

Table des matières

Sommaire	iii
Liste des tableaux	vi
Remerciements	vii
Introduction	1
Contexte théorique	6
L'historique du trouble d'anxiété généralisée (TAG)	7
L'émergence du TAG comme diagnostic officiel	8
Les données épidémiologiques du TAG	10
La notion d'inquiétude excessive	11
Le modèle cognitif du TAG selon Dugas et al. (1998)	15
L'II et l'ONP dans le TAG	22
Étude 1	26
Méthode	27
Participants	28
Instruments de mesure	28
Intolérance à l'incertitude	28
L'attitude ou orientation négative aux problèmes	29
Résultats	30
Statistiques descriptives	30
Analyses corrélationnelles	31

Analyses factorielles exploratoires	31
Analyses factorielles sur la tendance à l'Intolérance à l'incertitude (partie A) et l'Orientation négative au problème	39
Analyse factorielle exploratoire entre la partie B du III et le QAP	43
Discussion	49
Analyses factorielles non-spécifiques	50
Analyses factorielles spécifiques	51
Étude 2	56
Méthode	58
Participants.....	58
Instruments de mesure	58
Résultats	58
Discussion	61
Discussion générale.....	62
Convergences entre l'étude 1 et l'étude 2.....	63
Perspectives futures des recherches scientifiques	65
Implications cliniques de l'essai	67
Forces et limites de l'essai	68
Conclusion	71
Références	74
Appendice A. Analyses factorielles exploratoires entre le III et le QAP : la solution en sept facteurs.....	82
Appendice B. III et QAP	87

Liste des tableaux

Tableau

1. Statistiques descriptives des participants au III et QAP	31
2. Analyse bifactorielle exploratoire entre le III et le QAP	35
3. Analyse factorielle pour les items de la partie A du III et les items du QAP	41
4. Analyse factorielle exploratoire entre la partie B du III et le QAP	45
5. Analyses factorielles confirmatoires : indices <i>Fit</i> des solutions en un et deux facteurs	60

Remerciements

Je tiens à souligner l'aide significative prodiguée par le Dr Frédéric Langlois (directeur de recherche et professeur régulier, UQTR). Il a su m'offrir un soutien tout au long du parcours de ma rédaction. De plus, il aura été un mentor considérable empreint d'une vivacité intellectuelle contagieuse et motivante. Je souhaite également remercier le Dr Patrick Gosselin pour son aide précieuse dans la collecte des données, la réalisation des analyses statistiques et le soutien tout au long de mes années doctorales. Je veux aussi exprimer mes remerciements à la correctrice externe de mon essai, le Dr Geneviève Belleville, ainsi qu'au Dr Marie-Claude Blais, correctrice interne de l'UQTR. Sur une note plus personnelle, je souhaite remercier infiniment ma conjointe pour son soutien motivationnel et émotionnel tout au long de ses longues années d'étude. Finalement, je remercie aussi ma famille, plus spécifiquement mes parents, Guy et Danielle, et ma sœur Geneviève, pour leurs encouragements et leurs soutiens tant motivationnel, émotionnel que financier. Sans oublier ma grand-mère Noëlla, pour sa fierté et ses renforcements positifs à l'égard de mes études dans le domaine de la psychologie.

Introduction

Le phénomène de l'inquiétude est une caractéristique normale du fonctionnement cognitif humain. Qui peut prétendre n'avoir jamais anticipé négativement un événement ou des conséquences reliées à une situation perçue comme étant menaçante? S'inquiéter est commun et est en quelque sorte une conséquence du développement mental de l'être humain. Pour Borkovec (1985), c'est parce que l'être humain a la capacité de se représenter mentalement les événements du passé, liés parfois à des situations négatives et/ou menaçantes, qu'il a aussi la capacité d'anticiper la réapparition de tels événements dans un futur rapproché, et ce, même en l'absence d'une menace réelle. Bien qu'associée à un processus mental raffiné, l'appréhension négative, sans la présence réelle d'une menace dans l'environnement, peut amener le développement d'inquiétudes excessives qui sont à la base du développement de troubles anxieux.

Le trouble d'anxiété généralisée (TAG) se caractérise principalement par la présence d'inquiétudes excessives (American Psychiatric Association, 2000). Le TAG est le troisième trouble anxieux le plus commun avec une prévalence à vie de 5,7 % dans la population nord-américaine (Clark & Beck, 2010). Malgré son importance dans la population, le TAG reste un des troubles anxieux les plus méconnus dans la littérature scientifique (Dugas, 2000).

Depuis maintenant plus d'une décennie, différents chercheurs ont travaillé à élaborer un modèle cognitif du TAG dans le but de mieux expliquer la naissance et le maintien des symptômes liés à l'anxiété généralisée (Dugas et al., 1998). Le modèle est composé de quatre composantes dénotant des vulnérabilités cognitives à la base du TAG : (1) l'intolérance à l'incertitude, (2) l'orientation négative aux problèmes, (3) les croyances positives associées aux inquiétudes et (4) l'évitement cognitif. L'intolérance à l'incertitude est en fait la variable primaire du modèle et différentes études expérimentales ont démontré sa relation causale avec le phénomène de l'inquiétude (Ladouceur, Gosselin, & Dugas, 2000; Ladouceur, Talbot, & Dugas, 1997).

Une récente étude a tenté d'établir la valeur prédictive des quatre variables cognitives du modèle de Dugas et al. (1998) avec l'intensité des symptômes du TAG (Dugas et al., 2007). De cette étude, deux variables spécifiques aux modèles ont démontré une relation significative avec l'intensité des symptômes du TAG, soit l'intolérance à l'incertitude et l'orientation négative aux problèmes. Toutefois, lorsque l'effet de l'intolérance à l'incertitude était contrôlé, l'orientation négative aux problèmes ne représentait plus une variable significative dans la prédiction de l'intensité des symptômes du TAG. Les résultats de cette étude amènent différents questionnements concernant les relations entre les différentes variables cognitives, notamment l'intolérance à l'incertitude et l'orientation négative aux problèmes qui ressortent comme des variables privilégiées dans les cognitions associées au TAG. Un exemple de questionnaire concernant l'intolérance à l'incertitude et l'orientation négative au

problème pourrait être : est-ce que les variables pourraient se chevaucher dans leur nature fondamentale? Plusieurs résultats de recherche ont fait ressortir la force de la relation entre l'intolérance à l'incertitude et l'orientation négative aux problèmes, mais aucune étude ne s'est spécifiquement attardée à la nature de la relation entre ces variables.

Lorsque l'on évalue les résultats des recherches effectuées sur les variables du modèle cognitif du TAG (Dugas et al., 1998), l'intolérance à l'incertitude et l'orientation négative au problème ressortent comme les variables les plus importantes. Il existe une forte relation entre ces deux variables qui reste à clarifier. Une meilleure compréhension des relations, voire du chevauchement entre l'intolérance à l'incertitude et l'orientation négative au problème, pourrait amener une clarification des plans d'interventions actuels. Le présent essai veut clarifier la nature de la relation entre l'intolérance à l'incertitude et l'orientation négative aux problèmes. Pour ce faire, deux études factorielles seront effectuées sur deux échantillons indépendants d'étudiants universitaires qui ont répondu à des questionnaires mesurant les deux variables à l'étude. Les analyses permettront de clarifier s'il existe un chevauchement statistique entre l'intolérance à l'incertitude et l'orientation négative aux problèmes. Une meilleure connaissance des relations entre les vulnérabilités cognitives à l'œuvre dans le TAG pourrait nous permettre de réviser nos plans d'intervention et ainsi d'améliorer l'efficacité de nos traitements.

Le présent essai sera divisé en cinq sections distinctes. Premièrement, un contexte théorique abordera plus spécifiquement l'historique du TAG, la prévalence, la notion d'inquiétudes excessives, le modèle cognitif du TAG de Dugas et al. (1998) et la relation entre l'intolérance à l'incertitude et l'orientation négative aux problèmes. C'est aussi à l'intérieur de cette section que sera explicitée la question de recherche. Deuxièmement, une section sera consacrée à la première étude factorielle de type exploratoire. À l'intérieur de cette dernière, des sous-sections abordant respectivement l'hypothèse propre à cette étude, la méthodologie, les résultats et une discussion des résultats, seront présentés. Troisièmement, une section sera consacrée à la deuxième étude factorielle de type confirmatoire. Encore une fois, des sous-sections traitant de l'hypothèse propre à cette étude, la méthodologie, des résultats et d'une discussion des résultats, seront présentées. Quatrièmement, une section présentera une discussion générale des résultats émanant des deux études factorielles effectuées. Finalement, une cinquième section présentera une conclusion à l'intérieur de laquelle les limites, les forces, les retombées cliniques et les perspectives pour les recherches futures seront abordées.

Contexte théorique

L'historique du trouble d'anxiété généralisée (TAG)

Roemer, Orsillo et Barlow (2002) associent l'origine du TAG au concept de névrose anxieuse, initialement élaboré au sein de la théorie psychanalytique de Freud. La névrose anxieuse était un état caractérisé à la fois de symptômes de panique, d'inquiétudes et de somatisations (Heimberg, Turk, & Mennin, 2004). La deuxième version du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-II, American Psychiatric Association, 1968) a d'ailleurs retenu le diagnostic de névrose anxieuse comme diagnostic officiel. Dans leur relevé historique sur le TAG, Heimberg et al. (2004) ciblent deux événements qui ont apporté un changement majeur dans la conceptualisation de l'anxiété généralisée. Premièrement, une étude de Klein (1964) a démontré que l'Imipramine, un antidépresseur tricyclique, était efficace dans le traitement de la névrose anxieuse mais seulement chez les patients qui manifestaient des symptômes de panique. Cette distinction laissant sous-entendre que la nature des symptômes anxieux (paniques vs inquiétudes) témoignait peut-être de deux maladies différentes. Deuxièmement, un mouvement scientifique préconisant une description factuelle et objective des symptômes associés aux diverses psychopathologies, prenait de plus en plus d'ampleur. Ce mouvement a favorisé les distinctions entre ce qui allait devenir les différents diagnostics du DSM-III.

L'émergence du TAG comme diagnostic officiel

On doit retourner au DSM-III (American Psychiatric Association, 1980) pour voir l'introduction du TAG dans la nomenclature des troubles psychiatriques. À cette époque, les critères diagnostiques étaient : (1) des symptômes reflétant la fatigue, la tension musculaire, (2) des symptômes reflétant l'hyperactivité autonome, (3) la présence d'appréhension incluant des inquiétudes, des peurs et/ou de la rumination, et (4) de l'hypervigilance. Le TAG pouvait être diagnostiqué chez un patient seulement si ce dernier ne présentait aucun critère spécifique aux autres troubles anxieux. Le TAG avait donc un statut résiduel en tant que diagnostic psychologique (Clark & Beck, 2010). Avec l'arrivée du DSM-III-TR (American Psychiatric Association, 1987), le TAG est devenu un diagnostic indépendant des autres troubles anxieux, ce qui a stimulé la recherche dans le domaine de cette psychopathologie (Dugas, 2000). Le critère diagnostique principal est aussi passé de la présence d'appréhension, à la présence d'inquiétudes irréalistes et excessives. Pour recevoir le diagnostic, le client devait présenter les critères du TAG depuis au moins 6 mois, ce qui est plus cohérent avec la nature et/ou tendance chronique de cette pathologie (Dugas & Robichaud, 2007). Le TAG restait tout de même un diagnostic associé à un interjuge modéré, en d'autres mots, très peu de spécialistes s'entendaient sur le diagnostic du TAG auprès d'un même patient ($\kappa = .54$; DiNardo, Moras, Barlow, Rapee, & Brown, 1993). On vit plusieurs changements dans les critères diagnostiques du TAG avec la sortie du DSM-IV/DSM-IV-TR. Si l'on se réfère au DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000), le TAG se caractérise par la présence d'inquiétudes excessives (attentes avec

appréhension) survenant pendant au moins 6 mois, concernant un certain nombre d'activités (notamment le travail, la famille, les finances, etc.). Les individus souffrant d'anxiété généralisée ont de la difficulté à contrôler leurs préoccupations et présentent différents symptômes physiques tels que l'agitation, la fatigabilité, des difficultés de concentration, de l'irritabilité, de la tension musculaire, et/ou des perturbations du sommeil. Les nouveaux critères du TAG ont amélioré la fidélité interjuge de son diagnostic ($\kappa = .86$; Starcevic & Bogojevic, 1999). Malgré l'évolution de la conceptualisation du TAG en tant que diagnostic psychologique, il reste encore du travail à faire afin de mieux comprendre cette pathologie. Le TAG serait le plus méconnu des troubles anxieux (Dugas, 2000) principalement dû au fait qu'il serait moins étudié que les autres troubles anxieux (Byrne & Pachana, 2010; Dugas, Anderson, Deschenes, & Donegan, 2010). Ces propos sont cohérents avec d'autres études qui placent le TAG comme étant le trouble anxieux pour lequel il y a la plus faible fréquence de consultation chez les professionnels de la santé (Bradwejn, Berner, & Shaw, 1992). Par chance, lorsque traité, les traitements cognitivo-comportementaux seraient efficaces dans la réduction des inquiétudes excessives à court et long terme ($Es = -2.47$; Covin, Ouimet, Seeds, & Dozois, 2008). Malgré les limites associées au nombre de recherches effectuées dans le domaine du TAG, il n'en reste pas moins que cette psychopathologie soit très prévalente dans nos sociétés, d'où l'importance d'épurer les concepts et de pousser la recherche dans ce domaine.

Les données épidémiologiques du TAG

Les études épidémiologiques qui ont utilisé les critères diagnostiques du DSM-IV établissent la prévalence du TAG sur 12 mois, entre 0,5 % et 3,7 %, et la prévalence à vie, entre 0,8 % et 6,4 % (Grant et al., 2005). Cette même étude démontre aussi que les femmes seraient deux fois plus à risque que les hommes de développer les symptômes du TAG. Lorsque les critères du TAG sont mesurés auprès d'échantillons provenant des services cliniques de première ligne, une augmentation importante des pourcentages de prévalence peut s'observer. Selon les données de la World Health Organization, 8 % des individus qui se présentent dans les soins de première ligne répondent aux critères du TAG (Maier et al., 2000). Selon ces mêmes données, 25 % des gens qui rencontrent leur médecin pour un problème psychologique ont un diagnostic primaire de TAG. Selon Lépine (2002), le TAG représente le deuxième trouble psychiatrique le plus fréquemment observé dans les centres de santé de première ligne.

Il existe plusieurs incohérences à travers les différentes études épidémiologiques du TAG. Principalement on note qu'il existe un débat quant au seuil clinique pour établir un diagnostic de TAG (Kessler, Walters, & Wittchen, 2004). Selon ces auteurs, ces incohérences pourraient engendrer une sous-estimation de la prévalence du TAG au sein de la société. De plus, lorsque des individus présentant les symptômes du TAG consultent, ce n'est que très rarement pour leurs inquiétudes excessives (Bradwejn et al., 1992). Les individus qui souffrent d'anxiété généralisée en viennent à croire que leur tendance à s'inquiéter est une caractéristique inchangeable de leur personnalité (Dugas,

Ladouceur, Boisvert, & Freeston, 1996). Les individus souffrant d'anxiété généralisée sont plus enclins à consulter des médecins pour leurs symptômes physiques tels l'insomnie et la tension musculaire, ou pour des symptômes psychologiques autres que leurs inquiétudes (Gosselin & Laberge, 2003). Pour complexifier le processus d'évaluation, les individus présentant des inquiétudes excessives n'apparaissent généralement pas anxieux ou tendus lors de leurs premières entrevues (Dugas & Robichaud, 2007). Il est possible que ces difficultés quant à l'évaluation du TAG amènent une sous-estimation des diagnostics réels et des taux de prévalence. Il devient alors primordial de bien comprendre les subtilités des symptômes du TAG dans le but de poser le bon diagnostic. Pour ce faire, la notion d'inquiétudes excessives, qui est le critère central du TAG, se doit d'être approfondie.

