

OLIVIER PELLETIER

**VALIDATION DU «QUESTIONNAIRE DES CROYANCES RELIÉES À LA SANTÉ»
ET DU «POURQUOI S'INQUIÉTER FACE À LA SANTÉ» AUPRÈS D'ÉTUDIANTS
UNIVERSITAIRES FRANCOPHONES**

Mémoire

présenté

à la Faculté des études supérieures

de l'Université Laval

pour l'obtention

du grade de maître en psychologie (M.Ps.)

École de Psychologie

FACULTÉ DES SCIENCES SOCIALES

UNIVERSITÉ LAVAL

MARS 2001



**National Library
of Canada**

**Acquisitions and
Bibliographic Services**

**395 Wellington Street
Ottawa ON K1A 0N4
Canada**

**Bibliothèque nationale
du Canada**

**Acquisitions et
services bibliographiques**

**395, rue Wellington
Ottawa ON K1A 0N4
Canada**

Your file Votre référence

Our file Notre référence

The author has granted a non-exclusive licence allowing the National Library of Canada to reproduce, loan, distribute or sell copies of this thesis in microform, paper or electronic formats.

The author retains ownership of the copyright in this thesis. Neither the thesis nor substantial extracts from it may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

L'auteur a accordé une licence non exclusive permettant à la Bibliothèque nationale du Canada de reproduire, prêter, distribuer ou vendre des copies de cette thèse sous la forme de microfiche/film, de reproduction sur papier ou sur format électronique.

L'auteur conserve la propriété du droit d'auteur qui protège cette thèse. Ni la thèse ni des extraits substantiels de celle-ci ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans son autorisation.

0-612-60743-7

Canada

Résumé

Peu d'instruments évaluent les variables cognitives sous-jacentes à l'Anxiété face à la Santé (AS) ou à l'Hypocondrie. Si des instruments mesurent la tendance à l'amplification sensorielle et la conviction d'être atteint d'une maladie, aucun questionnaire n'a réussi à déceler spécifiquement les croyances générales face à la santé ou les croyances associées aux inquiétudes face à la maladie. Ces deux variables cognitives peuvent maintenir les symptômes hypocondriaques. La présente recherche a pour but d'élaborer et de valider deux questionnaires : le Questionnaire des Croyances Reliées à la Santé (QCRS) et le questionnaire Pourquoi S'Inquiéter face à la Santé (PSI-S). L'étude 1 vise à épurer les items des deux questionnaires en éliminant ceux qui sont non pertinents et la seconde étude détermine leurs qualités psychométriques. Les versions finales du QCRS et du PSI-S possèdent 19 et 13 items respectivement. Leurs indices de validité et de fidélité s'avèrent excellents. Le QCRS possède cinq composantes : (1) responsabilité, (2) santé, (3) conséquences, (4) pensée magique et (5) vulnérabilité; le PSI-S en contient deux : (1) utilité et (2) pensée magique.

Olivier Pelletier

Étudiant à la maîtrise

Robert Ladouceur, Ph.D.

Directeur de recherche

Avant-propos

J'ai maintenant l'occasion et l'immense plaisir de remercier toutes les personnes qui ont participé à la réalisation de ce mémoire. Tout d'abord, j'aimerais grandement remercier mon directeur de recherche, Monsieur Robert Ladouceur. Je vous serai toujours reconnaissant pour m'avoir si bien conseillé tout au long de ma formation dans votre laboratoire. J'ai réellement apprécié le support et l'encouragement que j'ai reçu. Je souligne aussi la grande rapidité avec laquelle vous avez répondu à mes nombreuses interrogations, et ce, même si le nombre d'étudiants sous votre supervision était très élevé. Je vous remercie avec gratitude aussi pour les nombreux contrats que vous m'avez offerts tout au long de mon séjour. Ces derniers ont été hautement formateurs et très appréciés sur le plan financier. J'ai adoré faire partie de ce laboratoire stimulant et je me compte extrêmement chanceux d'avoir eu votre confiance et votre appui. Merci mille fois et j'espère que cette complicité va continuer dans le futur.

Je tiens aussi à remercier spécialement Frédéric Langlois pour l'excellente co-supervision qu'il m'a offerte lors de cette recherche. J'apprécierai toujours ton sens de l'humour hyper-développé, ton support constant et les excellents conseils que tu prodigues. Merci également pour l'encouragement que tu m'a donné lors des étapes les plus sombres alors que j'en avais besoin. J'espère bien entretenir cette merveilleuse amitié l'année prochaine à l'Hôtel-Dieu de Lévis.

Je tiens à remercier d'une façon spéciale Patrick Gosselin pour les nombreux et précieux conseils qu'il m'a fournis tout au long de l'année. Merci d'avoir répondu à toutes mes questions, et ce, à n'importe quel moment de la journée et toujours avec le sourire. Merci aussi pour tes corrections judicieuses qui m'ont permis d'apprendre beaucoup. Je me suis amélioré grandement à cause de toi, tu es une ressource exceptionnelle et tu seras toujours un ami à mes yeux.

