les questionnaires portent sur l'anxiété, les inquiétudes et les symptômes dépressifs de votre enfant. Lors de la passation des questionnaires, le groupe sera divisé aléatoirement en deux pour limiter le nombre de questionnaires à remplir par l'enfant. La moitié des enfants rempliront donc des questionnaires sur leurs différentes façons de penser et de réagir. L'autre moitié du groupe rempliront des questionnaires sur leur perception des comportements éducatifs de leurs parents et des soins qu'ils lui donnent.

Votre participation à la recherche requiert que vous remplissiez également deux questionnaires à la maison (sur papier ou par Internet). Le premier questionnaire porte sur les symptômes dépressifs, l'anxiété et les problèmes de comportement de votre enfant. Le deuxième questionnaire porte soit sur votre perception des comportements et des façons de réagir de votre enfant ou sur votre perception de vos propres comportements éducatifs et des soins que vous offrez à votre enfant (selon les questionnaires qui seront attribués à votre enfant). Le temps de passation est estimé à moins de 30 minutes. Il n'y a aucun impact découlant du refus de votre enfant de participer à l'étude. Il ferait alors du travail personnel en classe ou remplirait un cahier d'activités pendant la période de passation des questionnaires.

### **4. Avantages et bénéfices pour le sujet**

Vous et votre enfant ne retirerez pas davantage direct à participer à l'étude. Par contre, votre participation est une contribution importante à l'avancement des connaissances scientifiques dans le domaine de l'anxiété, ce qui permettra éventuellement d'améliorer les services offerts aux enfants qui souffrent de cette problématique.

### **5. Inconvénients et risques pour le participant**

La participation n'implique pas de risque ou d'inconvénient majeur pour votre enfant ou pour vous-même. Toutefois, vous et votre enfant devrez prendre du temps pour remplir des questionnaires. L'administration des questionnaires aux enfants a lieu sur une courte période afin de limiter le temps de classe consacré à l'étude. La chercheuse ou une assistante de recherche sera présente lors de la passation des questionnaires afin d'aider les enfants au besoin et de répondre à leurs questions. Les risques encourus sont très minimes et bien que ce soit très peu probable et que cette situation ne se soit



jamais produite dans nos études passées, il n'est pas impossible que le fait de remplir des questionnaires sur l'anxiété et la dépression suscite un malaise. Les membres de l'équipe de recherche possèdent une formation en psychologie ou en psychoéducation et seront disponibles pour apporter du soutien à votre enfant si nécessaire. Advenant le cas peu probable où votre enfant vivrait un malaise suite à sa participation à l'étude qui vous amènerait à vous questionner, vous pourriez contacter la co-chercheuse, Mme. Geneviève Racicot, au (514)323-7260, poste 2703. Du soutien vous serait alors apporté et vous seriez dirigés vers les ressources appropriées en cas de besoin. Vous pourriez également inciter votre enfant à contacter le service d'aide téléphonique gratuit *Tel-Jeunes* (1-800-263-2266) ou contacter le service d'aide téléphonique *Parents* (1-800-361-5085).

## **6. Modalités prévues en matière de confidentialité**

Tous les renseignements recueillis dans le cadre de ce projet de recherche seront traités de façon strictement confidentielle. Les chercheurs ont toutefois à cœur la santé mentale et le bien-être de votre enfant. C'est pourquoi, seulement advenant le cas où ils feraient des découvertes potentiellement sérieuses concernant la santé mentale de votre enfant (anxiété, dépression, problèmes de comportements), les chercheurs vous offrent de transmettre cette information à un intervenant scolaire ou au médecin de famille de votre enfant, avec votre accord. Tous les autres renseignements recueillis (incluant ceux qui ont trait aux comportements éducatifs des parents et aux soins qu'ils offrent à leur enfant) demeureront quand même confidentiels.

Le dossier de recherche est codé, ce qui assure la confidentialité des données. Chaque dossier est conservé sous clé à la Clinique d'Intervention Troubles Anxieux (CITA) de l'hôpital Rivières-des-Prairies, sous la responsabilité de la chercheuse (Geneviève Racicot). Toutes les données de recherche seront détruites 5 ans après la publication des résultats de l'étude. Afin de s'assurer que la recherche respecte les règles d'éthique, il est possible que le Comité d'éthique de la recherche de l'hôpital Rivières-des-Prairies accède au dossier de recherche. Bien entendu, l'anonymat sera assuré lors de la diffusion des résultats.

## **7. Responsabilité en cas de préjudice**

En signant ce formulaire de consentement, vous ne renoncez à aucun de vos droits légaux ni ne libérez les chercheurs, l'établissement de leur responsabilité civile et professionnelle.

## **8. Liberté de participation et droit de retrait**

Votre participation et celle de votre enfant à ce projet de recherche sont tout à fait volontaires. Vous êtes libre d'accepter ou de refuser d'y participer sans que votre refus nuise aux relations avec les intervenants scolaires. Vous êtes également libre de retirer votre enfant ou de vous retirer de la recherche en tout temps, sans que cela n'ait

quelque impact que ce soit. Si vous et/ou votre enfant souhaitez vous retirer de l'étude, vous pouvez en aviser la co-chercheuse, Mme Geneviève Racicot (514)323-7260, poste 2703, par téléphone. Les données recueillies dans le cadre de la recherche seraient alors détruites.

### **9. Nom des personnes ressources**

Si vous désirez de plus amples renseignements au sujet de cette étude, vous pouvez contacter Mme Geneviève Racicot au (514) 323-7260 poste 2703. Si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, ou si vous avez des questions concernant vos droits en tant que participant à une recherche, vous pouvez communiquer avec la commissaire aux plaintes et à la qualité des services de l'hôpital Rivières-des-Prairies, Mme Hélène Bousquet, au (514) 323-7260 poste 2154.

### **10. Compensation**

Pour remercier les participants de leur contribution à l'étude, un tirage de 6 certificats cadeaux d'une valeur de 50 \$ dans les librairies Renaud Bray sera effectué parmi les familles qui auront accepté de participer. Le tirage aura lieu lorsque le recrutement sera terminé et les gagnants seront contactés par téléphone.

**Adhésion et signatures : les variables familiales et cognitives reliées à l'anxiété****COPIE RÉPONSE DU PARENT : Veuillez s.v.p. conserver cette copie**Consentement à la participation de l'enfant à la recherche :

J'ai lu et compris le contenu du présent formulaire. La recherche a été expliquée verbalement à mon enfant. J'ai eu l'occasion de poser toutes mes questions et on y a répondu à ma satisfaction. J'accepte que mon enfant participe à la recherche.