La notion d'inquiétude excessive

L'inquiétude a longtemps été un construit indissocié de la notion d'anxiété au sein de la recherche en psychologie (Gosselin & Laberge, 2003). C'est à partir des années 80 que l'on vit apparaître les premières définitions scientifiques de l'inquiétude. Selon différents chercheurs, l'inquiétude peut se définir comme un enchaînement de pensées et d'images chargées d'émotions négatives et difficiles à contrôler (Borkovec, Robinson, Pruzinski, & DePree, 1983). Pour Barlow (1988), l'inquiétude prend généralement la forme d'appréhension à propos d'événements à venir. Macleod, Williams et Bekerian (1991) en sont venus à unir ces deux dernières définitions pour proposer une description

plus large du phénomène de l'inquiétude : l'inquiétude est un phénomène cognitif, accompagné d'une détresse émotionnelle et qui concerne un évènement futur incertain.

Plusieurs auteurs ont tenté de recenser les thèmes les plus souvent associés aux inquiétudes chez des individus souffrant d'anxiété généralisée (Sanderson & Barlow, 1990; Craske, Rapee, Jackel, & Barlow, 1989). Ces individus rapportent généralement s'inquiéter au sujet de la famille, du travail, des finances et/ou de la santé, bref des sujets d'inquiétudes partagés par la population en général. Néanmoins, les individus qui souffrent du TAG s'inquiètent au sujet d'évènements mineurs tels un retard de quelques minutes ou la présence de légers symptômes physiques; évènements qui, pour la majorité des gens, ne sont pas générateurs d'anxiété. Cette particularité est une nuance qui permet de discriminer les inquiétudes normales des inquiétudes excessives (Dugas & Robichaud, 2007).

Lorsque l'on retourne aux écrits scientifiques, on peut noter que l'inquiétude est associée à différentes fonctions. Toutefois, indépendamment des fonctions définies par les auteurs, le but des inquiétudes est toujours de diminuer l'anxiété à court terme. Pour Dugas et al., (1996) l'inquiétude est un processus qui a comme fonction de prévenir la venue d'évènements négatifs afin d'élaborer des stratégies pour résoudre les problématiques éventuelles. Cette fonction est cohérente avec les croyances positives face aux inquiétudes qu'entretiennent les individus souffrant d'inquiétudes excessives (Freeston, Rhéaume, Letarte, Dugas, & Ladouceur, 1994). Bien que l'inquiétude soit en

quelque sorte une tentative de résolution de problème, Borkovec (1985) a observé que les individus présentant des inquiétudes excessives sont des experts dans l'art d'identifier les problèmes potentiels. Toutefois, ces mêmes individus ne se lancent que très rarement dans la recherche de solutions possibles. Tallis, Eysenck et Mathews (1991) ont en partie expliqué ce phénomène en démontrant que les individus qui s'inquiètent excessivement ont un grand besoin de certitude quant à leur taux de réussite lorsqu'ils se lancent dans un processus de résolution de problème. Bien que cette fonction de « préparation aux problèmes » cadre bien avec la réalité clinique du TAG, d'autres chercheurs associent plutôt aux inquiétudes excessives une fonction d'évitement des émotions négatives et des sensations physiologiques déplaisantes.

En effet, différentes recherches ont mises à jour la nature verbale ou conceptuelle des inquiétudes (Borkovec & Lyonfields, 1993; Freeston, Dugas, & Ladouceur, 1996; Rapee, 1993). En d'autres mots, lorsqu'un individu s'inquiète, il rapporte généralement une faible proportion d'images mentales. Les inquiétudes prennent alors la forme d'un discours mental plutôt que d'un enchaînement d'images mentales. Borkovec et Inz (1990) ont d'ailleurs démontré que les individus présentant des inquiétudes excessives rapportent plus de pensées verbales que d'images mentales en période de relaxation, lorsque ces derniers sont comparés à un groupe d'individus non-anxieux. Ces mêmes chercheurs ont aussi démontré qu'en période d'inquiétude, on peut noter une plus grande proportion de pensées verbales (70 % de pensées vs. 30 % d'images mentales), et ce, autant auprès d'échantillons présentant les critères du TAG qu'auprès d'échantillons

d'individus ayant des inquiétudes normales. Une autre recherche a démontré qu'après un processus d'intervention psychologique, les individus qui présentaient des inquiétudes excessives en début de traitement rapportent une plus grande proportion d'images mentales (Borkovec & Hu, 1990). En effet, les images mentales génèrent plus d'activation physiologique que les pensées verbales (Vrana, Cuthbert, & Lang, 1986), ce qui a amené Borkovec à attribuer une fonction d'évitement des ressentis aux inquiétudes excessives.

En regardant globalement les données et les écrits portant sur le phénomène de l'inquiétude, autant en ce qui a trait à la nature de celles-ci qu'aux différentes fonctions attribuées, il est possible de noter que les individus souffrant d'anxiété généralisée s'inquiètent car ils croient que ce processus va les préparer à résoudre des problèmes. Ils ont donc une croyance positive en l'utilisation des inquiétudes puisqu'ils croient en la nature préventive de l'inquiétude. Toutefois, des besoins irréalistes de certitude empêchent ces individus de confronter leurs problèmes. Finalement, on peut aussi noter que lorsqu'un individu s'inquiète, il évite des contenus cognitifs menaçants. Toutes ces particularités témoignent des thématiques cognitives abordées dans le modèle cognitif du TAG de Dugas et al. (1998), à savoir l'incertitude, l'attitude devant les problèmes, les croyances face aux inquiétudes et l'évitement cognitif.

Le modèle cognitif du TAG selon Dugas et al. (1998)

Il existe plusieurs modèles définissant l'étiologie et le maintien des symptômes du TAG; certains modèles expliquent le TAG par des difficultés de régulation émotionnelle (Mennin, Heimberg, Turk, & Fresco, 2002), tandis que d'autres ciblent principalement les dysfonctions cognitives à la base du développement des inquiétudes excessives (Borkovec, Alcaine, & Behar, 2004; Dugas et al., 1998; Wells, & Carter, 2001). Dans le cadre de cet essai, seul le modèle cognitif de Dugas et al. (1998) sera élaboré. Le postulat de base du modèle cognitif de Dugas et al. (1998) est que les individus souffrant d'anxiété généralisée ont de la difficulté à tolérer l'incertitude dans les situations de la vie quotidienne (Dugas, et al., 2007). Le modèle est élaboré à l'aide de quatre processus cognitifs : l'intolérance à l'incertitude, l'évitement cognitif, les croyances positives face aux inquiétudes et l'orientation négative au problème. Le test préliminaire pour la validation du modèle cognitif a démontré que les quatre processus cognitifs sont fortement liés au diagnostic du TAG (Dugas et al., 1998). L'intolérance à l'incertitude est néanmoins la variable clé qui permet la meilleure discrimination entre les individus présentant des inquiétudes modérées versus des inquiétudes excessives (Dugas et al., 1998). Les quatre variables cognitives contribuent significativement à prédire la tendance à s'inquiéter (Dugas, Freeston, & Ladouceur, 1997; Lachance, Ladouceur, & Dugas, 1999).

La première composante du modèle, soit l'intolérance à l'incertitude, est la variable la plus importante dans le modèle cognitif du TAG. L'intolérance à l'incertitude peut se

définir comme une tendance à réagir négativement (sur un plan émotionnel, cognitif et comportemental) à des situations ou des événements teintés d'incertitude (traduction libre; Dugas, Buhr, & Ladouceur, 2004). L'intolérance à l'incertitude est fortement associée à la tendance à s'inquiéter et aux différents symptômes du TAG (Dugas, Gosselin, & Ladouceur, 2001; Freeston et al., 1994). Les individus qui souffrent du TAG présentent des niveaux d'intolérance à l'incertitude plus élevés que des groupes contrôles (sans diagnostic), et des groupes présentant d'autres diagnostics de troubles anxieux (Dugas et al., 1998). Dugas, Marchand et Ladouceur (2005) ont notamment démontré la spécificité de l'intolérance à l'incertitude dans le diagnostic différentiel entre le TAG et le trouble panique avec agoraphobie (TPA). Même si l'intolérance à l'incertitude est plus spécifiquement associée au TAG, plusieurs études ont mis à jour le rôle de cette variable cognitive dans l'étiologie et/ ou le développement de différents troubles anxieux (Dugas et al., 1998; Norton, Sexton, Walker, & Norton, 2005). Concrètement, les individus qui souffrent d'intolérance à l'incertitude perçoivent l'ambiguïté comme étant angoissante et ont de la difficulté à bien fonctionner dans des situations incertaines. L'intolérance à l'incertitude peut amener l'individu à craindre toutes les éventualités négatives probables face une situation jugée problématique. La vie étant constituée d'une multitude d'évènements incertains, les individus souffrant d'anxiété généralisée peuvent développer une crainte constante par rapport aux exigences de la vie quotidienne. Le fait de présenter des hauts niveaux d'intolérance à l'incertitude est associé à des biais dans le processus du traitement de l'information (Dugas, Hedayati et al., 2005). Les individus présentant des hauts niveaux d'intolérance

à l'incertitude présentent plus de préoccupations face à des situations ambiguës et ont tendance à faire des interprétations plus menaçantes de ces situations. Au point de vue clinique, il n'est donc pas étonnant de voir que l'intervention qui cible directement l'intolérance à l'incertitude dans le traitement du TAG permet des résultats significatifs jusqu'à 1 an après la tenue du traitement (Dugas & Ladouceur, 2000).

La deuxième variable suggérée est l'évitement cognitif. L'évitement cognitif se définit comme l'utilisation volontaire ou involontaire de stratégies mentales, dans le but d'éviter des contenus émotionnels et cognitifs menaçants (Dugas & Robichaud, 2007). Comme mentionné précédemment, l'inquiétude en soi est une stratégie qui permet l'évitement des contenus mentaux menaçants. Toutefois, différentes stratégies plus spécifiques sont aussi utilisées par les individus souffrant d'anxiété généralisée. Gosselin, Langlois et al. (2002) ciblent spécifiquement cinq stratégies d'évitement cognitif : (1) la suppression de pensée, (2) la substitution de pensée, (3) la distraction, (4) l'évitement des stimuli déclenchant les pensées désagréables, et (5) la transformation d'images en pensées. Les citations ci-dessous sont d'ailleurs tirées de l'article de Gosselin, Langlois et al. (2002). La suppression de pensée consiste en un effort cognitif pour éviter une pensée dérangeante (ex : « il ne faut pas que je pense à cela »). La substitution de pensée consiste en un remplacement d'une pensée désagréable par une pensée plus agréable ou neutre (ex : « je pense à mes loisirs plutôt qu'à un conflit »). La distraction consiste à accomplir une action afin d'écarter une pensée dérangeante (ex : « je me distrais pour éviter de penser à certains sujets troublants »). L'évitement des

stimuli déclenchant les pensées désagréables consiste à éluder les stimuli (ex., situations, personnes, objets, etc.) entraînant une pensée angoissante. La transformation d'images en pensées consiste à remplacer les images menaçantes que comportent une pensée par un discours verbal intérieur (ex : « je remplace les images menaçantes que j'ai en tête par un discours intérieur »). L'étude de Gosselin et al. (2002) démontre que les cinq stratégies d'évitement cognitif sont distinctes les unes des autres lorsque mesuré sur un échantillon présentant une forte tendance à l'inquiétude. Il est à noter que le processus d'évitement cognitif ne représente pas forcément un problème, tout comme une faible utilisation des stratégies d'évitement cognitif. En soi, faire de l'évitement cognitif peut même être une stratégie adaptative. Toutefois, si un individu utilise plusieurs stratégies différentes et sur une fréquence régulière dans le but de réprimer des contenus émotionnels, l'évitement cognitif peut devenir non fonctionnel.

La troisième variable du modèle cognitif se représente par des croyances positives face aux inquiétudes. Ces individus peuvent entretenir des pensées telles : « si je m'inquiète, je peux prévenir l'occurrence des événements négatifs » ou « si je m'inquiète, je serai moins déçu si l'évènement négatif survient » (Gosselin & Laberge, 2003). Les croyances positives face aux inquiétudes sont reliées à l'intensité des inquiétudes (Freeston et al., 1994). Autrement dit, plus un individu présente des inquiétudes, plus il aurait tendance à entretenir des croyances positives dans le fait de s'inquiéter. Dès lors, lorsque des sujets présentant un diagnostic de TAG sont comparés à des sujets présentant des inquiétudes modérées, les sujets TAG croient encore plus

fortement que l'inquiétude est une stratégie qui amène à la résolution de problème et/ou qui prévient l'occurrence de conséquences négatives (Ladouceur, Blais, Freeston, & Dugas, 1998). Ces croyances sont maintenues par un processus de renforcement négatif; les événements appréhendés ne survenant pas, la croyance en l'utilité des inquiétudes est donc confirmée (Dugas et al., 1998). Malgré la présence de cette variable cognitive dans le tableau clinique du TAG, les croyances positives face aux inquiétudes ne sont que faiblement associées à la prédiction de la sévérité du TAG (Dugas et al., 2007). Cette variable cognitive serait associée au développement initial des inquiétudes excessives plutôt qu'au maintien et à la sévérité à long terme des symptômes du TAG (Holowka, Dugas, Francis, & Laugesen, 2000).

La quatrième variable du modèle cognitif du TAG est l'orientation négative face aux problèmes. Plusieurs études ont mises à jour la relation entre le développement du TAG et la résolution des problèmes quotidiens ou sociaux (D'Zurilla, 1986; Gosselin, Dugas, & Ladouceur, 2002). Afin de bien saisir la nature de la quatrième variable du modèle cognitif du TAG, il est primordial de bien comprendre la définition d'un problème social. Un problème social « consiste en une situation de vie qui exige une réponse ou une solution pour s'adapter efficacement, mais pour laquelle aucune réponse ou solution efficace n'apparaît disponible à l'individu » (Gosselin, Dugas, & Ladouceur, 2002). Le construit de résolution de problèmes sociaux se définit « comme toute résolution de problème se produisant dans l'environnement naturel de l'individu » (D'Zurilla & Nezu, 1982). Le construit de résolution de problèmes sociaux est un

processus cognitif et comportemental par lequel un individu tente de trouver une ou des solutions pour s'adapter aux problèmes de la vie de tous les jours (D'Zurilla & Maydeu-Olivares, 1995). Plus spécifiquement, D'Zurilla et ses collaborateurs ont construit un modèle théorique qui définit les processus cognitifs et comportementaux à l'œuvre dans la résolution de problème. Deux variables sont impliquées : (1) les attitudes face aux problèmes et (2) les habiletés spécifiques à résoudre les problèmes.

Selon Gosselin, Dugas et Ladouceur (2002), les attitudes face aux problèmes se caractérisent principalement par un processus motivationnel qui reflète les pensées d'un individu à l'égard des problèmes quotidiens et de ses habiletés pour les résoudre. Il existe deux types d'attitudes face aux problèmes : (1) l'attitude négative et/ou inefficace face aux problèmes et (2) l'attitude positive et/ou efficace face aux problèmes. Une personne ayant une attitude négative face aux problèmes entretient de fausses croyances pessimistes à l'égard de sa capacité à résoudre les problèmes quotidiens (ex., il m'est impossible de résoudre mes problèmes), des problèmes en soi (ex., ce problème est insurmontable), ainsi que sur les conséquences potentielles d'une résolution de problème (ex., c'est inutile pour moi de tenter de résoudre cette problématique). À l'opposé, une personne ayant une attitude positive face aux problèmes sera optimiste par rapport à ses capacités, aux problèmes et aux conséquences ultérieures.

Les habiletés spécifiques à résoudre les problèmes consistent en des habiletés rationnelles à trouver une solution à un problème (D'Zurilla & Chang, 1995). Plus

précisément, ces habiletés sont (1) la formulation et la définition du problème, (2) l'élaboration de solutions alternatives, (3) la prise de décision et (4) l'exécution et la vérification de la solution. Malgré l'importance des habiletés spécifiques à résoudre les problèmes, plusieurs études ont démontré que la particularité des individus souffrant d'anxiété généralisée réside plutôt dans leur orientation et/ou attitude face aux problèmes (Davey, 1994; Dugas, Letarte, Rhéaume, Freeston, & Ladouceur, 1995). Certaines études n'ont trouvé aucune différence significative entre les habiletés spécifiques à résoudre les problèmes de participants ayant des inquiétudes excessives versus des participants ayant des inquiétudes modérées, voir faible (Ladouceur et al., Dugas, 1998). Aussi, les habiletés de résolution de problèmes ne prédiraient pas significativement la tendance à s'inquiéter, contrairement à l'ONP (Dugas et al., 1996). Des auteurs suggèrent que la présence de l'ONP serait un frein pour la mise en place des habiletés de résolution de problèmes chez les individus ayant un TAG (Dugas & Ladouceur, 1998; Robichaud, Dugas, & Conway, 2003). À défaut de se lancer dans la recherche et la mise en place de solutions, les individus ayant une attitude inefficace face aux problèmes exigent un niveau élevé de preuve quant à une résolution possible de la problématique (Tallis et al., 1991). Ladouceur et al. (1997) ont clarifié cette hypothèse en démontrant que devant une tâche présentant des stimuli ambigus, les participants présentant un haut niveau d'intolérance à l'incertitude se différenciaient des participants présentant un niveau modéré d'intolérance à l'incertitude, en allant chercher plus de preuves avant de conclure leur tâche. Bien que certains auteurs expliquent la recherche de preuve comme la répétition systématique des premières étapes du modèle de

résolution de problème (Borkovec, 1985), il est aussi possible d'y voir une recherche de certitude. Selon le Petit Larousse (2007), une preuve consiste en « *ce qui établit la vérité de quelque chose et en une opération par laquelle on contrôle l'exactitude* ». D'une part la vérité ou l'exactitude, traduit bien l'absence d'incertitude recherchée par un individu souffrant d'anxiété généralisée. Cette tendance chez les individus ayant un TAG à rechercher la certitude avant de se lancer dans un processus de résolution de problèmes pourrait suggérer la présence d'une forte relation entre l'intolérance à l'incertitude et l'orientation négative au problème. La prochaine section se penchera plus spécifiquement sur la relation entre ces deux variables cognitives.

L'II et l'ONP dans le TAG

Comme il a été démontré précédemment, le lien entre le TAG et la résolution de problème est clarifié depuis un bon moment. La relation plus spécifique entre l'II et l'orientation négative au problème bien qu'approfondie, reste encore à éclaircir. Dugas et al. (1997) se sont penchés plus spécifiquement sur le lien entre l'II et l'orientation générale au problème. Leurs résultats de recherches ont pu démontrer la contribution commune des construits de l'II et de l'orientation émotionnelle au problème dans la prédiction des symptômes d'inquiétudes. Plus précisément, lorsque dans un modèle de régression hiérarchique l'II était entrée avant l'orientation émotionnelle au problème, les variances expliquées par chacune des variables étaient respectivement de 16,3 % et 4,6 %. Inversement, lorsque l'orientation émotionnelle au problème était analysée avant l'II, les variances expliquées étaient de 15,3 % et 5,6 % respectivement. Dans les deux

cas, les variances totales sont identiques ($S^2 = 20, 9 \%$). Malgré la contribution complémentaire des deux construits, l'hypothèse émise était toutefois que l'II était un construit de plus haut niveau dans l'explication des inquiétudes, c'est-à-dire un construit qui risquait d'être plus significatif dans la nature du lien causal entre les processus cognitifs et le symptôme d'inquiétude.

Après la concrétisation du modèle cognitif du TAG et l'identification de l'orientation négative au problème comme variable explicatrice du développement des inquiétudes, plusieurs résultats de recherche ont démontré les liens importants entre l'II et l'ONP. Tout d'abord, il est possible d'observer de fortes corrélations entre l'II et l'ONP dans plusieurs études utilisant des questionnaires anglophones ou francophones pour mesurer les deux construits ($r = 0,61$; $p < 0,001$; Dugas et al., 2007 $r = 0,73$; $p < 0,001$; Gosselin et al., 2005). De plus, une étude de Dugas et al. (2007) a démontré que bien que les quatre composantes du modèle sont significativement corrélées avec la sévérité des symptômes du TAG, c'est l'II et l'ONP qui présentent les associations les plus robustes. En effet, lorsque l'âge, le sexe et les symptômes dépressifs sont contrôlés au sein de corrélations partielles, seules l'II et l'ONP conservent des liens significatifs avec la sévérité du TAG. Toutefois, en poussant encore plus loin les analyses, les auteurs ont démontré qu'au sein de régressions linéaires, lorsque l'effet de l'II est contrôlé, l'ONP ne prédit plus significativement les symptômes du TAG. En résumé, ces résultats de recherche démontrent l'importance de l'II et de l'ONP dans le modèle cognitif du TAG et indirectement, la force de la relation spécifique entre l'II et l'ONP dans la

sévérité du TAG. Il peut paraître contradictoire que certaines études démontrent la spécificité de chacune des variables du modèle cognitif du TAG alors que d'autres démontrent l'absence d'explication spécifique de ces mêmes variables. Ces contradictions s'expliquent principalement par les types d'analyses statistiques utilisés, plus particulièrement entre l'utilisation d'une régression « linéaire » où les variables sont considérées dans un bloc versus une régression de type « pas à pas » (Tabachnick & Fidell, 2007). Dans l'utilisation d'une régression linéaire en bloc, on s'intéresse au pourcentage de variance expliquée par une ensemble de variable alors que dans une régression de type « pas à pas », on s'intéresse à l'explication de variance unique de plusieurs variables (variables x) sur un modèle (variable y). Il n'est donc pas étonnant que selon la question de recherche et donc l'utilisation d'une ou l'autre des méthodes de régression statistique, que les résultats diffèrent.

Il existe donc plusieurs indices dénotant une forte relation entre les construits de l'II et de l'ONP. Jusqu'à maintenant, aucune étude ne s'est attardée précisément à clarifier la relation entre ces deux construits. Il est choisi ici de s'attarder plus spécifiquement sur la relation entre l'II et l'ONP car selon différentes données, ce sont les deux variables du modèle cognitif du TAG qui ressortent comme étant les plus discriminantes et significatives dans l'explications des symptômes. Bien que l'étude de Dugas et al. (1997) se soit penchée sur la relation entre l'II et l'orientation au problème, la mesure de l'orientation au problème était opérationnalisée par le biais de trois sous-échelles (cognitive, émotionnelle et comportementale). Le questionnaire ne mesurait donc pas

spécifiquement l'attitude négative au problème. Le but de cette recherche est donc de clarifier la relation entre l'II et l'ONP. La question générale de recherche à laquelle cet essai tentera de répondre est : Quelle est la nature de la relation entre l'II et l'ONP? Pour ce faire, deux études sont effectuées auprès de deux échantillons différents. La première étude tentera de clarifier la nature de la relation entre l'II et l'ONP. La deuxième étude tentera de confirmer les résultats démontrés dans la première étude. Deux questionnaires mesurant les construits à l'étude sont utilisés afin de répondre à la question de recherche. Aussi, pour pallier à l'utilisation d'une mesure plus générale de l'orientation au problème dans l'étude de Dugas et al. (1997), un instrument de mesure adressant spécifiquement l'ONP sera utilisé.

Étude 1

Cette étude a pour but de clarifier la relation entre l'II et l'ONP. Plus spécifiquement, l'objectif est d'aller tester la possibilité d'un chevauchement statistique et donc conceptuel entre l'II et l'ONP. Pour ce faire, des analyses factorielles exploratoires entre les items de deux questionnaires mesurant les construits à l'étude, seront effectués. Deux approches seront privilégiées : (1) des analyses factorielles non-spécifiques, c'est-à-dire traitant les 57 items des deux questionnaires sans distinction d'échelle/dimension, et (2) des analyses factorielles spécifiques, c'est-à-dire entre les différentes dimensions des questionnaires utilisés. Dans l'ensemble, l'hypothèse de l'étude est que des chevauchements statistiques seront observés entre les items des questionnaires mesurant l'II et l'ONP. Autrement dit, il est attendu que cette première étude exploratoire démontre un chevauchement conceptuel entre l'II et l'ONP.

Méthode

La présente section expose les divers éléments qui ont servi à la réalisation de cette recherche. Dans un premier temps, une description de l'échantillon à l'étude sera présentée, de même que les détails de la procédure utilisée. Dans un deuxième temps, les questionnaires utilisés seront présentés, ainsi que leurs propriétés psychométriques.

Participants

L'échantillon utilisé dans le cadre de cet essai résulte de l'agglomération de différents échantillons utilisés pour des recherches sur les processus cognitifs du TAG. Le présent échantillon totalise 928 étudiants universitaires. Ces participants ont été recrutés à l'Université de Sherbrooke dans le cadre des cours au baccalauréat en psychologie. Les étudiants étaient informés de la nature de l'étude c'est-à-dire la mesure des processus cognitifs dans le TAG. Les étudiants ont été invités à répondre le plus spontanément et honnêtement possible. L'échantillon est constitué de 333 hommes et 585 femmes (10 données manquantes). L'âge des participants varie entre 17 et 55 ans et l'âge moyen est de 22 ans ($ET : 4,07$).

Instruments de mesure

Intolérance à l'incertitude. L'inventaire d'Intolérance à l'Incertitude (III; Gosselin et al., 2008) est un questionnaire (45 items) qui se divise en deux sous-échelles ou parties : la première partie (partie A; 15 items) mesure la tendance à présenter une intolérance à l'incertitude (ex., « J'ai de la difficulté à supporter qu'un imprévu puisse survenir »), et la deuxième partie (partie B; 30 items) mesure six manifestations/conséquences cognitives et comportementales de l'intolérance à l'incertitude (l'exagération de la probabilité d'occurrence d'un événement négatif, l'évitement, des inquiétudes, des comportements de réassurance, du doute et un besoin de contrôle). Un score élevé à la partie A indique donc une forte tendance à l'II tandis qu'un score élevé à la partie B traduit une présence importante de

manifestations/conséquences liées à l'II. Chacune des deux parties présente d'excellents indices de cohérence interne (partie A $\alpha = 0,93$; partie B $\alpha = 0,96$). Selon Gosselin et al. (2008), l'III présente une bonne validité convergente, des corrélations significatives pouvant être observées avec le *Questionnaire des Inquiétudes de Penn State* (QIPS; $r(\text{partie A}) = 0,58$; $p < 0,001$; $r(\text{partie B}) = 0,67$; $p < 0,001$), l'*Inventaire de Dépression de Beck* (BDI; $r(\text{partie A}) = 0,41$; $p < 0,001$; $r(\text{partie B}) = 0,42$; $p < 0,001$) et l'*Inventaire de Padova* (IP; $r_{(\text{partie A})} = 0,43$; $p < 0,001$; $r_{(\text{partie B})} = 0,47$; $p < 0,001$) qui mesure les symptômes du TOC. L'III démontre aussi une bonne fidélité temporelle pour une période de cinq semaines, des corrélations de 0,76 et 0,75 ayant été obtenues pour les parties A et B respectivement (Gosselin et al., 2008).

L'attitude ou orientation négative aux problèmes. Le Questionnaire d'Attitudes face aux Problèmes (QAP; Gosselin et al., 2005) est une mesure de 12 items évaluant l'attitude des gens face aux problèmes de la vie quotidienne (ex., « J'ai tendance à voir les problèmes comme un danger »). Un score élevé au QAP indique la présence d'une orientation négative au problème chez le participant. Le QAP possède une excellente cohérence interne ($\alpha = 0,90$) et une bonne stabilité temporelle sur une période de cinq semaines ($r = 0,83$). Le QAP démontre une validité convergente et divergente, corrélant positivement avec la sous-échelle d'attitudes négatives aux problèmes de l'*Inventaire de Résolution de Problèmes Sociaux-Révisé* (IRPS-R; Maydeu-Olivares & D'Zurilla, 1996; traduction française du questionnaire : Gosselin et al., 2002) et corrélant négativement avec la sous-échelle de résolution rationnelle des problèmes du IRPS-R.

Résultats

La présente section expose les résultats des statistiques descriptives des résultats au III et au QAP de l'échantillon, les corrélations entre les différentes variables, ainsi que les analyses factorielles exploratoires effectuées sur les items du III et du QAP.

Statistiques descriptives

Le tableau 1 présente les scores minimums, les scores maximums, les scores moyens et les écarts-types des participants au III (partie A et partie B) et au QAP. Il est à noter que l'échantillon présente 19 données manquantes pour les réponses au QAP, neuf données manquantes pour les réponses à la partie A du III, et 12 données manquantes pour la partie B du III.

Tableau 1

Statistiques descriptives des participants au III et QAP

	Scores minimums	Scores maximums	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>N</i>
QAP	12	60	23,11	9,18	909
III 1	15	75	33,30	12,34	919
III 2	30	150	60,04	23,85	916

Analyses corrélationnelles

Des analyses corrélationnelles ont été effectuées comme pré-requis aux analyses factorielles exploratoires. L'absence de liens significatifs diminuerait la pertinence d'approfondir l'étude du lien entre l'II et le QAP. Les résultats démontrent que le QAP est fortement lié à tendance à l'Intolérance à l'incertitude ($r_{(908)} = 0,64; p < 0,01$) et aux manifestations/conséquences cognitives et comportementales de l'Intolérance à l'incertitude ($r_{(908)} = 0,76; p < 0,01$). Les résultats démontrent aussi que les parties A et B du III sont fortement liées ($r_{(915)} = 0,84; p < 0,01$). La force des corrélations entre le III et le QAP démontre la pertinence de tester d'une manière plus approfondie la relation entre l'Intolérance à l'incertitude et l'orientation négative au problème.

Analyses factorielles exploratoires

Avant de procéder aux analyses factorielles, le déterminant de la matrice de corrélation et la mesure de *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO) de l'adéquation de l'échantillon ont été vérifiées (Dassa, 1999). Les résultats aux pré-requis sont obtenus lorsque

l'ensemble des items du III (45 items) et du QAP (12 items) sont entrés dans l'analyse factorielle exploratoire. Le déterminant de la matrice de corrélation est différent de 0 ($|R| = 1,63^E-023$) ce qui démontre que malgré les forts liens présentés précédemment, il n'y a pas la présence d'une redondance dans les données à l'étude. L'indice KMO (0,98) présente une excellente valeur d'adéquation de l'échantillonnage ce qui nous indique que les données se prêtent parfaitement à l'analyse factorielle (Baillargeon, 2003).

Afin de vérifier la nature du lien entre l'II et l'ONP, une première analyse factorielle avec rotation Varimax et utilisant le « maximum de vraisemblance » comme méthode d'extraction, est effectuée sur les 57 items à l'étude. L'analyse factorielle exploratoire est utilisée plutôt que l'analyse en composantes principales étant donnée la variance commune entre l'II et l'ONP (Baillargeon, 2003). En se basant sur les valeurs Eigen, une structure en sept facteurs expliquant respectivement 18,79 %, 14,97 %, 7,47 %, 7,08 %, 7,03 %, 6,41 % et 3,26 % (pour une variance totale de 65 %), est obtenue. Le graphique d'accumulation de Cattell (« Scree test ») fait plutôt ressortir une structure en deux facteurs. Étant donné la sous-représentation de cinq des sept facteurs ressortis sur la base des valeurs Eigen (variance inférieure à 10 %), le critère du graphique d'accumulation de Cattell est privilégié dans le choix du nombre de facteurs à extraire. Bien que le choix de deux facteurs puissent paraître curieux considérant la présence de trois dimensions sur deux mesures différentes, la convergence d'indice statistique ainsi que l'hypothèse d'un chevauchement statistique potentiel supporte l'exploration en deux facteurs.