Nom du participant (élève)	Signature du participant (élève)	Date
-------------------------------	-------------------------------------	------

Nom du représentant légal (parent)	Signature du représentant légal (parent)	Date
---------------------------------------	---	------

Consentement à la participation du parent à la recherche

J'ai lu et j'ai compris le contenu du présent formulaire concernant ce projet de recherche qui requiert ma participation. Je certifie que les coordonnées du chercheur m'ont été transmises afin que j'aie l'occasion de poser toutes mes questions et que le cas échéant, on y a répondu à ma satisfaction. J'accepte de participer à la recherche. Je souhaite recevoir les questionnaires à remplir :

Par la poste :  Par Internet :  Courriel : \_\_\_\_\_

(L'adresse Internet nous permettra uniquement de vous faire parvenir l'adresse du site Internet sécurisé pour la complétion des questionnaires)

Nom du participant (mère)	Signature du participant (mère)	Date
------------------------------	------------------------------------	------

Nom du participant (père)	Signature du participant (père)	Date
------------------------------	------------------------------------	------

Transmission des résultats de la recherche et participation au tirage

Je souhaite que l'on me transmette un résumé des résultats de la recherche auquel moi et mon enfant participons, par courriel ou par la poste, lorsqu'ils auront été obtenus et interprétés. oui  non

Adresse : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

J'accepte de participer au tirage et je consens à ce que les chercheurs me contactent par téléphone si je gagne l'un des prix : oui  non

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Transmission d'informations concernant l'enfant :

Advenant le cas où des découvertes importantes seraient faites concernant la santé mentale de mon enfant dans le cadre de cette recherche, je consens à ce qu'elles soient transmises à l'intervenant en relation d'aide de l'école de mon enfant ou à son médecin de famille :

oui  non

Je souhaite qu'elles soient transmises à :

L'intervenant de l'école  Le médecin de mon enfant :

Coordonnées du médecin : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Le cas advenant, je consens à ce que l'intervenant scolaire ou le médecin de famille me contacte à ce propos : oui  non

\_\_\_\_\_  
 Nom du représentant légal  
 (parent)

\_\_\_\_\_  
 Signature du représentant légal  
 (parent)

\_\_\_\_\_  
 Date

**Engagement du chercheur**

Je certifie avoir été disponible pour donner au(x) signataire(s) les explications concernant les termes du présent formulaire de consentement, avoir répondu aux questions éventuelles que le(s) signataire(s) m'a(ont) posées à cet égard, lui(leur) avoir clairement indiqué qu'il(s) reste(nt) à tout moment libre de mettre un terme à sa(leur) participation et que je lui(leur) remets une copie signée et datée du présent formulaire de consentement.

\_\_\_\_\_  
 Nom du chercheur

\_\_\_\_\_  
 Signature du chercheur

\_\_\_\_\_  
 Date

**Adhésion et signatures : Les variables familiales et cognitives reliées à l'anxiété**

**COPIE RÉPONSE À RETOURNER : Veuillez s.v.p. mettre cette copie dans l'enveloppe et la retourner au professeur par le biais de votre enfant**

Consentement à la participation de l'enfant à la recherche :

J'ai lu et compris le contenu du présent formulaire. La recherche a été expliquée verbalement à mon enfant. J'ai eu l'occasion de poser toutes mes questions et on y a répondu à ma satisfaction. J'accepte que mon enfant participe à la recherche.

Nom du participant (élève)	Signature du participant (élève)	Date
-------------------------------	-------------------------------------	------

Nom du représentant légal (parent)	Signature du représentant légal (parent)	Date
---------------------------------------	---	------

Consentement à la participation du parent à la recherche

J'ai lu et j'ai compris le contenu du présent formulaire concernant ce projet de recherche qui requiert ma participation. Je certifie que les coordonnées du chercheur m'ont été transmises afin que j'aie l'occasion de poser toutes mes questions et que le cas échéant, on y a répondu à ma satisfaction. J'accepte de participer à la recherche. Je souhaite recevoir les questionnaires à remplir :

Par la poste :  Par Internet :  Courriel : \_\_\_\_\_

(L'adresse Internet nous permettra uniquement de vous faire parvenir l'adresse du site Internet sécurisé pour la complétion des questionnaires)

Nom du participant (mère)	Signature du participant (mère)	Date
------------------------------	------------------------------------	------

Nom du représentant légal (père)	Signature du représentant légal (père)	Date
-------------------------------------	---	------

Transmission des résultats de la recherche et participation au tirage :

Je souhaite que l'on me transmette un résumé des résultats de la recherche auquel moi et mon enfant participons, par courriel ou par la poste, lorsqu'ils auront été obtenus et interprétés. oui  non

Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

J'accepte de participer au tirage et je consens à ce que les chercheurs me contactent par téléphone si je gagne l'un des prix : oui  non

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Transmission d'informations concernant l'enfant :

Advenant le cas où des découvertes importantes seraient faites concernant la santé mentale de mon enfant dans le cadre de cette recherche, je consens à ce qu'elles soient transmises à l'intervenant en relation d'aide de l'école de mon enfant ou à son médecin de famille :

oui  non

Je souhaite qu'elles soient transmises à :

L'intervenant de l'école  Le médecin de mon enfant :

Coordonnées du médecin : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Le cas advenant, je consens à ce que l'intervenant scolaire ou le médecin de famille me contacte à ce propos : oui  non

\_\_\_\_\_  
Nom du représentant légal  
(parent)

\_\_\_\_\_  
Signature du représentant légal  
(parent)

\_\_\_\_\_  
Date

**Engagement du chercheur**

Je certifie avoir été disponible pour donner au(x) signataire(s) les explications concernant les termes du présent formulaire de consentement, avoir répondu aux questions éventuelles que le(s) signataire(s) m'a(ont) posées à cet égard, lui(leur) avoir clairement indiqué qu'il(s) reste(nt) à tout moment libre de mettre un terme à sa(leur) participation et que je lui(leur) remets une copie signée et datée du présent formulaire de consentement.

\_\_\_\_\_  
Nom du chercheur

\_\_\_\_\_  
Signature du chercheur

\_\_\_\_\_  
Date

**Appendice C**  
Formulaire d'information et de consentement des participants : article 2

## FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

16 juillet 2012

### 1. Titre du projet de recherche

Thérapie cognitivo-comportementale du trouble d'anxiété généralisée (TAG) chez des enfants de 8 à 12 ans.

#### Chercheurs et affiliations

Frédéric Langlois, Ph.D.