Malgré la faible variance obtenue par ces cinq facteurs, les résultats présentent une séparation claire et cohérente entre les items du III et du QAP. Les 12 items du QAP ressortent comme un facteur indépendant et lorsque le seuil d'itération est à 0,30, il n'y a aucun chevauchement statistique entre les items des deux questionnaires à l'étude. Aussi, aucun des 57 items ne présente une pondération factorielle inférieure à 0,30 (Tabachnick & Fidell, 2007). L'item présentant la plus faible pondération factorielle (item 25 = 0,39) demeure tout de même dans sa dimension d'origine (Gosselin et al., 2008). On peut aussi noter la fusion entre le facteur représentant la tendance à l'intolérance à l'incertitude (partie A du III; items 1 à 15) et les items de la sous-échelle « inquiétude » de la partie B du III (items 6, 15, 17, 20 et 28). L'appendice A présente le tableau des résultats de l'analyse factorielle en sept facteurs pour les 57 items à l'étude.

En se basant sur le graphique d'accumulation de variance de Cattell, une analyse factorielle avec rotation Varimax et utilisant le « maximum de vraisemblance » comme méthode d'extraction est effectuée en forçant l'extraction à deux facteurs. Une extraction en deux facteurs est forcée afin de tester la validité du graphique d'accumulation de variance de Cattell. La normalisation de Kaiser fait ressortir une structure en deux facteurs expliquant une variance cumulative de 52,93 % pour des variances respectives de 27,31 % et de 25,62 %. Le premier facteur est constitué des items de la partie A du III et de 15 items de la partie B du III, à savoir les items des sous-échelles « inquiétudes », « évitement » et « contrôle ». Le deuxième facteur est constitué des 12 items du QAP et de 15 items de la partie B du III. Plus spécifiquement, le

deuxième facteur est constitué des sous-échelles « doute », « réassurance » et « exagération » de la partie B du III et les 12 items du QAP. Les manifestations/conséquences de l'II se séparent donc en deux groupes d'items pour former les deux facteurs. À un seuil d'itération fixé à 0,30, une majorité d'items présentent des doubles itérations (37 des 57 items), c'est-à-dire une corrélation supérieure au seuil fixé pour les deux facteurs extraits. Les pondérations factorielles oscillent entre 0,31 et 0,83. Le tableau 2 présente les résultats de l'analyse factorielle en forçant l'extraction en deux facteurs.

Tableau 2

Analyse bifactorielle exploratoire entre le III et le QAP

	Facteurs	
	1	2
IIIA-11. Je trouve inacceptable que la vie soi indéterminée	0,76	
IIIA-14. Je tolère mal d'être incertain-e au sujet de mon avenir	0,74	
IIIA-9. Je supporte mal la possibilité qu'il puisse m'arriver un évènement négatif	0,73	
IIIB-17. Les situations incertaines m'inquiètent	0,70	0,49
IIIB-20. Penser que quelque chose d'inattendu puisse survenir m'inquiète	0,70	0,47
IIIB-10. Je dois tout contrôler pour empêcher les conséquences négatives de survenir	0,69	
IIIB-06. Je m'en fais beaucoup pour les incertitudes de la vie	0,67	0,49
IIIB-18. Lorsque je suis incertain-e de ce qui va arriver, j'essai de tout contrôler	0,67	
IIIA-04. Je trouve intolérable que certaines facettes de la vie ne soient déterminées à l'avance	0,66	
IIIA-07. Je trouve intolérable d'avoir à faire face à des situations imprévisibles	0,66	
IIIB-27. Je préfère tout contrôler afin de diminuer les incertitudes	0,66	
IIIB-28. Ne pas savoir ce que l'avenir me réserve m'amène à m'inquiéter	0,66	0,43
IIIA-02. Je trouve insupportable de ne pas avoir de garantie dans la vie	0,66	
IIIA-12. Lorsque je pense que quelque chose de négatif peut se produire, j'accepte difficilement de demeurer dans l'incertitude	0,65	
IIIA-08. Je supporte peu les situations dans lesquelles je ne sais pas ce qu'il va se passer	0,65	

Tableau 2

Analyse bifactorielle exploratoire entre le III et le QAP (suite)

	Facteurs	
	1	2
IIIA-10. Les délais d'attente sont insoutenables pour moi quand je ne sais pas ce qui va se passer	0,64	
IIIB-15. J'ai tendance à m'inquiéter lorsque je suis incertain-e de ce qui va se passer	0,63	0,54
IIIA-01. J'accepte difficile que l'avenir soit incertain	0,62	
IIIB-12. J'évite les situations qui sont susceptibles de présenter des imprévus	0,61	
IIIA-05. Je supporte mal que la possibilité qu'il puisse m'arriver un évènement négatif	0,61	
IIIA-03. Les autres semblent mieux tolérer l'incertitude que moi	0,59	0,41
IIIA-15. J'ai besoin de certitudes dans ce que j'entreprends	0,59	
IIIA-06. Lorsque j'attends une nouvelle importante, je supporte mal de rester dans l'incertitude	0,55	
IIIB-24. J'ai tendance à vouloir contrôler les activités de mes proches afin de diminuer les chances qu'il leur arrive quelque chose	0,55	
IIIB-22. J'ai tendance à ne pas m'engager dans les activités qui comportent une part d'incertitude	0,55	0,41
IIIB-01. Je préfère éviter les situations incertaines	0,55	
IIIA-13. J'aimerais mieux savoir tout et tout de suite plutôt que de rester dans l'incertitude	0,54	
IIIB-08. La possibilité qu'un évènement négatif survienne m'amène à éviter certaines activités	0,50	0,44
IIIB-04. J'ai tendance à vouloir diriger les autres pour ne pas qu'un imprévu leur arrive	0,50	

Tableau 2

Analyse bifactorielle exploratoire entre le III et le QAP (suite)

	Facteurs	
	1	2
IIIB-26. Je préfère plutôt laisser tomber un projet plutôt que d'avoir à vivre dans l'incertitude	0,47	
QAP-05. Lorsque je tente de résoudre un problème, je remets souvent en question mes habiletés		0,83
QAP-02. Je doute souvent de mes capacités à résoudre des problèmes		0,78
QAP-09. Ma première réaction devant un problème est de remettre en question mes habiletés		0,77
IIIB-21. Lorsque je suis incertain-e, j'ai tendance à douter de mes capacités		0,74
QAP-03. Souvent, avant même d'avoir essayé de trouver une solution, je me dis qu'il est difficile de résoudre un problème		0,72
IIIB-07. Je doute souvent de moi lorsque la situation est incertaine	0,42	0,72
QAP-06. Souvent, j'ai l'impression que les problèmes qui m'arrivent ne peuvent pas être résolus		0,71
QAP-04. Les problèmes qui m'arrivent me semblent souvent insurmontables		0,71
QAP-10. Je perçois souvent mes problèmes comme étant plus gros qu'ils le sont en réalité		0,70
QAP-11. Même si j'ai regardé un problème sous tous les angles possibles, je me demande encore si la solution que j'ai retenue va être efficace		0,66
IIIB-30. J'ai souvent à remettre mes choix en question lorsque je suis incertain-e de ce qui va se passer	0,45	0,66
QAP-07. Même si j'arrive à voir certaines solutions à mes problèmes, je doute qu'ils pourront se régler facilement		0,66

Tableau 2

Analyse bifactorielle exploratoire entre le III et le QAP (suite)

	Facteurs	
	1	2
IIIB-02. Lorsque je me retrouve dans une situation incertaine, j'ai tendance à douter de ce que je fais	0,43	0,62
IIIB-29. En situation d'incertitude, j'ai tendance à exagérer les chances que les choses se déroulent mal	0,50	0,62
IIIB-23. Lorsque je suis incertain-e, j'ai tendance à surestimer les chances que les événements tournent mal	0,51	0,62
IIIB-13. Lorsque l'issue d'un événement est incertaine, je doute souvent d'avoir fait tout ce qu'il fallait	0,44	0,61
IIIB-14. Lorsqu'un événement négatif est possible, je surestime souvent les probabilités qu'il se produise	0,48	0,59
IIIB-19. J'ai tendance à surestimer la probabilité qu'un malheur arrive lorsque je ne sais pas ce qu'il va se passer	0,53	0,58
IIIB-03. J'exagère souvent les chances que le pire arrive lorsqu'un imprévu se présente	0,45	0,57
QAP-12. Je considère les problèmes comme des obstacles qui perturbent mon fonctionnement		0,57
QAP-08. J'ai tendance à voir les problèmes comme un danger		0,57
IIIB-25. Même s'il y a peu de chances qu'un événement négatif survienne, on doit souvent me répéter que tout ira bien	0,47	0,55
IIIB-09. Lorsque je suis incertain-e, j'ai besoin d'être rassuré-e par les autres	0,41	0,54
IIIB-05. J'ai souvent recours aux autres pour me rassurer lorsque je ne sais pas ce qui va se passer	0,41	0,51
IIIB-16. Je demande souvent la même information à plusieurs personnes pour me rassurer face à ce qui va se passer	0,42	0,50

Tableau 2

Analyse bifactorielle exploratoire entre le III et le QAP (suite)

	Facteurs	
	1	2
QAP-01. Je perçois mes problèmes comme étant menaçants à mon bien-être		0,48
IIIB-11. J'ai tendance à demander l'opinion des autres lorsque je suis incertain-e de ce qui va se passer		0,47

Note. Seules les pondérations supérieures à .30 sont présentées.

Le chevauchement important entre les résultats des deux facteurs présentés ci-dessus (37 itérations doubles) ajouté à la séparation franche des items de la partie B du III sur les deux facteurs, ne nous permet pas de dégager un portrait clair en ce qui a trait à la nature des construits. Afin de clarifier une ou des explications propres à ce chevauchement statistique, de plus amples analyses seront effectués entre les dimensions du III et les items du QAP.

Analyses factorielles sur la tendance à l'Intolérance à l'incertitude (partie A) et l'Orientation négative au problème. Afin de vérifier la nature du lien entre la tendance à l'intolérance à l'incertitude et le QAP, une première analyse factorielle exploratoire est effectuée entre les items du QAP et les items de la partie A du III. Une première analyse factorielle avec rotation Varimax est donc réalisée en utilisant le « maximum de vraisemblance » comme méthode d'extraction. En se basant sur les valeurs Eigen, une structure en trois facteurs expliquant respectivement 25,66 %, 23,98 % et 8,95 % de la variance totale est obtenue. Le graphique d'accumulation de variance de Cattell (« Scree

test ») suggère plutôt une structure en deux facteurs. Ce critère est privilégié pour trois raisons statistiques: (1) la faible variance expliquée par le troisième facteur (variance inférieure à 10 %), (2) la présence de quatre itérations doubles sur les cinq items du troisième facteur et (3) la présence d'itération équivalente entre le deuxième et le troisième facteur (ex., itération de 0,48 autant sur le deuxième que sur le troisième facteur). Finalement, la présence de doubles itérations supérieures à 0,40 se retrouve uniquement sur les items du III (partie A). Gosselin et al. (2008) ont confirmé la structure en un facteur de la partie A du III, ce qui valide aussi le critère privilégié (l'autre facteur étant le QAP).

Une analyse factorielle avec rotation Varimax et utilisant le maximum de vraisemblance comme méthode d'extraction, est donc réalisée en forçant l'extraction à deux facteurs. La normalisation de Kaiser démontre une structure en deux facteurs expliquant respectivement 29,82 % et 26,08 % de la variance totale (55,90 %). La structure factorielle après rotation ne présente aucune double itération lorsque le seuil est fixé à 0,40. Les items du QAP se séparent parfaitement de même que les items du III (partie A). Le tableau 3 présente les résultats de l'analyse factorielle.

Tableau 3

Analyse factorielle pour les items de la partie A du III et les items du QAP

	Facteurs	
	1	2
IIIA-01. J'accepte difficile que l'avenir soit incertain	0,67	
IIIA-02. Je trouve insupportable de ne pas avoir de garantie dans la vie	0,71	
IIIA-03. Les autres semblent mieux tolérer l'incertitude que moi	0,65	
IIIA-04. Je trouve intolérable que certaines facettes de la vie ne soient déterminées à l'avance	0,74	
IIIA-05. Je supporte mal que la possibilité qu'il puisse m'arriver un évènement négatif	0,64	
IIIA-06. Lorsque j'attends une nouvelle importante, je supporte mal de rester dans l'incertitude	0,58	
IIIA-07. Je trouve intolérable d'avoir à faire face à des situations imprévisibles	0,71	
IIIA-08. Je supporte peu les situations dans lesquelles je ne sais pas ce qu'il va se passer	0,71	
IIIA-9. Je supporte mal la possibilité qu'il puisse m'arriver un évènement négatif	0,77	
IIIA-10. Les délais d'attente sont insoutenables pour moi quand je ne sais pas ce qui va se passer	0,67	
IIIA-11. Je trouve inacceptable que la vie soi indéterminée	0,82	
IIIA-12. Lorsque je pense que quelque chose de négatif peut se produire, j'accepte difficilement de demeurer dans l'incertitude	0,69	
IIIA-13. J'aimerais mieux savoir tout et tout de suite plutôt que de rester dans l'incertitude	0,56	

Tableau 3

Analyse factorielle pour les items de la partie A du III et les items du QAP (suite)

	Facteurs	
	1	2
IIIA-14. Je tolère mal d'être incertain-e au sujet de mon avenir	0,74	
IIIA-15. J'ai besoin de certitudes dans ce que j'entreprends	0,61	
QAP-01. Je perçois mes problèmes comme étant menaçants à mon bien-être		0,52
QAP-02. Je doute souvent de mes capacités à résoudre des problèmes		0,75
QAP-03. Souvent, avant même d'avoir essayé de trouver une solution, je me dis qu'il est difficile de résoudre un problème		0,75
QAP-04. Les problèmes qui m'arrivent me semblent souvent insurmontables		0,76
QAP-05. Lorsque je tente de résoudre un problème, je remets souvent en question mes habiletés		0,79
QAP-06. Souvent, j'ai l'impression que les problèmes qui m'arrivent ne peuvent pas être résolus		0,78
QAP-07. Même si j'arrive à voir certaines solutions à mes problèmes, je doute qu'ils pourront se régler facilement		0,72
QAP-08. J'ai tendance à voir les problèmes comme un danger		0,62
QAP-09. Ma première réaction devant un problème est de remettre en question mes habiletés		0,73
QAP-10. Je perçois souvent mes problèmes comme étant plus gros qu'ils le sont en réalité		0,67
QAP-11. Même si j'ai regardé un problème sous tous les angles possibles, je me demande encore si la solution que j'ai retenue va être efficace		0,64
QAP-12. Je considère les problèmes comme des obstacles qui perturbent mon fonctionnement		0,62

Note. Seules les pondérations supérieures à .30 sont présentées.

Analyse factorielle exploratoire entre la partie B du III et le QAP. Une analyse factorielle avec rotation Varimax et utilisant le « maximum de vraisemblance » comme méthode d'extraction, est réalisée sur les items du QAP et les items de la partie B du III mesurant les manifestations/conséquences de l'Intolérance à l'incertitude. En se basant sur les valeurs Eigen, une structure en six facteurs expliquant respectivement 19,86 %, 10,84 %, 10,46 %, 10,24 %, 9,82 % et 5,66 %, pour une variance totale de 66,87 % est obtenue. Le graphique d'accumulation de variance (« Scree test ») suggère plutôt une structure en un facteur. Ici, en raison de la divergence importante entre les deux méthodes de décision pour le nombre de facteurs à retenir, les deux options seront analysées. De plus, la solution en six facteurs présente une structure qui s'apparente aux données et à la théorie en lien avec les sous-échelles des manifestations/conséquences de l'intolérance à l'incertitude. C'est pour cette raison que malgré la présence de deux facteurs sur six ayant une variance inférieure à 10 %, cette solution est tout de même analysée.

Les pré-requis sous-jacents à l'analyse factorielle sont tous rencontrés en ce qui concerne la structure en six facteurs ($KMO = 0,98$; $|R| = 1,66^E-017$). Pour la structure en six facteurs, lorsque le seuil d'itération est fixé à 0,40, il est possible de noter une séparation assez claire entre les items du QAP et les items de la partie B du III. Toutefois, la partie B du III se compose normalement d'une structure en six facteurs (Gosselin et al., 2008). On peut donc observer que l'ajout des items du QAP ne crée pas de facteur additionnel. Le premier facteur est composé des 12 items du QAP et des

items 2, 21, 7 et 13 (cet item est présent seulement lorsque le seuil d'itération est à 0,30) qui représente quatre des cinq items de la sous-échelle « doute » de la partie B du III (Gosselin et al., 2008). Le deuxième facteur est composé des items propres à la sous-échelle « réassurance » (items 5, 9, 11, 16 et 25) et de l'item 30 qui appartient normalement à la sous-échelle « doute ». Le troisième facteur est composé des items de la sous-échelle « contrôle » (items 4, 10, 18, 24 et 27). Le quatrième facteur est composé des items de la sous-échelle « surestimation de l'occurrence d'un événement incertain » (items 3, 14, 19, 23 et 29). Le cinquième facteur est composé des items de la sous-échelle « évitement » (items 1, 8, 12, 22 et 26). Finalement, le sixième facteur est composé des items propres à la sous-échelle « inquiétudes » (items 6, 15, 17, 20 et 28). Malgré la présence de quatre itérations doubles, quatre des six dimensions des manifestations/conséquences de l'Intolérance à l'incertitude ont une structure factorielle identique à la structure confirmée par Gosselin et al. (2008). La sous-échelle « réassurance » conserve aussi sa structure factorielle initiale mis à part l'ajout d'un item propre à une autre sous-échelle (doute). Finalement, les items mesurant l'ONP chevauchent statistiquement les items mesurant le « doute ». Le tableau 4 présente les résultats de la structure en six facteurs et un facteur.

Pour ce qui est de la structure en un facteur, les pré-requis sous-jacents à l'analyse factorielle font ressortir les mêmes résultats qu'en six facteurs (les mêmes items étant utilisés pour l'extraction). La structure en un facteur fait ressortir une variance totale de 48,57 %. Aucun item ne présente une itération factorielle inférieure à 0,30 et un seul

item présente une itération factorielle inférieure à 0,40 (l'item 4 de la partie B du III; itération = 0,39). Les itérations factorielles varient donc entre 0,39 et 0,83.

Tableau 4

Analyse factorielle exploratoire entre la partie B du III et le QAP

	Structure en six facteurs						Structure en un facteur
	1	2	3	4	5	6	1
QAP-06. Souvent, j'ai l'impression que les problèmes qui m'arrivent ne peuvent pas être résolus	0,77						0,65
QAP-04. Les problèmes qui m'arrivent me semblent souvent insurmontables	0,76						0,69
QAP-05. Lorsque je tente de résoudre un problème, je remets souvent en question mes habiletés	0,73						0,72
QAP-07. Même si j'arrive à voir certaines solutions à mes problèmes, je doute qu'ils pourront se régler facilement	0,71						0,62
QAP-03. Souvent, avant même d'avoir essayé de trouver une solution, je me dis qu'il est difficile de résoudre un problème	0,71						0,65
QAP-02. Je doute souvent de mes capacités à résoudre des problèmes	0,69						0,70
QAP-09. Ma première réaction devant un problème est de remettre en question mes habiletés	0,68						0,69
QAP-12. Je considère les problèmes comme des obstacles qui perturbent mon fonctionnement	0,61						0,64

Tableau 4

Analyse factorielle exploratoire entre la partie B du III et le QAP (suite)

	Structure en six facteurs						Structure en un facteur
	1	2	3	4	5	6	1
QAP-08. J'ai tendance à voir les problèmes comme un danger	0,61						0,62
QAP-10. Je perçois souvent mes problèmes comme étant plus gros qu'ils le sont en réalité	0,59						0,72
QAP-11. Même si j'ai regardé un problème sous tous les angles possibles, je me demande encore si la solution que j'ai retenue va être efficace	0,51						0,67
IIIB-07. Je doute souvent de moi lorsque la situation est incertaine	0,50	0,41					0,82
QAP-01. Je perçois mes problèmes comme étant menaçants à mon bien-être	0,50						0,58
IIIB-21. Lorsque je suis incertaine, j'ai tendance à douter de mes capacités	0,50	0,42					0,81
IIIB-02. Lorsque je me retrouve dans une situation incertaine, j'ai tendance à douter de ce que je fais	0,41	0,38					0,76
IIIB-13. Lorsque l'issue d'un événement est incertaine, je doute souvent d'avoir fait tout ce qu'il fallait	0,39	0,37					0,76
IIIB-09. Lorsque je suis incertaine, j'ai besoin d'être rassuré-e par les autres		0,77					0,69

Tableau 4

Analyse factorielle exploratoire entre la partie B du III et le QAP (suite)

	Structure en six facteurs						Structure en un facteur
	1	2	3	4	5	6	1
IIIB-11. J'ai tendance à demander l'opinion des autres lorsque je suis incertain-e de ce qui va se passer		0,77					0,61
IIIB-05. J'ai souvent recours aux autres pour me rassurer lorsque je ne sais pas ce qui va se passer		0,76					0,67
IIIB-16. Je demande souvent la même information à plusieurs personnes pour me rassurer face à ce qui va se passer		0,62					0,67
IIIB-30. J'ai souvent à remettre mes choix en question lorsque je suis incertain-e de ce qui va se passer		0,44					0,80
IIIB-25. Même s'il y a peu de chances qu'un événement négatif survienne, on doit souvent me répéter que tout ira bien		0,42					0,73
IIIB-27. Je préfère tout contrôler afin de diminuer les incertitudes			0,83				0,55
IIIB-18. Lorsque je suis incertain-e de ce qui va arriver, j'essai de tout contrôler			0,81				0,60
IIIB-10. Je dois tout contrôler pour empêcher les conséquences négatives de survenir			0,79				0,60
IIIB-24. J'ai tendance à vouloir contrôler les activités de mes proches afin de diminuer les chances qu'il leur arrive quelque chose			0,71				0,46

Tableau 4

Analyse factorielle exploratoire entre la partie B du III et le QAP (suite)

	Structure en six facteurs						Structure en un facteur
	1	2	3	4	5	6	1
IIIB-04. J'ai tendance à vouloir diriger les autres pour ne pas qu'un imprévu leur arrive			0,68				0,39
IIIB-29. En situation d'incertitude, j'ai tendance à exagérer les chances que les choses se déroulent mal				0,73			0,82
IIIB-19. J'ai tendance à surestimer la probabilité qu'un malheur arrive lorsque je ne sais pas ce qu'il va se passer				0,73			0,81
IIIB-23. Lorsque je suis incertain-e, j'ai tendance à surestimer les chances que les événements tournent mal				0,72			0,83
IIIB-14. Lorsqu'un événement négatif est possible, je surestime souvent les probabilités qu'il se produise				0,68			0,79
IIIB-03. J'exagère souvent les chances que le pire arrive lorsqu'un imprévu se présente				0,64			0,74
IIIB-22. J'ai tendance à ne pas m'engager dans les activités qui comportent une part d'incertitude					0,74		0,67
IIIB-12. J'évite les situations qui sont susceptibles de présenter des imprévus					0,72		0,67
IIIB-08. La possibilité qu'un événement négatif survienne m'amène à éviter certaines activités					0,66		0,67

Tableau 4

Analyse factorielle exploratoire entre la partie B du III et le QAP (suite)

	Structure en six facteurs						Structure en un facteur 1
	1	2	3	4	5	6	
IIIB-26. Je préfère plutôt laisser tomber un projet plutôt que d'avoir à vivre dans l'incertitude					0,56		0,59
IIIB-01. Je préfère éviter les situations incertaines					0,53		0,56
IIIB-17. Les situations incertaines m'inquiètent						0,57	0,82
IIIB-06. Je m'en fais beaucoup pour les incertitudes de la vie						0,56	0,79
IIIB-28. Ne pas savoir ce que l'avenir me réserve m'amène à m'inquiéter						0,52	0,73
IIIB-15. J'ai tendance à m'inquiéter lorsque je suis incertain-e de ce qui va se passer						0,47	0,82
IIIB-20. Penser que quelque chose d'inattendu puisse survenir m'inquiète					0,40	0,44	0,80

Note. Seules les pondérations supérieures à .30 sont présentées.

Discussion

Le but de cette première étude était d'analyser de manière exploratoire la relation entre l'II et l'ONP. Pour ce faire, deux avenues différentes ont été adoptées : (1) des analyses factorielles non-spécifiques utilisant l'ensemble des items des deux questionnaires et (2) des analyses factorielles spécifiques utilisant précisément les items des deux parties du III (parties A et B) et les 12 items du QAP.

Analyses factorielles non-spécifiques

Pour la première avenue, l'hypothèse avancée était que les analyses factorielles exploratoires allaient faire ressortir des chevauchements statistiques entre les items du III et du QAP. Cette première hypothèse a été confirmée. En effet, plus de la moitié des items des deux questionnaires présentaient des itérations doubles. Toutefois, comme il a été mentionné précédemment, les analyses factorielles utilisant l'ensemble des items des deux questionnaires ne nous permettaient pas de dégager un portrait cohérent qui permettrait déjà à cette étape, de cerner la nature du lien entre l'II et l'ONP. Plusieurs éléments expliquent cette confusion. Tout d'abord, bien qu'il y ait des chevauchements statistiques, les items mesurant la tendance à l'II ne se retrouvent pas sur le même facteur que les items du QAP et ce, autant pour le modèle factoriel en cinq facteurs que le modèle factoriel en deux facteurs. Les items mesurant la tendance à l'II (partie A) sont principalement ceux qui se rapprochent le plus fondamentalement du concept de l'II contrairement aux items mesurant les manifestations/conséquences qui mesurent des concepts associés à l'II tel l'évitement (Gosselin et al., 2008). Il faut donc faire attention de ne pas interpréter les présents chevauchements statistiques comme un chevauchement conceptuel entre l'II et l'ONP. Au contraire, les items mesurant l'II et l'ONP se représentent sur deux facteurs différents ce qui peut suggérer une séparation conceptuelle.

Dans un autre ordre d'idée, il est intéressant de noter le regroupement entre les manifestations de l'II et les items du QAP sur le deuxième facteur. Les sous-échelles

« doute », « réassurance » et « exagération » se fixent sur le même facteur que les items mesurant l'attitude négative au problème. D'un point de vue théorique, la présence de doute, de comportements de réassurance et d'exagération, cadre bien dans la définition de l'attitude négative au problème. Selon différents auteurs, les individus présentant une attitude négative au problème auraient tendance à douter de leurs habilités (doute; Gosselin et al., 2005), à exiger des preuves quant à la possibilité de résoudre un problème (réassurance; Tallis et al., 1991) et à associer les situations problématiques à des dangers et des menaces (exagération; Provencher, Dugas, & Ladouceur, 2004).

Bien que la première hypothèse ait été confirmée, la présence à la fois de chevauchements statistiques sur une majorité d'items et d'une séparation conceptuelle entre l'II et l'ONP rend le travail d'interprétation des résultats difficile. La suite de la discussion adressera plus spécifiquement les analyses factorielles spécifiques qui aideront à la clarification de la relation entre l'II et l'ONP.

Analyses factorielles spécifiques

Pour la deuxième avenue, l'hypothèse avancée était que des chevauchements statistiques allaient s'observer autant entre la tendance à l'II (partie A du III) et le QAP, qu'entre les manifestations/conséquences de l'II (partie B du III) et le QAP. Les résultats démontrent que cette hypothèse n'est que partiellement confirmée puisque des chevauchements statistiques ne s'observent qu'entre les manifestations/conséquences de l'II (partie B du III) et le QAP. Les analyses factorielles effectués entre la partie A du III

et le QAP font ressortir une séparation claire entre les deux dimensions. Ce qui infirme partiellement l'hypothèse avancée initialement. Ces analyses factorielles spécifiques répètent les résultats précédemment observés avec les analyses factorielles non-spécifiques où déjà la tendance à l'II et l'ONP ne se retrouvaient pas sur un même facteur.

Si l'on analyse les résultats observés entre la partie B du III et le QAP, deux schémas de résultats ressortent : (1) une possibilité de structure factorielle en six facteurs, et (2) une possibilité en un seul facteur. Bien que les deux schémas de résultats aient été effectués à l'intérieur de cette étude, il apparaît plus cohérent d'accorder une importance privilégiée à la structure en six facteurs. Deux raisons principales sous-tendent cette interprétation. Premièrement, la structure en six facteurs explique près de 20 % de plus de variance statistique que la structure en un facteur, et la distribution de variance est suffisante sur 5 des 6 facteurs. Deuxièmement, la structure en six facteurs reflète assez fidèlement la composition des conséquences/manifestations de l'II et le facteur de l'ONP lorsque les regroupements d'items sont analysés. Bien que le sixième facteur soit sous-représenté (variance inférieure à 10 %), la structure en six facteurs présente donc une cohérence théorique plus importante que la structure en un facteur.

Dans la structure en six facteurs un chevauchement statistique entre les items mesurant l'ONP et les items de la sous-échelle « doute » du questionnaire III est présent. Les items touchant le doute se retrouvent à fois sur le facteur constitué des items du

QAP et le facteur constitué des items de la sous-échelle « réassurance » du III. Toutefois, les pondérations factorielles des items liés au doute sont plus élevées sur le facteur constitué des items du QAP. Comme mentionné précédemment, le concept de doute fait partie intégrante de la définition de l'ONP (Gosselin et al., 2005) et est aussi mesuré par différents items du QAP (ex., « *Je doute souvent de mes capacités à résoudre les problèmes* » (item 2)). Il est d'ailleurs possible d'observer des ressemblances sémantiques importantes entre les items des deux questionnaires (ex., « *Je doute souvent de moi lorsque la situation est incertaine* » (III) versus « *Je doute souvent de mes capacités à résoudre des problèmes* » (QAP)). La similarité entre les items du QAP et la sous-échelle « doute » de la partie B du III peut donc principalement expliquer ce recoupement statistique. Devant ces ressemblances, il est possible que les participants, ne connaissant pas spécifiquement les différences entre les construits à l'étude, répondent de manière similaire aux items à connotation de doute des deux questionnaires. Ce recoupement entre la manifestation du doute générée par l'II, et les items du QAP s'avère cliniquement intéressante. Il serait pertinent d'aller tester la possibilité que le doute joue un rôle médiateur dans la relation entre l'intolérance à l'incertitude et l'orientation négative au problème. L'intolérance à l'incertitude est directement liée au développement des inquiétudes comme il a été démontré dans deux protocoles expérimentaux (de Bruin, Rassin, & Muris, 2006; Ladouceur et al., 2000). Une étude de Ladouceur et al. (1997) a démontré que devant une situation ambiguë, les individus présentant des inquiétudes élevées avaient tendance à aller chercher plus de preuve avant d'agir. Au-delà de la ressemblance sémantique observée entre les

questionnaires du III et du QAP, il est possible que le doute engendré par l'intolérance à l'incertitude joue cognitivement un rôle dans la tendance des individus à répéter et/ou freiner leurs comportements à l'intérieur d'un processus de résolution de problème. Bien que logique, cette relation entre l'II et l'ONP reste une hypothèse à démontrer. Il faut garder en considération l'évidence des ressemblances sémantiques présentes dans cette étude. Pour ce qui est des autres facteurs, chaque sous-échelle du III est représentée par ses propres items. Il n'y a que les sous-échelles « doute » et « réassurance » qui ressortent sur le même facteur. Cette fusion des deux sous-échelles est assez logique et intéressante d'un point de vue clinique. Les items de la sous-échelle « doute » du III traduisent un manque de confiance en ses propres moyens face une situation incertaine (ex., *Lorsque je suis incertain-e, j'ai tendance à douter de mes capacités* (item 21)). Les items de la sous-échelle « réassurance » du III exprime le besoin de recourir à autrui pour diminuer son anxiété (ex., *J'ai souvent recours aux autres pour me rassurer lorsque je ne sais pas ce qui va se passer* (item 5)). Les individus qui souffrent d'un doute ou d'un manque de confiance en leurs compétences ont le réflexe de recourir à autrui afin de se réassurer.