Psychologue et professeur régulier au département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières, membre du laboratoire de recherche interdisciplinaire en réalité virtuelle et chercheur régulier au centre de recherche Fernand-Séguin-Axes interventions psychologiques.

Patrick Gosselin, Ph.D.

Psychologue et professeur agrégé au département de psychologie de l'Université de Sherbrooke et professeur associé à l'UQTR.

Geneviève Racicot, M.Sc.

Psychoéducatrice à la Clinique d'Intervention pour les Troubles Anxieux (CITA) de l'hôpital Rivières-des-Prairies et étudiante au doctorat en psychologie à l'Université du Québec à Trois-Rivières.

Caroline Berthiaume, Ph.D.

Psychologue et coordonnatrice clinique à la Clinique d'Intervention pour les Troubles Anxieux de l'hôpital Rivières-des-Prairies.

### 2. Description du projet

Plusieurs études ont démontré l'efficacité de la thérapie cognitivo-comportementale pour diminuer l'anxiété chez les enfants. Cette approche privilégie une intervention axée sur les difficultés actuelles et vise à modifier les comportements et les façons de penser qui contribuent à maintenir ces difficultés. Toutefois, ces interventions demeurent générales et leur efficacité selon le trouble anxieux spécifique présenté par l'enfant demeure méconnue. Auprès des adultes, des interventions cognitivo-comportementales ciblant spécifiquement le TAG ont démontré leur efficacité. À ce jour, aucune étude n'a mesuré l'efficacité d'une thérapie ciblant spécifiquement le TAG chez les enfants.

L'objectif général du présent projet de recherche est de vérifier l'efficacité de l'adaptation d'une thérapie cognitivo-comportementale, déjà utilisée auprès des adultes, dans le traitement du TAG chez les enfants de 8 à 12 ans. Plus spécifiquement, l'étude vise à vérifier si la thérapie permet de diminuer les symptômes du TAG et à vérifier si cette diminution se maintient 3 mois, 6 mois et 12 mois après la fin de la thérapie. Au cours de la thérapie, un modèle qui explique le TAG sera présenté à votre enfant. Les principales techniques qui seront utilisées sont : l'identification et l'auto-observation des manifestations d'anxiété, la technique de respiration, la modification du discours intérieur afin d'adopter une vision plus réaliste des situations et afin de mieux gérer les



inquiétudes, l'exposition graduelle aux images mentales et aux situations qui suscitent de l'anxiété et l'entraînement à la résolution de problèmes.

### **3. Procédures de l'étude**

La participation à la recherche implique certaines choses pour vous et votre enfant :

#### **1. Thérapie**

La thérapie offerte dans le cadre de la recherche comporte 20 rencontres hebdomadaires, à raison de 75 minutes chacune. Typiquement, un retour sur la semaine sera effectué avec votre enfant. Ensuite, des stratégies de gestion de l'anxiété, comme par exemple la technique de respiration abdominale, lui seront proposées et seront pratiquées. Des exercices à la maison relatifs à ces stratégies seront également suggérés à votre enfant pour en faciliter l'intégration. À la fin de chaque rencontre, une période de 15 minutes sera effectuée en votre présence afin que vous soyez mis au courant du contenu de la rencontre et des exercices à faire à la maison. Afin que les chercheurs puissent s'assurer de la validité de l'application de la thérapie, un enregistrement audio des rencontres sera effectué.

#### **2. Utilisation de renseignements au dossier**

Afin de pouvoir remplir l'objectif de vérification de l'efficacité de la thérapie, les chercheurs devront utiliser certains renseignements contenus au dossier de votre enfant. Plus spécifiquement, le sexe, l'âge de votre enfant, les rapports d'évaluation et d'évolution psychiatriques et psychologiques ainsi que les notes d'évolution rédigées par le thérapeute de votre enfant seront utilisés. Les questionnaires que vous et votre enfant avez rempli concernant les problèmes émotionnels, les symptômes d'anxiété, les différentes façons de penser et de réagir de votre enfant et ses problèmes de comportement seront utilisés dans le cadre de la recherche.

#### **3. Périodes d'évaluation supplémentaires**

Dans le cadre de sa participation à la recherche, votre enfant devra remplir, avant la thérapie, des calepins d'auto-observation tous les jours (environ 5 minutes par jour) ainsi qu'un questionnaire supplémentaire sur les inquiétudes (environ 10 minutes).

Vous devrez également vous déplacer pour des rencontres de suivi après la thérapie ainsi que 3 mois, 6 mois et 12 mois après la fin de la thérapie. Lors de cette rencontre d'une durée d'environ 2h30, vous et votre enfant participerez à une rencontre d'évaluation psychiatrique, psychologique et remplirez à nouveau des questionnaires.

Pendant deux semaines, avant chacune des rencontres de suivi, votre enfant devra également remplir ses calepins d'auto-observation tous les jours.

Comme pour tous les services offerts à la CITA, s'il est établi lors de la rencontre bilan effectuée après la thérapie avec le pédopsychiatre et l'intervenant que votre enfant présente encore un trouble anxieux suite à la thérapie, d'autres solutions ou références sont examinées afin qu'il puisse bénéficier des services dont il a besoin.

Afin que les chercheurs puissent vérifier l'efficacité de la thérapie, la médication doit demeurer stable tout au long de la durée de la thérapie et vous ne pouvez pas bénéficier d'un suivi familial ou d'un suivi visant à améliorer vos compétences

parentales. Advenant le cas où un changement de médication, un suivi familial ou un suivi visant à améliorer vos compétences parentales serait indiqué selon le médecin traitant de votre enfant, votre enfant pourra continuer de suivre sa thérapie. Toutefois, il se peut que les données recueillies ne puissent plus être utilisées pour le projet de recherche.

#### **4. Avantages et bénéfices pour le participant**

La participation de votre enfant au projet de recherche lui permet d'avoir accès à une thérapie novatrice s'appuyant sur les plus récents modèles théoriques explicatifs du TAG. L'efficacité de la thérapie demeure toutefois à être démontrée scientifiquement. La thérapie vise à réduire les manifestations d'anxiété de votre enfant et un maintien des acquis à travers le temps.

Comme des périodes de suivi après la thérapie sont prévues dans le cadre de la participation de votre enfant à la recherche (3 mois, 6 mois et 12 mois), votre enfant bénéficie d'un suivi plus systématique et d'une période de suivi plus longue suite à la fin de la thérapie que ce qui est normalement offert à la CITA. Ceci peut favoriser le maintien des acquis puisque votre enfant sera évalué régulièrement et que d'autres interventions seront proposées si nécessaire.

La participation de votre enfant à la recherche est également une contribution à l'avancement des connaissances scientifiques dans ce domaine, ce qui permettra éventuellement d'améliorer les services offerts à cette clientèle.

#### **5. Inconvénients et risques pour le participant**

La participation n'implique pas d'inconvénient majeur pour votre enfant. Toutefois, vous et votre enfant devrez remplir des questionnaires supplémentaires et participer à des évaluations pour que les chercheurs puissent évaluer convenablement l'efficacité de la thérapie. En plus des déplacements pour les séances de thérapies, quatre déplacements à l'hôpital Rivières-des-Prairies sont nécessaires et un investissement d'une période de temps d'environ 2h30 est nécessaire à chaque fois.

Peu de risques sont encourus par la participation à la recherche. Toutefois, il est possible que votre enfant vive de la détresse lorsque sa problématique sera abordée. Le soutien nécessaire sera alors prodigué à votre enfant par l'équipe traitante.

#### **6. Modalités prévues en matière de confidentialité**

Tous les renseignements recueillis dans le cadre de ce projet de recherche seront traités de façon strictement confidentielle. Des notes d'évolution concernant le contenu des rencontres effectuées avec votre enfant et avec vous-même seront incluses dans le dossier clinique de votre enfant, ce qui signifie que les professionnels de la CITA prodiguant des soins à votre enfant ou à vous-même auront également accès à certaines données nominatives de votre enfant. Afin de s'assurer que la recherche respecte les règles d'éthique, il est possible que le Comité d'éthique et de la recherche de l'hôpital Rivières-des-Prairies accède au dossier de recherche.

Le dossier de recherche est codé, ce qui assure la confidentialité des données. Chaque dossier est conservé sous clé à la CITA, sous la responsabilité de la chercheuse (Geneviève Racicot). Les enregistrements audio des séances de thérapie seront

détruits 5 ans après la publication des résultats. Les données contenues dans le dossier de recherche seront détruites 5 ans après la publication des résultats de recherche. Bien entendu, l'anonymat sera assuré lors de la diffusion des résultats.

### **7. Responsabilité en cas de préjudice**

S'il survenait un incident dû à la participation de votre enfant à cette recherche, vous pourriez faire valoir tous les recours légaux garantis par les lois en vigueur au Québec, sans que cela n'affecte en rien les soins qui vous seraient autrement prodigués. La participation de votre enfant ne libère ni les chercheurs, ni l'établissement, de leur responsabilité civile et professionnelle.

### **8. Liberté de participation et de retrait**

Votre participation et celle de votre enfant à ce projet de recherche sont tout à fait volontaires. Vous êtes libre d'accepter ou de refuser d'y participer sans que votre refus ne nuise aux relations avec les intervenants et autres professionnels impliqués dans les soins prodigués à votre enfant. Si vous refusez de participer aux activités du projet de recherche, votre enfant ne peut pas recevoir ce présent service, puisque les chercheurs doivent d'abord en évaluer l'efficacité. Toutefois, votre refus de participer à la recherche ne laisserait pas votre enfant sans traitement. Le fait de participer ou non n'a aucun impact sur les autres services que vous recevrez à la CITA. En effet, si vous refusez de participer à la recherche, les autres avenues de traitement possible via les services réguliers de la CITA vous seront proposés.

Vous êtes également libre de retirer votre enfant ou de vous retirer du projet de recherche en tout temps. Advenant le cas que votre enfant se retire du projet de recherche, vous devrez en aviser le thérapeute de votre enfant ou la chercheuse, Mme Geneviève Racicot en la contactant au (514)323-7260 poste 2703. Si votre enfant se retire du projet de recherche, il pourra continuer de bénéficier de sa thérapie. Les données de recherche qui ne seraient pas versées au dossier clinique de votre enfant seront détruites et celles versées au dossier clinique ne seront pas utilisées pour la recherche. Toute nouvelle connaissance acquise durant le déroulement de l'étude qui pourrait affecter votre décision d'y participer vous sera communiquée.

### **9. Nom des personnes ressources**

Si vous désirez de plus amples renseignements au sujet de cette recherche, vous pouvez contacter, Mme Geneviève Racicot au (514) 323-7260 poste 2703. Si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, ou si vous avez des questions concernant vos droits en tant que participant à une recherche, vous pouvez communiquer avec la commissaire aux plaintes et à la qualité des services de l'hôpital Rivières-des-Prairies, Mme Hélène Bousquet, au (514) 323-7260 poste 2154.

### **10. Compensation**

La participation aux rencontres d'évaluation suite à la thérapie (post, 3 mois, 6 mois, 12 mois) peut entraîner des dépenses en terme de temps et d'argent pour les participants. En guise de compensation un montant de 40 \$ sera remis à la famille pour sa participation à chacune des évaluations.

**Adhésion et signatures : Thérapie cognitivo-comportementale du trouble d'anxiété généralisée pour les enfants de 8 à 12 ans**

**COPIE RÉPONSE DU PARENT : Veuillez s.v.p. conserver cette copie**

Consentement à la participation de l'enfant à la recherche

J'ai lu et compris le contenu du présent formulaire. Je certifie qu'on me l'a expliqué verbalement. J'ai eu l'occasion de poser toutes mes questions et on y a répondu à ma satisfaction. Je sais que mon enfant est libre de participer au projet et qu'il demeure libre de s'en retirer en tout temps, par avis verbal, sans que cela n'affecte la qualité des traitements, des soins futurs et des rapports avec son médecin ou l'Hôpital. J'accepte que mon enfant participe à la recherche.

\_\_\_\_\_  
Nom du participant  
(enfant)

\_\_\_\_\_  
Signature du participant  
(enfant)

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Nom du représentant légal  
(parent)

\_\_\_\_\_  
Signature du représentant légal  
(parent)

\_\_\_\_\_  
Date

Consentement à la participation du parent à la recherche

J'ai lu et j'ai compris le contenu du présent formulaire concernant ce projet de recherche qui requiert ma participation. Je certifie qu'on me l'a expliqué verbalement. J'ai eu l'occasion de poser toutes mes questions et on y a répondu à la ma satisfaction. J'accepte de participer à la recherche.