En résumé, l'étude 1 a permis une première clarification de la relation entre l'II et l'ONP. Bien que les deux construits soient fortement liés, les résultats des analyses factorielles exploratoires démontrent une indépendance entre la tendance à l'II et l'ONP. Dans cette étude, les chevauchements statistiques touchent les manifestations/conséquences de l'II et l'ONP, et ce, plus spécifiquement au niveau du

concept du « doute ». Bien que les résultats de l'étude 1 démontrent assez clairement l'indépendance conceptuelle entre l'II et l'ONP, des analyses factorielles confirmatoires restent à effectuer afin de valider l'indépendance statistique.

Étude 2

La deuxième étude vise à analyser de manière confirmatoire la relation entre l'II et l'ONP. L'étude 1 a démontré que l'ONP et l'II sont deux construits indépendants lorsque les pondérations factorielles des items du QAP et de la tendance à l'II (partie A du III) sont mesurées. Toutefois, un chevauchement statistique pouvait s'observer entre une manifestation bien spécifique de l'II, c'est-à-dire le « doute » et l'ONP. Considérant que le but de cet essai est de clarifier la nature entre l'II et l'ONP, cette deuxième étude s'attardera seulement sur les résultats entre la tendance à l'II (partie A) et l'ONP. La raison expliquant ce choix est que les items mesurant la tendance à l'II (partie A) se rapprochent plus fondamentalement du concept de l'II, contrairement aux items de la partie B qui mesurent plus spécifiquement des concepts liés à l'II tel l'évitement. La question de recherche plus spécifique de cette deuxième étude est : est-ce que le modèle de la relation entre l'II et l'ONP précédemment démontré se confirme auprès d'un autre échantillon? Pour ce faire, des analyses confirmatoires seront effectuées avec le logiciel de traitement statistique *MPLUS version 6*. Afin de confirmer rigoureusement les résultats de l'étude 1, différents modèles factoriels seront testés. Les analyses factorielles confirmatoires devraient démontrer l'indépendance entre l'II et ONP dans un nouvel échantillon. Afin de confirmer cette hypothèse, des modèles factoriels en un et deux facteurs seront testés. Le modèle en un facteur englobera l'II et l'ONP à l'intérieur d'un même construit et le modèle en deux facteurs séparera les construits de l'II et l'ONP.

Les indices d'ajustement statistique des analyses confirmatoires seront comparés afin de faire ressortir le modèle le plus puissant et valide statistiquement.

Méthode

Participants

Cette deuxième étude est effectuée auprès d'un nouvel échantillon d'étudiants universitaires. Ces étudiants ont été recrutés à l'Université de Sherbrooke. Ces derniers ont rempli les mesures du III et du QAP dans le cadre de différentes recherches. Dès lors, ce nouvel échantillon résulte encore d'une agglomération de données. Le présent échantillon est constitué de 908 participants, incluant 430 hommes et 472 femmes. L'âge moyen des participants est de 23 ans ($\bar{E}-T = 5,35$).

Instruments de mesure

Pour cette étude confirmatoire, les questionnaires utilisés sont les mêmes qu'en étude 1, c'est-à-dire l'Inventaire d'Intolérance à l'Incertitude (III; Gosselin et al., 2008) et le Questionnaire d'Attitudes faces aux Problèmes (QAP; Gosselin et al., 2005). Voir Étude 1 pour les informations concernant ces instruments de mesure.

Résultats

Des analyses factorielles confirmatoires ont été effectuées sur les items de la partie A du III et les 12 items du QAP. Afin de pouvoir comparer les résultats, les indices d'ajustement du CFI, RMSEA et du SRMR sont présentés. Les résultats des chi-carrés

de chacun des modèles factoriels complètent les résultats. Les normes de Brown (2006) et de Browne et Cudek (1993) sont utilisées pour évaluer les indices d'ajustements. Le *comparative fit index* de Bentler (CFI) mesure l'ajustement statistique du modèle par la comparaison entre la matrice de covariance des données et la structure du modèle choisi a priori. Pour le CFI, des valeurs minimales de 0,90 et préférablement supérieures à 0,95 sont considérées. Le *root mean squared error approximation* (RMSEA) mesure le manque d'ajustement. Il est généralement utilisé pour diminuer la marge d'erreur due à un effet de population. Pour le RMSEA, les valeurs inférieures 0,08 représentent un indice acceptable. Le *root mean squared residual* (SRMR) mesure la valeur résiduelle du manque d'ajustement. Pour le SRMR, des valeurs inférieures à 0,10 sont acceptables et des valeurs inférieures à 0,05 sont excellentes. Le CFI, RMSEA et SRMR représentent des indices *Fit* de catégorie absolue. Leur fonction est de tester si le modèle choisi a priori fonctionne avec la cohérence des résultats statistiques. Le tableau 5 présente les résultats des différents indices *Fit* pour les deux solutions factorielles étudiées à savoir un modèle unifactoriel et un modèle en deux facteurs.

Tableau 5

Analyses factorielles confirmatoires : indices Fit des solutions en un et deux facteurs

Modèle	D.L.	X2a	AIC	CFI	RMSEA	SRMR
IIA – QAP						
Unifactoriel	317	2575,28	59365,70	0,80	0,08	0,09
Deux facteurs	316	1049,32	57408,11	0,94	0,05	0,05

Note. CFI, comparative fit index; RMSEA, root mean squared error approximation; SRMR, root mean squared residual; AIC, Akaike's information criterion. à tous les $p < 0,001$.

L'ensemble des indices Fit de la structure unifactorielle ne remplissent pas les conditions requises. Bien que le SRMR et le RMSEA présentent des scores acceptables, le CFI (0,80) présente un score en dessous du seuil d'acceptabilité. En revanche, les indices *Fit* de la structure bifactorielle présentent tous des scores respectant les normes statistiques. Les scores du SRMR (0,05) et du RMSEA (0,05) sont excellents et le score du CFI (0,94) s'approche aussi d'un niveau « excellent ». Les analyses factorielles visant à confirmer un modèle bifactoriel où l'II et l'ONP représentent deux facteurs indépendants, démontrent donc une structure adéquate, presque'excellente au niveau des indices d'ajustements statiques. En résumé, non seulement le modèle en deux facteurs rencontre plus les exigences des indices *Fit* que le modèle unifactoriel, mais le modèle unifactoriel ne présente même pas un niveau d'ajustement statistique adéquat pour être valide.

Discussion

Le but de cette deuxième étude était de tester la confirmation du modèle factoriel précédemment démontré dans l'étude 1 entre l'II et l'ONP. L'hypothèse émise en regard de cette deuxième étude était que la relation d'indépendance entre l'II et l'ONP se confirmerait à l'intérieur d'un nouvel échantillon. Les résultats des analyses factorielles confirmatoires ont supporté l'hypothèse de cette deuxième étude. Non seulement le modèle unifactoriel ne rencontre pas les normes statistiques au niveau des indices d'ajustement statistiques, mais le modèle en deux facteurs présentent des résultats allant de satisfaisant à excellent. Ces résultats supportent donc l'indépendance statistique et donc conceptuelle entre l'II et l'ONP.

Discussion générale

Convergences entre l'étude 1 et l'étude 2

L'intolérance à l'incertitude et l'orientation négative au problème représentent deux variables clés dans le traitement et la conceptualisation du TAG (Dugas et al., 1998; Provencher et al., 2004). Plusieurs études ont démontré la forte relation entre ces deux construits (Dugas et al., 1997, 2007; Gosselin et al., 2005). Le but de cette présente étude était de tenter une clarification de la relation entre l'II et l'ONP. Les résultats obtenus indiquent que bien qu'il existe un fort lien entre les deux construits, comme le démontrent les analyses corrélationnelles, ces derniers sont statistiquement et conceptuellement indépendants. La première étude de cet essai a pu démontrer l'indépendance entre les items de la tendance à l'II et les items du QAP au sein des analyses factorielles exploratoires. La deuxième étude quant à elle a confirmé le modèle à deux facteurs où l'II et l'ONP sont indépendants. Contrairement à ce qui était attendu, aucun chevauchement statistique n'est observé entre les items mesurant l'ONP et la tendance à l'II. Même en ce qui concerne les manifestations/conséquences, seuls les items mesurant le doute présentent un chevauchement statistique avec les items mesurant l'ONP.

Par la présence des corrélations élevées entre l'II et l'ONP, certaines données empiriques pouvaient suggérer la présence d'un chevauchement conceptuel entre les

deux construits (Dugas et al., 1997; Gosselin et al., 2005). Les résultats de cette étude infirment cette possibilité et supportent plutôt la robustesse du modèle cognitif du TAG de Dugas et al. (1998) qui présentaient l'II et l'ONP comme deux variables cognitives indépendantes. Aussi, les résultats supportent indirectement la robustesse et la cohérence interne des instruments de mesures utilisés (III; Gosselin et al., 2008; QAP; Gosselin et al., 2005) vue la reproduction quasi identique des facteurs initiaux.

Malgré la clarification de l'indépendance entre les deux construits, il est encore difficile d'expliquer spécifiquement la nature du lien entre l'II et l'ONP. Plusieurs chercheurs ont démontré que l'II expliquait une portion significative du lien entre l'ONP et les symptômes d'inquiétudes (Dugas et al., 2007). Concernant ce lien, Dugas et Ladouceur (2000) suggèrent que les individus ayant un TAG ont de la difficulté à composer avec les éléments incertains attribuables aux situations problématiques. Les résultats de cette recherche pointent vers une piste intéressante à ce sujet. Dans l'ensemble des analyses factorielles effectuées entre la partie B du III et le QAP, les items de la sous-échelle « doute » venaient toujours chevaucher les items mesurant l'ONP. Il est donc possible que le fait de douter, que ce soit de ses propres habiletés à résoudre un problème ou des conséquences négatives relatives à une situation incertaine, soit une variable clé dans les processus psychologiques à l'œuvre dans la relation entre l'II et l'ONP. Cette zone frontière entre les concepts de « doute » et d'II a d'ailleurs été abordée par des chercheurs œuvrant dans le domaine du trouble obsessionnel compulsif (TOC). Dans le TOC, le doute pathologique est associé aux compulsions de vérification

(ex., aller regarder à plusieurs reprises afin de s'assurer que la porte est bien fermée; Rachman & Hodgson, 1980). Tolin, Abramowitz, Brigidi et Foa (2003) ont démontré que l'II est associée aux compulsions de vérification et que les patients TOC de type vérificateurs démontrent une plus forte tendance à l'II que les patients TOC utilisant d'autres types de compulsions. Ces auteurs suggèrent d'ailleurs que le doute pathologique pourrait être une réaction émotionnelle à un sentiment d'incertitude. Si le doute peut être une réaction émotionnelle à l'incertitude amenant des comportements compulsifs dans le but de diminuer l'anxiété, il ne semble donc pas hasardeux que les résultats de la présente recherche traduisent un lien entre l'II, le doute et la recherche de réassurance devant un problème.

Perspectives futures des recherches scientifiques

Concernant les perspectives futures pour les recherches à venir, cette étude a éliminé pour une première fois l'hypothèse d'un chevauchement conceptuel entre la tendance à l'II et l'ONP. Toutefois, il reste encore à approfondir les variables explicatrices et/ou médiatrices de la relation entre l'II et l'ONP. Dès lors, la recherche adressant la médiation de la relation entre l'II et l'ONP s'avère un terrain intéressant et important dans notre compréhension des processus cognitifs liés au TAG. Par exemple, chacune des manifestations de l'II pourrait être testée dans des équations médiatrices. Bien sûr, en cohérence avec les présents résultats de recherche, le doute pathologique ressort comme une variable qui serait intéressante à analyser dans une médiation entre l'II et l'ONP. L'II et l'ONP sont des variables jouant un rôle significatif dans

l'explication des inquiétudes excessives (Dugas et al., 2007; Gosselin, Dugas et al., 2002; Ladouceur, Gosselin & Dugas, 2000). Une meilleure compréhension de leur relation pourrait aider les cliniciens et chercheurs à élaborer des programmes d'intervention plus efficaces pour les individus présentant un TAG. D'ailleurs, la reproduction de cette étude au sein d'un échantillon clinique serait une avenue intéressante permettant d'assurer la représentativité et/ou la validité des données actuelles. Dans le domaine des recherches sur l'anxiété, il est souvent possible d'observer des résultats similaires entre les groupes cliniques et non-cliniques sur des mesures de symptômes (Gosselin, Langlois et al., 2002; Ladouceur et al., 1998). Toutefois, il serait aussi possible qu'un échantillon clinique puisse donner une plus forte intensité aux résultats, permettant ainsi de mieux saisir la relation entre les construits. Aussi, afin de lier encore plus solidement les présents résultats à la réalité clinique du TAG, des études expérimentales seraient des perspectives très riches et intéressantes afin de pousser encore plus loin la clarification de la relation entre l'II et l'ONP. Des protocoles expérimentaux pourraient tenter d'intervenir spécifiquement sur l'II ou sur l'ONP dans le but de voir l'effet entre les variables. Non seulement ces études nous permettraient de mieux comprendre du modèle cognitif le TAG, mais elles pourraient aussi nous permettre d'identifier la variable qui a le plus d'impact, et ce, autant au niveau de la relation entre l'II et l'ONP que dans l'explication des inquiétudes. Il est certain que les perspectives expérimentales représentent des défis de taille en psychologie. Le temps, l'argent et les exigences méthodologiques associées à ces dernières traduisent une partie de la difficulté à effectuer de telles études. De plus, au

sein d'études cliniques, il peut être très ardu de constituer les échantillons avec des participants ayant un diagnostic. Toutefois, la validité écologique qui ressort de ces études, la puissance de la généralisation et l'utilité clinique associée aux résultats expérimentaux sont de bons arguments qui supportent la tenue de recherches dans cette trajectoire de pensée.

Implications cliniques de l'essai

Malgré le fait que cette étude soit de nature corrélationnelle, elle apporte tout de même une certaine clarification au niveau clinique. Si les présents résultats avaient démontré que l'II et l'ONP pouvaient se représenter au sein d'un même facteur, les interventions séparées adressant spécifiquement l'II et l'ONP auraient pu être critiquées. En effet, dans le plan de traitement élaboré par Dugas et Robichaud (2007), des exercices traitant l'II et l'ONP de manière séparée sont suggérés aux cliniciens. Par exemple, afin de cibler l'II, le clinicien invite le client à identifier des situations quotidiennes générant des manifestations d'II telles que l'évitement (ex., j'évite de m'engager dans une relation intime car je suis incertain des éventualités). Ce dernier sera ensuite amené progressivement à expérimenter les mêmes situations en tentant de tolérer la présence d'incertitude (ex., se présenter à un rendez-vous même si on ne sait pas comment ça va se passer). Pour ce qui est des interventions ciblant l'ONP, le clinicien invite le client à identifier les conséquences émotionnelles, cognitives et comportementales de son attitude négative face aux problèmes. Le client est ensuite entraîné à bien appliquer les différentes étapes de résolution de problème de D'Zurilla et

Nezu (1999), soit (1) la formulation du problème, (2) l'élaboration de solutions alternatives, (3) la prise de décision et (4) l'exécution et vérification. Bien que les deux interventions visent toutes les deux à amener le client à se positionner différemment devant les situations de la vie quotidienne, elle représente bien deux interventions différentes influencées par des fondements bien à elles. Si les résultats de la présente recherche avaient démontré un chevauchement conceptuel entre l'II et l'ONP, il aurait été pertinent de se questionner sur l'efficacité de traiter l'ONP et l'II au sein d'une même intervention. Cependant, les présents résultats démontrant l'indépendance des deux construits, ils renforcent donc en quelque sorte la validité des plans de traitements actuels qui séparent en différentes étapes, les interventions visant l'II et l'ONP. Aussi, les résultats de recherche suggèrent aux cliniciens d'accorder une certaine importance au rôle du doute pathologique dans le maintien des comportements de réassurance.