\_\_\_\_\_  
Nom du participant  
(parent)

\_\_\_\_\_  
Signature du participant  
(parent)

\_\_\_\_\_  
Date

Transmission des résultats de la recherche

Je souhaite que l'on me transmette un résumé des résultats de la recherche auquel moi et mon enfant participons, par courriel ou par la poste, lorsqu'ils auront été obtenus et interprétés. oui  non

Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Consentement au transfert d'informations au dossier clinique de l'enfant

Les professionnels qui œuvrent à la CITA sont tenues de faire une note d'évolution concernant le contenu des rencontres effectuées avec votre enfant et avec vous-même. Toutefois, des données plus précises seront obtenues à l'aide des questionnaires et des entrevues d'évaluations effectuées après la thérapie. Afin de mieux comprendre les difficultés de votre enfant et d'améliorer les soins qui lui seront prodigués, les chercheurs aimeraient transférer ces données au dossier clinique de votre enfant. J'autorise le transfert des données recueillies (résultats obtenus aux questionnaires, aux calepins d'auto-observation et aux rencontres d'évaluation) dans le cadre de la recherche au dossier clinique de mon enfant.

\_\_\_\_\_  
Nom du représentant légal  
(parent)

\_\_\_\_\_  
Signature du représentant légal  
(parent)

\_\_\_\_\_  
Date

**12. Engagement du chercheur**

Je certifie avoir expliqué au(x) signataire(s) les termes du présent formulaire de consentement, avoir répondu aux questions qu'il(s) m'a(ont) posées à cet égard, lui(leur) avoir clairement indiqué qu'il(s) reste(nt) à tout moment libre de mettre un terme à sa(leur) participation et que je lui(leur) remettrai une copie signée et datée du présent formulaire de consentement.

\_\_\_\_\_  
Nom du chercheur

\_\_\_\_\_  
Signature du chercheur

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Nom de la personne désignée  
pour expliquer la recherche  
et obtenir le consentement

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Fonction

**Adhésion et signatures : Adhésion et signatures : Thérapie cognitivo-comportementale du trouble d'anxiété généralisée chez les enfants de 8 à 12 ans**

**COPIE RÉPONSE DU CHERCHEUR : Copie à conserver pour le dossier de recherche**

Consentement à la participation de l'enfant à la recherche

J'ai lu et compris le contenu du présent formulaire. Je certifie qu'on me l'a expliqué verbalement. J'ai eu l'occasion de poser toutes mes questions et on y a répondu à ma satisfaction. Je sais que mon enfant est libre de participer au projet et qu'il demeure libre de s'en retirer en tout temps, par avis verbal, sans que cela n'affecte la qualité des traitements, des soins futurs et des rapports avec son médecin ou l'Hôpital. J'accepte que mon enfant participe à la recherche.

\_\_\_\_\_  
Nom du participant  
(enfant)

\_\_\_\_\_  
Signature du participant  
(enfant)

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Nom du représentant légal  
(parent)

\_\_\_\_\_  
Signature du représentant légal  
(parent)

\_\_\_\_\_  
Date

Consentement à la participation du parent à la recherche

J'ai lu et j'ai compris le contenu du présent formulaire concernant ce projet de recherche qui requiert ma participation. Je certifie qu'on me l'a expliqué verbalement. J'ai eu l'occasion de poser toutes mes questions et on y a répondu à la ma satisfaction. J'accepte de participer à la recherche.

\_\_\_\_\_  
Nom du participant  
(parent)

\_\_\_\_\_  
Signature du participant  
(parent)

\_\_\_\_\_  
Date

Transmission des résultats de la recherche

Je souhaite que l'on me transmette un résumé des résultats de la recherche auquel moi et mon enfant participons, par courriel ou par la poste, lorsqu'ils auront été obtenus et interprétés. oui  non

Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Consentement au transfert d'informations au dossier clinique de l'enfant

Les professionnels qui œuvrent à la CITA sont tenus de faire une note d'évolution concernant le contenu des rencontres effectuées avec votre enfant et avec vous-même. Toutefois, des données plus précises seront obtenues à l'aide des questionnaires et des entrevues d'évaluations effectuées après la thérapie. Afin de mieux comprendre les difficultés de votre enfant et d'améliorer les soins qui lui seront prodigués, les chercheurs aimeraient transférer ces données au dossier clinique de votre enfant. J'autorise le transfert des données recueillies (résultats obtenus aux questionnaires, aux calepins d'auto-observation et aux rencontres d'évaluation) dans le cadre de la recherche au dossier clinique de mon enfant.

\_\_\_\_\_  
Nom du représentant légal  
(parent)

\_\_\_\_\_  
Signature du représentant légal  
(parent)

\_\_\_\_\_  
Date

**12. Engagement du chercheur**

Je certifie avoir expliqué au(x) signataire(s) les termes du présent formulaire de consentement, avoir répondu aux questions qu'il(s) m'a(ont) posées à cet égard, lui(leur) avoir clairement indiqué qu'il(s) reste(nt) à tout moment libre de mettre un terme à sa(leur) participation et que je lui(leur) remettrai une copie signée et datée du présent formulaire de consentement.

\_\_\_\_\_  
Nom du chercheur

\_\_\_\_\_  
Signature du chercheur

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Nom de la personne désignée  
pour expliquer la recherche  
et obtenir le consentement

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Fonction

**Appendice D**  
Questionnaires des enfants : article 1 et 2



## QIPS-E/A

Lis chaque phrase attentivement. Encerle ensuite le chiffre qui décrit le mieux jusqu'à quel point chaque phrase correspond à ce que tu ressens. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse.

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Pas du tout	Un peu	Assez	Très	Extrêmement
correspondant	correspondant	correspondant	correspondant	correspondant

	Pas du tout	Un peu	Assez	Très	Extrêmement
1. Mes inquiétudes me dérangent.	1	2	3	4	5
2. Je ne m'inquiète pas vraiment à propos des choses.	1	2	3	4	5
3. Plusieurs choses m'amènent à m'inquiéter.	1	2	3	4	5
4. Je sais que je ne devrais pas m'inquiéter, mais je n'y peux rien.	1	2	3	4	5
5. Quand je suis pressé, je m'inquiète beaucoup.	1	2	3	4	5
6. Je m'inquiète toujours à propos de tout.	1	2	3	4	5
7. Quand je veux, je peux facilement arrêter de m'inquiéter.	1	2	3	4	5
8. Lorsque j'ai terminé quelque chose, je commence à m'inquiéter pour autre chose.	1	2	3	4	5
9. Je ne m'inquiète jamais.	1	2	3	4	5
10. J'ai été inquiet tout au long de ma vie.	1	2	3	4	5
11. Je remarque que je m'inquiète pour certains sujets.	1	2	3	4	5
12. Quand je commence à m'inquiéter, je ne peux pas m'arrêter.	1	2	3	4	5
13. Je m'inquiète tout le temps.	1	2	3	4	5
14. Je m'inquiète à propos des choses jusqu'à ce qu'elles soient terminées.	1	2	3	4	5

© Tous droits réservés. Traduit et adapté par Patrick Gosselin, Mélanie Tremblay, Michel Dugas & Robert Ladouceur, 2002.

Ne pas utiliser ou distribuer sans l'autorisation des auteurs.

## CAG- E

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. 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

## Inventaire de dépression de Beck (IDB)

Voici une liste de choses que des gens peuvent vivre, penser ou ressentir. Lis chaque phrase attentivement et encercle le mot qui te décrit le mieux, spécialement depuis ces deux dernières semaines (Jamais, Parfois, Souvent, Toujours). IL N'Y A PAS DE BONNES NI DE MAUVAISES RÉPONSES.

	0	1	2	3
41. Je pense que ma vie est mauvaise.	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
42. J'ai de la difficulté à faire des choses.	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
43. Je sens que je suis une mauvaise personne.	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
44. Je souhaiterais être mort(e).	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
45. J'ai de la difficulté à dormir.	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
46. Je sens que personne ne m'aime.	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
47. Je pense que des malheurs arrivent à cause de moi.	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
48. Je me sens seul(e).	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
49. J'ai mal au ventre.	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
50. J'ai le sentiment que de mauvaises choses m'arrivent.	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
51. Je me sens niais(eux/se).	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
52. Je me prends en pitié.	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
53. Je pense que je fais mal les choses.	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
54. Je me sens mal par rapport à ce que je fais.	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
55. Je me déteste.	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
56. Je veux être seul(e).	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
57. J'ai envie de pleurer.	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
58. Je me sens triste.	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
59. Je me sens vide.	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
60. Je pense que ma vie sera mauvaise.	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours

Total de la page 3


**M A S C**

JOHN MARCH M.D., M.P.H.

Traduction et adaptation par Sophie Leroux et Philippe Robaey (1999)  
Clinique spécialisée d'hyperactivité, Hôpital Sainte-JustineNom : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_ Sexe : Fille  Garçon Date : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Niveau scolaire : \_\_\_\_\_  
(aaaa) (mm) (jj)

Ce questionnaire porte sur ce que tu as pensé et sur comment tu t'es senti(e) et comporté(e) récemment. Pour chaque énoncé, encercle le chiffre qui indique à quel point il est vrai pour toi. Si, pour toi, une phrase est vraie la plupart du temps, encercle le 3. Si, pour toi, elle est quelquefois vraie encercle le 2. Si, pour toi, elle est vraie une fois de temps en temps, encercle le 1. Si la phrase n'est jamais vraie pour toi, encercle le 0. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses; ne fais que répondre comment tu t'es senti(e) ces derniers temps.

Voici deux exemples pour te montrer comment répondre au questionnaire. Dans l'exemple A, si tu n'as presque jamais peur des chiens, tu encercles le 1, ce qui signifie que l'énoncé est rarement vrai pour toi. Dans l'exemple B, si les orages te dérangent quelquefois, tu encercles le 2, ce qui signifie que l'énoncé est parfois vrai pour toi.

		Jamais Vrai	Rarement Vrai	Parfois Vrai	Souvent Vrai
Exemple A	J'ai peur des chiens	0	(1)	2	3
Exemple B	Les orages me dérangent	0	1	(2)	3

Maintenant, réponds au questionnaire par toi-même.

		Jamais Vrai	Rarement Vrai	Parfois Vrai	Souvent Vrai
1.	Je me sens tendu(e) ou crispé(e).	0	1	2	3
2.	Je me demande habituellement la permission de faire quelque chose.	0	1	2	3
3.	Je m'inquiète que d'autres personnes rient de moi.	0	1	2	3
4.	J'ai peur quand mes parents s'en vont.	0	1	2	3
5.	Je perds mon souffle facilement.	0	1	2	3
6.	Je vois du danger partout.	0	1	2	3
7.	L'idée d'aller dans un camp me fait peur.	0	1	2	3
8.	Je me mets à trembler ou à avoir la frousse.	0	1	2	3
9.	Je fais beaucoup d'efforts pour obéir à mes parents et à mes professeurs.	0	1	2	3
10.	J'ai peur que les autres enfants se moquent de moi.	0	1	2	3
11.	J'essais de rester près de ma mère ou de mon père.	0	1	2	3
12.	Je deviens étourdi(e) ou je sens que je vais perdre connaissance.	0	1	2	3
13.	Je vérifie tout avant d'agir.	0	1	2	3


**M A S C**

JOHN MARCH M.D., M.P.H.

Traduction et adaptation par Sophie Leroux et Philippe Robaey (1999)  
Clinique spécialisée d'hyperactivité, Hôpital Sainte-Justine

		Jamals Vrai	Rarement Vrai	Parfois Vrai	Souvent Vrai
14.	J'ai peur d'être interrogé(e) en classe.	0	1	2	3
15.	Je suis agité(e), nerveux(se).	0	1	2	3
16.	J'ai peur que les autres personnes pensent que je suis stupide.	0	1	2	3
17.	Je garde la lumière allumée toute la nuit.	0	1	2	3
18.	J'ai des douleurs à la poitrine.	0	1	2	3
19.	J'évite d'aller à des endroits sans ma famille.	0	1	2	3
20.	Je me sens étrange, bizarre ou irréel(e).	0	1	2	3
21.	J'essaie de faire des choses que les autres personnes vont aimer.	0	1	2	3
22.	Je m'inquiète de ce que les autres pensent de moi.	0	1	2	3
23.	J'évite de regarder des films ou des émissions de télévision.	0	1	2	3
24.	Mon cœur bat vite ou s'arrête un moment.	0	1	2	3
25.	J'évite les choses qui me dérangent.	0	1	2	3
26.	Je dors à côté de quelqu'un de ma famille	0	1	2	3
27.	Je me sens agité(e) et énervé(e).	0	1	2	3
28.	J'essaie de faire les choses le plus parfaitement possible.	0	1	2	3
29.	J'ai peur de faire quelque chose de stupide ou d'embarrassant.	0	1	2	3
30.	J'ai peur quand je me promène en auto ou en autobus.	0	1	2	3
31.	J'ai mal au ventre.	0	1	2	3
32.	Si je deviens troublé(e) ou effrayé(e), je le fais tout de suite savoir à quelqu'un.	0	1	2	3
33.	Je deviens nerveux(se) si je dois faire quelque chose devant un public.	0	1	2	3
34.	Le mauvais temps, la noirceur, les hauteurs, les animaux ou les insectes me font peur.	0	1	2	3
35.	Mes mains tremblent.	0	1	2	3
36.	Je vérifie les choses pour être sûr(e) qu'elles sont sans danger.	0	1	2	3
37.	J'ai de la difficulté à demander aux autres enfants de jouer avec moi.	0	1	2	3
38.	Mes mains sont moites (mouillées) ou froides.	0	1	2	3
39.	Je me sens gêné(e) (timide).	0	1	2	3

Arrête ici. Assure-toi d'avoir répondu à toutes les questions.