Forces et limites de l'essai

La taille des deux échantillons utilisés pour les analyses exploratoires ($N_1 = 928$) et confirmatoires ($N_2 = 908$) représente une force importante de cette étude puisqu'elle nous assure de remplir les conditions pré requises pour effectuer les analyses statistiques (Tabachnick & Fidell, 2007). Aussi, le fait que cette étude soit la première à appuyer statistiquement l'indépendance conceptuelle entre l'II et l'ONP représente une force considérable. En dernier lieu, la solidité des instruments de mesure utilisés, que l'on peut associer aux bons indices de validité, représente aussi une force importante (III; Gosselin et al., 2008; QAP; Gosselin et al., 2005).

Cette étude contient bien sûr différentes limites et faiblesses. L'une d'elles se situe au niveau de la nature des résultats. Bien que les résultats démontrent l'indépendance conceptuelle entre l'II et l'ONP, ces derniers ne nous permettent pas d'identifier spécifiquement des facteurs causaux qui lient les deux construits. Autrement dit, les résultats démontrent que bien que l'II et l'ONP soient différents conceptuellement, ils sont fortement liés entre eux. C'est cette relation qui est encore difficile à éclaircir, et ce, même si cette étude fait ressortir des pistes à ce sujet (ex., le doute pathologique). Une autre faiblesse de cette étude réside dans le fait qu'il n'y ait aucune autre mesure de symptômes en dehors des mesures ciblant l'II et l'ONP. En effet, bien que cet échantillon soit constitué d'étudiants universitaires, il ne faut pas prendre pour acquis l'absence de diagnostic psychologique et/ou de symptômes psychologiques à des niveaux cliniques. La présence de différentes mesures de symptômes nous auraient non seulement permis de contrôler l'effet de certains symptômes psychologiques, mais aussi d'écarter certains participants représentant des données aberrantes ou extrêmes au sein de l'échantillon. Dans un même ordre d'idées, le fait que l'ensemble des participants de cette étude soit des étudiants universitaires principalement de sexe féminin représente une faiblesse dans la généralisation possible des résultats. Bien que les résultats des analyses factorielles démontrés dans cette étude soient cohérents avec les données initiales propres aux deux mesures (Gosselin et al., 2005, 2008), même la validation des instruments de mesure a été faite auprès de la population non-clinique. Cette limite donne donc le ton aux études ultérieures. Comme mentionné précédemment, il sera primordial d'aller tester les résultats auprès d'échantillons cliniques afin de s'assurer de

la représentativité de ces résultats. Finalement, le fait d'avoir utilisé le questionnaire III comme mesure d'intolérance à l'incertitude peut représenter une limite considérant qu'il existe d'autres mesures d'intolérance à l'incertitude beaucoup plus souvent utilisées dans la littérature scientifique, notamment la mesure de Freeston et al. (1994) nommée *Intolerance of Uncertainty Scale* (IUS). Toutefois, des résultats dénotant la validité convergente entre l'III et l'IUS ont déjà été démontrés et ce, autant entre la partie A du III et l'IUS que la partie B (Gosselin et al., 2008). De plus, le choix du III a permis de mesurer les manifestations/conséquences (Partie B) associées à l'II, composantes qui ne sont pas présentes au sein du questionnaire IUS. À défaut d'être une mesure d'II associée à plus de données empiriques, l'III est un questionnaire qui couvre un volet plus large de la réalité des comportements associée à l'II.

Malgré les limites présentées, cette étude a permis un premier pas en avant dans la clarification des deux variables les plus importantes au sein du modèle cognitif du TAG de Dugas et al. (1998). Cette recherche offre aussi des perspectives intéressantes dans la continuation des études dans le domaine des variables cognitives associées aux TAG. De plus, cette étude permet encore une fois de faire ressortir l'importance du lien entre l'II et l'ONP, lien qui ne devrait pas être banalisé par les intervenants dans le domaine du traitement de l'anxiété généralisée.

Conclusion

Cette étude visait à clarifier le lien entre l'intolérance à l'incertitude et l'orientation négative au problème, plus spécifiquement sous l'angle d'un chevauchement statistique et/ou conceptuel. Puisque la littérature démontrait systématiquement un lien corrélationnel très puissant et significatif, il était raisonnable de se questionner à savoir si l'II et l'ONP pouvait plutôt se représenter sous un seul et unique facteur. Les résultats de la présente recherche démontrent l'indépendance entre les deux construits. La taille des échantillons, les seuils de signification utilisés ainsi que la séparation claire entre les facteurs représentant l'II et l'ONP, sont tous des indicateurs soutenant les conclusions de cette recherche.

Cet essai marque un pas en avant dans la compréhension de la connaissance liée aux processus cognitifs du TAG. Il est la première étude à ce jour à avoir testé l'indépendance factorielle entre la tendance à l'II, les conséquences/manifestations de l'II et l'ONP. Il valide donc indirectement la cohérence conceptuelle du modèle cognitif du TAG de Dugas et al. (1998).

Finalement, bien que l'objectif de cet essai ait été atteint, il reste plusieurs questions à approfondir. Les résultats des deux études permettent de focaliser les efforts de recherche vers des directions plus précises. Par exemple, bien qu'il soit maintenant possible de soutenir empiriquement l'indépendance de l'II et de l'ONP, il n'en reste pas

moins que les deux construits à l'étude soient très fortement liés. Il importe donc de mieux comprendre les variables médiatrices entre l'II et l'ONP qui explique cette association. Une hypothèse discutée suite à l'analyse des résultats est que le « doute », comme mécanisme cognitif, pourrait être une de ces variables qui expliquent le lien. Il en existe possiblement d'autres. La clarification des variables médiatrices représente un défi intéressant dans le domaine de la recherche des processus cognitifs liés au TAG. Les résultats qui ressortiraient de ces études pourraient non seulement apporter une meilleure compréhension théorique du TAG, mais aussi donner des cibles d'intervention plus précises pour les thérapeutes dans le domaine des troubles anxieux. Le TAG étant un trouble encore résistant à la thérapie (Dugas, 2000), il importe de continuer à chercher et améliorer nos connaissances face à cette pathologie.

Références

- American Psychiatric Association. (1968). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-II. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1980). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-III. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1987). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-III-TR. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR. Washington, DC: Author.
- Baillargeon, J. (2003). *L'analyse en composantes principales*. Trois-Rivières : Université du Québec à Trois-Rivières.
- Barlow, D. H. (1988). Anxiety and its disorder: the nature and treatment of anxiety and panic. New York: Guilford Press.
- Borkovec, T. D. (1985). Worry: A potentially valuable concept. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 481-482.
- Borkovec, T. D., Alcaine, O. M., & Behar, E. (2004). Avoidance theory of worry and generalized anxiety disorder. Dans R. Heimberg, C. Turk, & D. Mennin (Eds), *Generalized Anxiety Disorder: Advances in research and practices* (pp. 77 – 108). New York: The Guilford Press.
- Borkovec, T. D., & Hu, S. (1990). The effect of worry on cardiovascular response to phobic imagery. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 69-73.
- Borkovec, T. D., & Inz, I. (1990). The nature of worry in generalized anxiety disorder: A predominance of thought activity. *Behavior Research and Therapy*, 28, 153-158.
- Borkovec, T. D., & Lyonfields, J. I. (1993). Worry: Thought suppression of emotional processing. Dans H. W. Krohne (Ed.), *Vigilance and avoidance* (pp. 101-118). Toronto: Hogrefe and Huber Publishers.
- Borkovec, T. D., Robinson, F., Pruzinsky, T., & DePree, J. A. (1983). Preliminary exploration of worry: Some characteristics and processes. *Behaviour Research and Therapy*, 21, 9-16.

- Bradwejn, J., Berner, M., & Shaw, B. (1992). *Malade d'inquiétude : Guide du médecin pour le traitement et le counseling*. Montréal, Québec : Grosvenor Inc.
- Brown, T. A. (2006). *Confirmatory factor analysis for applied research*. New York: Guilford Press.
- Browne, M. W., & Cudek, R. (1993). Alternate ways of assessing model fit. Dans K. A. Bollen, & J. S. Long (Eds.), *Testing structural equation model* (pp. 136–162). Newbury Park, CA: Sage.
- Byrne, G. J., & Pachana, N. A. (2010). Anxiety and depression in the elderly: do we know any more? *Current Opinion in Psychiatry*, 23(6), 504-509.
- Clark, D., & Beck, A. (2010). *Cognitive therapy of anxiety disorders*. New York: Guilford Press.
- 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(1), 108-116.
- Craske, M. G., Rapee, R. M., Jackel, I., & Barlow, D. H. (1989). Qualitative dimensions of worry in DSM III-R generalised anxiety disorder subjects and nonanxious controls. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 397-402.
- Dassa, C. (1999). *Analyse multidimensionnelle exploratoire et confirmative*. Montréal : Université de Montréal.
- Davey, G. C. L. (1994). Worrying, social problem-solving abilities, and social problem-solving confidence. *Behaviour Research and Therapy*, 32 (3), 327-330.
- de Bruin, G. O., Rassin, E., & Muris, P. (2006). Worrying in the lab: does intolerance of uncertainty have predictive value? *Behaviour Change*, 23, 138–147.
- DiNardo, P. A., Moras, K., Barlow, D. H., Rapee, R. M., & Brown, T. A. (1993). Reliability of DSM-III-R anxiety disorder categories: Using the Anxiety Disorders Interview Schedule-Revised (ADIS-R). *Archives of General Psychiatry*, 50, 251-256.
- Dugas, M. J. (2000). Generalized anxiety disorder publications: so where do we stand? *Journal of Anxiety Disorders*, 14, 31-40.
- Dugas, M. J., Anderson, K. G., Deschenes, S. S., & Donegan, E. (2010). Generalized anxiety disorder publications: where do we stand a decade later? *Journal of Anxiety Disorders*, 24(7), 780-784.

- Dugas, M. J., Buhr, K., & Ladouceur, R. (2004). The role of intolerance to uncertainty in etiology and maintenance. Dans R. G. Heimberg, C. L. Turk, & D. S. Mennin (Éds), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* (pp. 143-163). New York: The Guilford Press.
- Dugas, M. J., Freeston, M., & Ladouceur, R. (1997). Intolerance to uncertainty and problem orientation in worry. *Cognitive Therapy and Research*, 21(6), 593-606.
- Dugas, M. J., Gagnon, F., Ladouceur, R., & Freeston, M. (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(5), 551-558.
- Dugas, M. J., Hedayati, M., Karavidas, A., Buhr, K., Francis, K., & Philipps, N. A. (2005). Intolerance of uncertainty and information processing: Evidence of biased recall interpretations. *Cognitive Therapy and Research*, 29(1), 57-70.
- Dugas, M. J., & Ladouceur, R. (1998). Analysis and treatment of generalized anxiety disorder. Dans V. Caballo (Éd.), *International handbook of cognitive and behavioural treatments for psychological disorders* (pp. 197-225). Oxford: Pergamon/Elsevier Science Ltd.
- Dugas, M. J., & Ladouceur, R. (2000). Treatment of GAD: targeting intolerance of uncertainty in two types of worry. *Behavior Modification*, 24(5), 635-657.
- Dugas, M. J., Ladouceur, R., Boisvert, J-M., & Freeston, M. (1996). Le trouble d'anxiété généralisée : Éléments fondamentaux et interventions psychologiques. *Canadian Psychology*, 37(1), 40-53.
- 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(1), 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(3), 329-343.
- Dugas, M. J., & Robichaud, M. (2007). *Cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: From science to practice*. New York: Routledge.

- 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(2), 169-178.
- D'Zurilla, T. J. (1986). *Problem-solving therapy: A social competence approach to clinical intervention*. New York: Springer.
- D'Zurilla, T. J., & Chang, E. C. (1995). The relations between social problem solving and coping. *Cognitive Therapy and Research*, 19 (5), 547-562.
- D'Zurilla, T. J., & Maydeu-Olivares, A. (1995). Conceptual and methodological issues in social problem-solving assessment. *Behavior Therapy*, 26, 415-438.
- D'Zurilla, T. J., & Nezu, A. M. (1982). Social problem-solving skills in adults. Dans P. C. Kendall (Éd.), *Advances in cognitive-behavioral research and therapy* (Vol. 1, pp. 201-274). New York: Academic Press.
- D'Zurilla, T. J., & Nezu, A. (1999). *Problem-solving therapy: A social competence approach to clinical intervention*. New York: Springer.
- Freeston, M. H., Dugas, M. J., & Ladouceur, R. (1996). Thoughts, images, worry and anxiety. *Personality and Individual Differences*, 17, 791-802.
- Freeston, M. H., Rhéaume, J., Letarte, H., Dugas, M. J., & Ladouceur, R. (1994). Why do people worry? *Cognitive Therapy and Research*, 20(3), 265-273.
- Grant, B. F., Hasin, D. S., Stinson, F. S., Dawson, D. A., June Ruan, W., Goldstein, R. B., ... Huang, B. (2005). Prevalence, correlates, co-morbidity, and comparative disability of DSM-IV generalized anxiety disorder in the USA: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychological medicine*, 35(12), 1747-1759. doi: 10.1017/S0033291705006069
- Gosselin, P., Dugas, M. J., & Ladouceur, R. (2002). Inquiétude et résolution de problèmes sociaux : le rôle de l'attitude négative face au problème. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 12(2), 49-58.
- Gosselin, P., & Laberge, B. (2003). Les facteurs étiologiques du trouble d'anxiété généralisée : État actuel des connaissances sur les facteurs psycho-sociaux. *L'Encéphale : Revue de psychiatrie clinique biologique et thérapeutique*, 29(4), 351-361.
- Gosselin, P., Ladouceur, R., Evers, A., Laverdière, A., Routhier, S., & Tremblay-Picard, M. (2008). Evaluation of intolerance of uncertainty: Development and validation of a new self-report measure. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 1427-1439.

- Gosselin, P., Ladouceur, R., & Pelletier, O. (2005). Évaluation de l'attitude d'un individu face aux différents problèmes de vie : le Questionnaire d'Attitude face aux Problèmes. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 15, 141-153.
- 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(2), 34-37.
- Heimberg, R., Turk, C., & Mennin, D. (2004). *Generalized Anxiety Disorder: Advances in research and practices*. New York: The Guilford Press.
- Holowka, D. W., Dugas, M. J., Francis, K., & Laugesen, N. (2000, Novembre). Measuring beliefs about worry: A psychometric evaluation of the Why Worry-II questionnaire. Affiche présentée au congrès annuel de l'Association for Advancement of Behavior Therapy, New Orleans, LA.
- Kessler, R. C., Walters, E. E., & Wittchen, H.-U. (2004). Epidemiology. Dans R. Heimberg, C. Turk, & D. Mennin (Eds), *Generalized Anxiety Disorder: Advances in research and practices* (pp. 29-50). New York: The Guilford Press.
- Klein D (1964) Delineation of two drug-responsive anxiety syndromes. *Psychopharmacology*, 5, 397-408.
- Lachance, S., Ladouceur, R., & Dugas, M. J. (1999). Éléments d'explication de la tendance à s'inquiéter. *Applied Psychology: An International Review*, 48(2), 187-196.
- Ladouceur, R., Blais, F., Freeston, M., & Dugas, M. J. (1998). Problem solving and problem orientation in generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 12(2), 139-152.
- 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.
- Ladouceur, R., Talbot, F., & Dugas, M. J. (1997). Behavioral expressions of intolerance of uncertainty in worry. *Behavioral Modification*, 21(3), 355-371.
- Le Petit Larousse*. (2007). Paris : Larousse.
- Lépine, J-P. (2002). The epidemiology of anxiety disorders: Prevalence and societal costs. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63(14), 4-8.