**Appendice E**  
Questionnaires des parents : article 1 et 2

## QUESTIONNAIRE D'INFORMATIONS GÉNÉRALES

**1- Répondant**

Mère     Père     Autre : Précisez : \_\_\_\_\_

**2- Quel est le sexe de votre enfant? \_\_\_\_\_**

Fille     Garçon

**3- Quel est l'âge de votre enfant? \_\_\_\_\_**

**4- Quel est votre âge? \_\_\_\_\_**

**5- Est-ce que le français est votre langue maternelle?**

Oui     Non    Précisez : \_\_\_\_\_

**6- Êtes-vous né(e) au Québec?**

Oui     Non    Précisez : \_\_\_\_\_

**7- Où habitez-vous?**

Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Pays : \_\_\_\_\_

**8- Quel est votre dernier degré de scolarité complété?**

- Primaire
- Secondaire
- Collégial
- Universitaire

**9- Quel est votre revenu personnel annuel brut?**

- Moins de 10 000 \$
- 10 000 à 24 999 \$
- 25 000 à 39 999 \$
- 40 000 à 54 999 \$
- 55 000 à 69 999 \$
- 70 000 à 84 999 \$
- 85 000 \$ et plus

**10- Quel est votre état civil?**

- Marié(e)
- Union de fait
- Célibataire
- Divorcé(e)/séparé(e)
- Veuf/veuve

**11- Quelle est votre situation familiale?**

- Famille monoparentale
- Famille biparentale
- Famille reconstituée



## CAG-P-R

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

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

_____	1.	Mon enfant trouve difficile de faire une activité sans que tout soit prévu d'avance.
_____	2.	Mon enfant évite les situations qui lui font penser à des choses stressantes.
_____	3.	Mon enfant dit souvent qu'il est difficile de résoudre un problème avant même d'avoir essayé de trouver une solution.
_____	4.	Mon enfant évite des endroits pour ne pas penser à ce qui lui fait peur.
_____	5.	Mon enfant n'aime pas aller dans un endroit quand il ne sait pas ce qui va se passer.
_____	6.	Mon enfant essaie souvent de ne pas penser aux choses qu'il aura à faire pour ne pas se stresser.
_____	7.	Mon enfant a tendance à voir les problèmes comme un danger.
_____	8.	Il y a des choses auxquelles mon enfant essaie de ne pas penser.
_____	9.	Mon enfant aime mieux toujours tout savoir à l'avance pour éviter les surprises.
_____	10.	Parfois, mon enfant se trouve une activité juste pour ne pas penser aux choses qui le stressent.
_____	11.	Mon enfant voit souvent ses problèmes comme étant plus gros qu'ils ne le sont en réalité.
_____	12.	Quand quelque chose effraie mon enfant, il essaie de se distraire pour éviter d'y penser.
_____	13.	Les autres enfants tolèrent mieux les imprévus que mon enfant.
_____	14.	Mon enfant essaie de penser à autre chose quand un sujet le dérange.
_____	15.	Mon enfant considère les problèmes comme des obstacles qui lui nuisent.
_____	16.	Lorsque quelque chose effraie mon enfant, je pense qu'il se force pour penser à des choses plaisantes.

Version originale de Patrick Gosselin, Ph.D., Université de Sherbrooke, Qc, Canada.  
Adaptation de Marie-Christine Houde-Charron, M. Ps., Université du Québec à Trois-Rivières, Qc, Canada (2008).

## Liste de vérification du comportement des jeunes de 6 à 18 ans (CBCL) :

Répondez à toutes les questions et écrivez en lettres moulées.

Voici une liste de caractéristiques qui s'appliquent à des enfants ou des adolescents. À chaque énoncé qui s'applique à votre enfant, **présentement ou depuis six mois**, encerclez le chiffre 2 si le comportement décrit s'applique toujours ou souvent à votre enfant. Encerclez le 1 s'il s'applique plus ou moins ou parfois à votre enfant. S'il ne s'applique pas à votre enfant, encerclez le 0. Veuillez marquer tous les énoncés du mieux que vous le pouvez, même si certains d'entre eux semblent ne pas s'appliquer à votre enfant.


0 = Ne s'applique pas (d'après ce que vous savez)	1 = Plus ou moins ou parfois vrai	2 = Très vrai ou souvent vrai
0 1 2 1. A un comportement trop jeune pour son âge.	0 1 2 31. A peur d'avoir des pensées ou des comportements répréhensibles.	
0 1 2 2. Boit des boissons alcoolisées sans la permission de ses parents (précisez): _____	0 1 2 32. A l'impression de devoir obligatoirement être parfait(e).	
0 1 2 3. Est souvent en désaccord.	0 1 2 33. A l'impression que personne ne l'aime.	
0 1 2 4. Ne finit pas ce qu'il ou elle commence.	0 1 2 34. A l'impression ou se plaint que les autres «veulent sa peau».	
0 1 2 5. Très peu de choses lui font plaisir.	0 1 2 35. Se sent inférieur(e) ou dévalorisé(e).	
0 1 2 6. Délègue ailleurs qu'à la toilette.	0 1 2 36. Se blesse souvent, a souvent des accidents.	
0 1 2 7. Se vante.	0 1 2 37. Se bagarre souvent.	
0 1 2 8. A de la difficulté à se concentrer ou à porter attention de façon soutenue.	0 1 2 38. Se fait souvent embêter ou taquiner de façon excessive.	
0 1 2 9. Ne peut s'empêcher de penser à certaines choses; a des obsessions (précisez): _____	0 1 2 39. Se tient avec d'autres personnes qui «font des mauvais coups».	
0 1 2 10. A de la difficulté à demeurer tranquillement assis(e), est agité(e) ou a un comportement hyperactif.	0 1 2 40. Entend des sons ou des voix qui n'existent pas (précisez): _____	
0 1 2 11. S'accroche trop aux adultes ou dépend trop des autres.	0 1 2 41. Agit sans réfléchir ou impulsivement.	
0 1 2 12. Se plaint de souffrir de solitude.	0 1 2 42. Préfère être seul(e) qu'être avec d'autres personnes.	
0 1 2 13. Est confus(e) ou semble être perdu(e) dans la brume.	0 1 2 43. Ment ou triche.	
0 1 2 14. Pleure beaucoup.	0 1 2 44. Se ronge les ongles.	
0 1 2 15. Est cruel(le) envers les animaux.	0 1 2 45. Est une personne nerveuse ou tendue.	
0 1 2 16. Se comporte cruellement ou méchamment envers les autres, brime ou harcèle les autres.	0 1 2 46. A des gestes nerveux ou convulsifs, des tics (précisez): _____	
0 1 2 17. Râvasso ou est souvent «dans la lune».	0 1 2 47. Fait des cauchemars.	
0 1 2 18. Tante délibérément de se blesser ou de se tuer.	0 1 2 48. Les autres jeunes ne l'aliment pas.	
0 1 2 19. Exige beaucoup d'attention.	0 1 2 49. Est constipé, ne délègue pas.	
0 1 2 20. Détruit les choses qui lui appartiennent.	0 1 2 50. Est une personne trop craintive ou anxieuse.	
0 1 2 21. Détruit les choses qui appartiennent à la famille ou aux autres.	0 1 2 51. A des étourdissements.	
0 1 2 22. Désobéit à la maison.	0 1 2 52. Se sent trop coupable.	
0 1 2 23. Désobéit à l'école.	0 1 2 53. Mange trop.	
0 1 2 24. Ne mange pas bien.	0 1 2 54. Souffre d'épuisement sans raison valable.	
0 1 2 25. Ne s'entend pas bien avec les autres jeunes.	0 1 2 55. Son poids est trop élevé.	
0 1 2 26. Ne se sent pas coupable après s'être mal comporté(e).	0 1 2 56. A des problèmes de santé sans cause organique reconnue :	
0 1 2 27. Devient facilement en proie à la jalousie.	0 1 2 a) Douleurs ou maux (à l'exclusion des maux de tête ou d'estomac).	
0 1 2 28. Ne respecte pas les règles établies, que ce soit à la maison, à l'école ou ailleurs.	0 1 2 b) Maux de tête.	
0 1 2 29. A peur de certains animaux, de certaines situations ou de certains endroits autres que l'école (précisez): _____	0 1 2 c) Nausées.	
0 1 2 30. A peur d'aller à l'école.	0 1 2 d) Troubles oculaires (qui ne sont pas corrigés par des lunettes) (précisez): _____	
	0 1 2 e) Éruptions ou autres problèmes cutanés.	
	0 1 2 f) Maux ou crampes d'estomac.	
	0 1 2 g) Vomissements.	
	0 1 2 h) Autre (précisez): _____	

Répondez à toutes les questions et écrivez en lettres moulées.

0 = Ne s'applique pas (d'après ce que vous savez)		1 = Plus ou moins ou parfois vrai	2 = Très vrai ou souvent vrai
0 1 2	57. Agresse physiquement les gens.	0 1 2	84. A un comportement bizarre (précisez): _____
0 1 2	58. Se met les doigts dans le nez, s'arrache des morceaux de peau ou se gratte sur d'autres parties du corps (précisez): _____	0 1 2	85. A des idées bizarres (précisez): _____
0 1 2	59. Joue avec ses parties génitales en public.	0 1 2	86. Est têtu(e), maussade ou inimitable.
0 1 2	60. Joue trop avec ses parties génitales.	0 1 2	87. Change d'humeur soudainement.
0 1 2	61. Son travail scolaire est de piètre qualité.	0 1 2	88. Boude beaucoup.
0 1 2	62. A des gestes peu coordonnés ou est maladroit(e).	0 1 2	89. Est méfiant(e).
0 1 2	63. Préfère être avec des jeunes plus âgés.	0 1 2	90. Sacre ou dit des obscénités.
0 1 2	64. Préfère être avec des jeunes moins âgés.	0 1 2	91. Parle de se suicider.
0 1 2	65. Refuse de parler.	0 1 2	92. Parle durant le sommeil ou est somnambule (précisez): _____
0 1 2	66. Répète certains gestes continuellement; a des compulsions (précisez): _____	0 1 2	93. Parle trop.
0 1 2	67. Fait des fugues.	0 1 2	94. Embête les autres ou les taquine de façon excessive.
0 1 2	68. Crie beaucoup.	0 1 2	95. Fait des crises de colère.
0 1 2	69. Est une personne cachottière ou renfermée.	0 1 2	96. Pense trop au sexe.
0 1 2	70. Voit des choses qui n'existent pas (précisez): _____	0 1 2	97. Fait des menaces aux gens.
0 1 2	71. Est facilement gêné(e) ou embarrassé(e).	0 1 2	98. Suce son pouce.
0 1 2	72. Allume des feux.	0 1 2	99. Fume, chique ou prise du tabac.
0 1 2	73. A des problèmes sexuels (précisez): _____	0 1 2	100. Souffre d'insomnie (précisez): _____
0 1 2	74. Essaie d'impressionner les gens ou fait le clown.	0 1 2	101. Fait l'école buissonnière, manque des cours.
0 1 2	75. Est trop timide.	0 1 2	102. Est une personne peu active, lente ou manquant d'énergie.
0 1 2	76. Dort moins que les autres jeunes.	0 1 2	103. Est une personne malheureuse, triste ou déprimée.
0 1 2	77. Dort plus que les autres jeunes pendant la journée ou la nuit (précisez): _____	0 1 2	104. Est particulièrement bruyant(e).
0 1 2	78. Est inattentif ou facilement distrait.	0 1 2	105. Consomme des drogues ou des médicaments pour des raisons autres que médicales (ne considérez pas l'alcool ou le tabac) (précisez): _____
0 1 2	79. Souffre d'un trouble de la parole (précisez): _____	0 1 2	106. Fait du vandalisme.
0 1 2	80. A l'œil hagard.	0 1 2	107. A des incontinences urinaires pendant le jour.
0 1 2	81. Vole à la maison.	0 1 2	108. A des incontinences urinaires la nuit.
0 1 2	82. Vole à d'autres endroits qu'à la maison.	0 1 2	109. A une voix plaintive.
0 1 2	83. Accumule des objets dont il (elle) n'a pas besoin (précisez): _____	0 1 2	110. Souhaite être du sexe opposé.
		0 1 2	111. Est une personne repliée sur elle-même, ne se mêle pas aux autres.
		0 1 2	112. Est une personne inquiète.
		0 1 2	113. Veuillez indiquer tout autre problème qu'a votre enfant et qui ne figure pas ci-dessus : _____
		0 1 2	_____
		0 1 2	_____
		0 1 2	_____

Assurez-vous d'avoir répondu à toutes les questions.

PAGE 4

 Ce logo vert garantit une copie originale.