- Macleod, A. K., Williams, M. G., & Bekerian D. A. (1991). Worry is reasonable: the role in pessimism about future personal events. *Journal of Abnormal Psychology, 100*, 478-486.
- Maier, W., Gansicke, M., Freyberger, H. J., Linz, M., Heun, R., & Lecrubier, Y. (2000). Generalized anxiety disorder (ICD-10) in primary care from a cross-cultural perspective: a valid diagnostic entity? *Acta psychiatrica Scandinavica, 101*(1), 29-36.
- Mennin, D. S., Heimberg, R. G., Turk, C. L., & Fresco, D. M. (2002). Applying an emotion regulation framework to integrative approaches of generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology: Science and Practice, 9*(1), 85-90.
- Norton, P. J., Sexton, K., A., Walker, J., R., & Norton, G. R. (2005). Hierarchical model of vulnerabilities for anxiety: Replication and extension with a clinical sample. *Cognitive Behaviour Therapy, 34*(1), 50-63.
- Provencher, M., 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*(4), 404-414.
- Rachman, S., & Hodgson, R. (1980). *Obsessions and compulsions*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Rapee, R. M. (1993). The utilization of working memory by worry. *Behavior Research and Therapy, 31*, 617-620.
- Robichaud, M., Dugas, M. J., & Conway, M. (2003). Gender differences in worry and associated cognitive-behavioral variables. *Journal of Anxiety Disorders, 17*(5), 501-516.
- Roemer, L., Orsillo, S. M., & Barlow, D. H. (2002). Generalized anxiety disorder. Dans D. H. Barlow (Ed.), *Anxiety and its disorders: The nature of and treatment of anxiety and panic*. (pp. 477-515). New York: Guilford Press.
- Sanderson, W. C., & Barlow, D. H. (1990). A description of patients diagnosed with DSM-III-R generalized anxiety disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease, 178*, 588-591.
- Starcevic, V., & Bogojevic, G. (1999). The concept of generalized anxiety disorder : Between the too narrow and too wide diagnostic criteria. *Psychopathology, 32*, 5-11.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (Éds.). (2007). *Using Multivariate Statistics*: Pearson.

- Tallis, F., Eysenck, M., & Mathews, A. (1991). Elevated evidence requirements and worry. *Personality and Individual Differences*, 12, 21-27.
- 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(2), 233-242.
- Vrana, S. R., Cuthbert, B. N., & Lang, P. J. (1986). Fear imagery and text processing. *Psychophysiology*, 23(3), 247-253.
- Wells, A., & Carter, K. (2001). Further tests of a cognitive model of generalized anxiety disorder: Metacognitions and worry in GAD, panic disorder, social phobia, depression, and nonpatients. *Behavior Therapy*, 32(1), 85-102.

Appendice A

Analyses factorielles exploratoires entre le III et le QAP : la solution en sept facteurs

	Facteurs						
	1	2	3	4	5	6	7
IIIA-11 Je trouve inacceptable que la vie soit indéterminée	0,78						
IIIA-04 Je trouve intolérable que certaines facettes de la vie ne soient déterminées à l'avance	0,71						
IIIA-02 Je trouve insupportable de ne pas avoir de garantie dans la vie	0,69						
IIIA-01 J'accepte difficile que l'avenir soit incertain	0,69						
IIIA-09 Je supporte mal la possibilité qu'il puisse m'arriver un événement négatif	0,68						
IIIB-06 Je m'en fais beaucoup pour les incertitudes de la vie	0,68						
IIIB-28 Ne pas savoir ce que l'avenir me réserve m'amène à m'inquiéter	0,67						
IIIB-17 Les situations incertaines m'inquiètent	0,63						
IIIA-14 Je tolère mal d'être incertain-e au sujet de mon avenir	0,62						
IIIA-08 Je supporte peu les situations dans lesquelles je ne sais pas ce qu'il va se passer	0,62						
IIIA-03 Les autres semblent mieux tolérer l'incertitude que moi	0,61						
IIIA-07 Je trouve intolérable d'avoir à faire face à des situations imprévisibles	0,60						
IIIA-12 Lorsque je pense que quelque chose de négatif peut se produire, j'accepte difficilement de demeurer dans l'incertitude	0,60						
IIIA-10 Les délais d'attente sont insoutenables pour moi quand je ne sais pas ce qui va se passer	0,58						
IIIB-20 Penser que quelque chose d'inattendu puisse survenir m'inquiète	0,57						
IIIA-05 Je supporte mal que la possibilité qu'il puisse m'arriver un événement négatif	0,56						

	Facteurs						
	1	2	3	4	5	6	7
IIIB-15 J'ai tendance à m'inquiéter lorsque je suis incertain-e de ce qui va se passer	0,55						
IIIA-15 J'ai besoin de certitudes dans ce que j'entreprends	0,51						
IIIA-06 Lorsque j'attends une nouvelle importante, je supporte mal de rester dans l'incertitude	0,49						
IIIA-13 J'aimerais mieux savoir tout et tout de suite plutôt que de rester dans l'incertitude	0,46						
QAP-06 Souvent, j'ai l'impression que les problèmes qui m'arrivent ne peuvent pas être résolus		0,78					
QAP-04 Les problèmes qui m'arrivent me semblent souvent insurmontables		0,76					
QAP-03 Souvent, avant même d'avoir essayé de trouver une solution, je me dis qu'il est difficile de résoudre un problème		0,70					
QAP-07 Même si j'arrive à voir certaines solutions à mes problèmes, je doute qu'ils pourront se régler facilement		0,70					
QAP-05 Lorsque je tente de résoudre un problème, je remets souvent en question mes habiletés		0,70					
QAP-02 Je doute souvent de mes capacités à résoudre des problèmes		0,67					
QAP-09 Ma première réaction devant un problème est de remettre en question mes habiletés		0,65					
QAP-08 J'ai tendance à voir les problèmes comme un danger		0,61					
QAP-12 Je considère les problèmes comme des obstacles qui perturbent mon fonctionnement		0,60					
QAP-10 Je perçois souvent mes problèmes comme étant plus gros qu'ils le sont en réalité		0,58					

	Facteurs						
	1	2	3	4	5	6	7
QAP-11 Même si j'ai regardé un problème sous tous les angles possibles, je me demande encore si la solution que j'ai retenue va être efficace		0,56					
QAP-01 Je perçois mes problèmes comme étant menaçants à mon bien-être		0,50					
IIIB-27 Je préfère tout contrôler afin de diminuer les incertitudes			0,80				
IIIB-18 Lorsque je suis incertain-e de ce qui va arriver, j'essai de tout contrôler			0,79				
IIIB-10 Je dois tout contrôler pour empêcher les conséquences négatives de survenir			0,75				
IIIB-24 J'ai tendance à vouloir contrôler les activités de mes proches afin de diminuer les chances qu'il leur arrive quelque chose			0,69				
IIIB-04 J'ai tendance à vouloir diriger les autres pour ne pas qu'un imprévu leur arrive			0,67				
IIIB-19 J'ai tendance à surestimer la probabilité qu'un malheur arrive lorsque je ne sais pas ce qu'il va se passer				0,71			
IIIB-29 En situation d'incertitude, j'ai tendance à exagérer les chances que les choses se déroulent mal				0,71			
IIIB-23 Lorsque je suis incertain-e, j'ai tendance à surestimer les chances que les événements tournent mal				0,69			
IIIB-14 Lorsqu'un événement négatif est possible, je surestime souvent les probabilités qu'il se produise				0,66			
IIIB-03 J'exagère souvent les chances que le pire arrive lorsqu'un imprévu se présente				0,61			
IIIB-09 Lorsque je suis incertain-e, j'ai besoin d'être rassuré-e par les autres					0,75		
IIIB-05 J'ai souvent recours aux autres pour me rassurer lorsque je ne sais pas ce qui va se passer					0,75		

	Facteurs						
	1	2	3	4	5	6	7
IIIB-11 J'ai tendance à demander l'opinion des autres lorsque je suis incertain-e de ce qui va se passer					0,74		
IIIB-16 Je demande souvent la même information à plusieurs personnes pour me rassurer face à ce qui va se passer					0,59		
IIIB-25 Même s'il y a peu de chances qu'un événement négatif survienne, on doit souvent me répéter que tout ira bien							
IIIB-12 J'évite les situations qui sont susceptibles de présenter des imprévus						0,72	
IIIB-22 J'ai tendance à ne pas m'engager dans les activités qui comportent une part d'incertitude						0,65	
IIIB-08 La possibilité qu'un événement négatif survienne m'amène à éviter certaines activités						0,61	
IIIB-01 Je préfère éviter les situations incertaines						0,51	
IIIB-26 Je préfère plutôt laisser tomber un projet plutôt que d'avoir à vivre dans l'incertitude						0,51	
IIIB-21 Lorsque je suis incertain-e, j'ai tendance à douter de mes capacités		0,45					0,53
IIIB-07 Je doute souvent de moi lorsque la situation est incertaine		0,45					0,49
IIIB-02 Lorsque je me retrouve dans une situation incertaine, j'ai tendance à douter de ce que je fais							0,45
IIIB-13 Lorsque l'issue d'un événement est incertaine, je doute souvent d'avoir fait tout ce qu'il fallait							0,42
IIIB-30 J'ai souvent à remettre mes choix en question lorsque je suis incertain-e de ce qui va se passer							0,40

Notes. Seules les pondérations supérieures à 0,30 sont présentées.

Appendice B
III et QAP

QAP

Les gens réagissent de différentes façons lorsqu'ils font face à des problèmes de la vie quotidienne (ex : problèmes de santé, disputes, manques de temps, etc.). Veuillez utiliser l'échelle ci-dessous pour exprimer jusqu'à quel point chacun des énoncés correspond à votre façon de réagir ou de penser lorsque vous êtes confronté(e) à un problème. Encerclez le chiffre qui vous représente le mieux à la droite de chaque item.

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

1.	Je perçois les problèmes comme étant menaçants pour mon bien-être.	1	2	3	4	5
2.	Je doute souvent de mes capacités à résoudre les problèmes.	1	2	3	4	5
3.	Souvent, avant même d'avoir essayé de trouver une solution, je me dis qu'il est difficile de résoudre un problème.	1	2	3	4	5
4.	Les problèmes qui m'arrivent me semblent souvent insurmontables.	1	2	3	4	5
5.	Lorsque je tente de résoudre un problème, je remets souvent en question mes habiletés.	1	2	3	4	5
6.	Souvent, j'ai l'impression que les problèmes qui m'arrivent ne peuvent pas être résolus.	1	2	3	4	5
7.	Même si j'arrive à voir certaines solutions à mes problèmes, je doute qu'ils pourront se régler facilement.	1	2	3	4	5
8.	J'ai tendance à voir les problèmes comme un danger.	1	2	3	4	5

9.	Ma première réaction devant un problème est de remettre en question mes habiletés.	1	2	3	4	5
10.	Je perçois souvent mes problèmes comme étant plus gros qu'ils le sont en réalité.	1	2	3	4	5
11.	Même si j'ai regardé un problème sous tous les angles possibles, je me demande encore si la solution que j'ai retenue va être efficace.	1	2	3	4	5
12.	Je considère les problèmes comme des obstacles qui perturbent mon fonctionnement.	1	2	3	4	5

III – Partie A

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

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

1.	J'accepte difficilement que l'avenir soit incertain.	1	2	3	4	5
2.	Je trouve insupportable de ne pas avoir de garanties dans la vie.	1	2	3	4	5
3.	Les autres semblent mieux tolérer l'incertitude que moi.	1	2	3	4	5
4.	Je trouve intolérable que certaines facettes de la vie ne soient pas déterminées à l'avance.	1	2	3	4	5
5.	Je supporte mal la possibilité qu'il puisse m'arriver un événement négatif.	1	2	3	4	5
6.	Lorsque j'attends une nouvelle importante, je supporte mal de rester dans l'incertitude.	1	2	3	4	5
7.	Je trouve intolérable d'avoir à faire face à des situations imprévisibles.	1	2	3	4	5
8.	Je supporte peu les situations dans lesquelles je ne sais pas ce qui va se passer.	1	2	3	4	5
9.	Le fait de ne pas savoir à l'avance ce qui arrivera est souvent inacceptable pour moi.	1	2	3	4	5
10.	Les délais d'attente sont insoutenables pour moi quand je ne sais pas ce qui va se passer.	1	2	3	4	5
11.	Je tolère difficilement les incertitudes de la vie.	1	2	3	4	5

12. Lorsque je pense que quelque chose de négatif peut se produire, j'accepte difficilement de demeurer dans l'incertitude.	1	2	3	4	5
13. J'aimerais mieux savoir <u>tout</u> et <u>tout de suite</u> plutôt que de rester dans l'incertitude.	1	2	3	4	5
14. J'ai de la difficulté à supporter la possibilité qu'un imprévu puisse survenir.	1	2	3	4	5
15. J'ai besoin de certitudes dans ce que j'entreprends.	1	2	3	4	5

III – Partie B

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

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

1.	Je préfère éviter les situations incertaines.	1	2	3	4	5
2.	Lorsque je me retrouve dans une situation incertaine, j'ai tendance à douter de ce que je fais.	1	2	3	4	5
3.	J'exagère souvent les chances que le pire arrive lorsqu'un imprévu se présente.	1	2	3	4	5
4.	J'ai tendance à vouloir diriger les autres pour ne pas qu'un imprévu leur arrive.	1	2	3	4	5
5.	J'ai souvent recours aux autres pour me rassurer lorsque je ne sais pas ce qui va se passer.	1	2	3	4	5
6.	Je m'en fais beaucoup pour les incertitudes de la vie.	1	2	3	4	5
7.	Je doute souvent de moi lorsque la situation est incertaine.	1	2	3	4	5
8.	La possibilité qu'un événement négatif survienne m'amène à éviter certaines activités.	1	2	3	4	5
9.	Lorsque je suis incertain-e, j'ai besoin d'être rassuré-e par les autres.	1	2	3	4	5
10.	Je dois tout contrôler pour essayer d'empêcher les conséquences négatives de survenir.	1	2	3	4	5
11.	J'ai tendance à demander l'opinion des autres lorsque je suis incertain-e de ce qui va se passer.	1	2	3	4	5

12. J'évite les situations qui sont susceptibles de présenter des imprévus.	1	2	3	4	5
13. Lorsque l'issue d'un événement est incertaine, je doute souvent d'avoir fait tout ce qu'il fallait.	1	2	3	4	5
14. Lorsqu'un événement négatif est possible, je surestime souvent les probabilités qu'il se produise.	1	2	3	4	5
15. J'ai tendance à m'inquiéter lorsque je suis incertain-e de ce qui va se passer.	1	2	3	4	5
16. Je demande souvent la même information à plusieurs personnes pour me rassurer face à ce qui va se passer.	1	2	3	4	5
17. Les situations incertaines m'inquiètent.	1	2	3	4	5
18. Lorsque je suis incertain-e de ce qui va se passer, j'essaie de tout contrôler.	1	2	3	4	5
19. J'ai tendance à surestimer la probabilité qu'un malheur arrive lorsque je ne sais pas ce qui va se passer.	1	2	3	4	5
20. Penser que quelque chose d'inattendu puisse survenir m'inquiète.	1	2	3	4	5
21. Lorsque je suis incertain-e, j'ai tendance à douter de mes capacités.	1	2	3	4	5
22. J'ai tendance à ne pas m'engager dans les activités qui comportent une part d'incertitude.	1	2	3	4	5
23. Lorsque je suis incertain-e, j'ai tendance à surestimer les chances que les événements tournent mal.	1	2	3	4	5
24. J'ai tendance à vouloir contrôler les activités de mes proches afin de diminuer les chances qu'il leur arrive quelque chose.	1	2	3	4	5
25. Même s'il y a peu de chances qu'un événement négatif survienne, on doit souvent me répéter que tout ira bien.	1	2	3	4	5
26. Je préfère laisser tomber un projet plutôt que d'avoir à vivre dans l'incertitude.	1	2	3	4	5
27. Je préfère tout contrôler afin de diminuer les incertitudes.	1	2	3	4	5
28. Ne pas savoir ce que l'avenir me réserve m'amène à m'inquiéter.	1	2	3	4	5

29. En situation d'incertitude, j'ai tendance à exagérer les chances que les choses se déroulent mal.	1	2	3	4	5
30. J'ai souvent tendance à remettre mes choix en question lorsque je suis incertain-e de ce qui va se passer.	1	2	3	4	5