Un gros merci également à Philippe Saindon et Catherine Quesnel pour les corrections apportées au mémoire. Je vous en suis extrêmement reconnaissant et n'hésitez pas à me demander quoi que ce soit dans le futur; je vous dois une fière chandelle.

Merci à Julie Bertrand et Rémi Archambault pour m'avoir aidé lors de l'entrée de données, la passation des questionnaires et aussi pour m'avoir supporté et surtout dépanné avec les ordinateurs!. Merci aussi à tous les membres du Laboratoire de thérapies cognitives et comportementales de l'Université Laval pour le support moral qu'ils m'ont apporté et l'ambiance exaltante du midi. Merci également à Julie Nadeau et Mélanie Fortin pour la passation de questionnaires. Merci à toi, Anne Caron, je resterai toujours ton Samuel (blague de complice). Je remercie aussi Hans Ivers et Jean Leblond pour leur aide précieuse au niveau statistique, cela m'a été d'un très grand secours.

Merci à toi Mariève, ma toune, pour ton amour, tes encouragements et surtout pour être toi. Merci pour ta présence et la belle relation qu'on entretient. Merci à tous mes amis, spécialement à Denis et Alain, qui, sans le savoir, m'ont permis d'avoir une vie équilibrée entre les travaux de recherche et le divertissement.

Je tiens à remercier fortement mes parents qui ont fait de moi ce que je suis aujourd'hui. Merci pour votre soutien, pour votre patience et pour votre enseignement : «On arrive toujours à ce qu'on veut dans la vie, il faut juste se retrousser les manches et le faire.» C'est à cause de vous que je suis rendu aussi loin et que je vais continuer encore à le faire. Merci beaucoup.

Sincères remerciements à tous les participants qui ont rempli les questionnaires de l'une ou l'autre des études de ce projet. Merci pour votre sérieux, votre patience et votre contribution à la recherche. Finalement, je tiens à remercier la contribution financière du Laboratoire de Thérapies Cognitive et Comportementale de l'Université Laval du Docteur Robert Ladouceur qui a permis la réalisation de ce mémoire.

1.5.1.2.7	Questionnaire Pourquoi S'Inquiéter face à la Santé (version finale).....	27
1.5.2	Résultats.....	27
1.5.2.1	Statistiques descriptives au QCRS et au PSI-S.....	27
1.5.2.2	Structures factorielles du QCRS et du PSI-S.....	27
1.5.2.2.1	Structure factorielle du QCRS.....	28
1.5.2.2.2	Structure factorielle du PSI-S.....	29
1.5.2.3	Relations entre les variables.....	30
1.5.2.4	Différences de moyennes au QCRS et au PSI-S entre les gens qui s'inquiètent modérément ou beaucoup.....	31
1.5.3	Discussion.....	32
1.6	Références.....	40
1.7	Note de l'auteur.....	45
1.8	Tableaux.....	46
1.8.1	Tableau 1.....	46
1.8.2	Tableau 2.....	48
1.8.3	Tableau 3.....	49
1.8.4	Tableau 4.....	50
1.8.5	Tableau 5.....	51
1.8.6	Tableau 6.....	52
 CHAPITRE III :		
	CONCLUSION GÉNÉRALE.....	53
 LISTE DES OUVRAGES CITÉS.....		
	NOTE DE L'AUTEUR.....	63
	ANNEXES.....	64

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : <u>Étude 1</u> : Structure factorielle pour les croyances générales face à la santé du QCRS (initial).....	46
Tableau 2 : <u>Étude 1</u> : Structure factorielle pour les croyances associées aux inquiétudes face à la maladie du PSI-S (initial).....	48
Tableau 3 : <u>Étude 2</u> : Moyenne au QCRS et au PSI-S selon le sexe.....	49
Tableau 4 : <u>Étude 2</u> : Structure factorielle pour les croyances générales face à la santé du QCRS (final).....	50
Tableau 5 : <u>Étude 2</u> : Structure factorielle pour les croyances associées aux inquiétudes face à la maladie du PSI-S (final).....	51
Tableau 6 : <u>Étude 2</u> : Corrélation pour toutes les mesures et les sous-échelles des questionnaires de l'étude 2.....	52

CHAPITRE I

INTRODUCTION GÉNÉRALE

Plus de 60% des consultations médicales sont reliées à des symptômes pour lesquels aucune étiologie médicale ne peut être détectée (Dans Hankin & Oktay, 1979). L'Hypocondrie et les symptômes hypocondriaques se rencontrent principalement en milieu hospitalier par les cliniciens, les médecins et plusieurs autres intervenants en santé. Elle est caractérisée par une préoccupation centrée sur la crainte ou sur l'idée d'être atteint d'une maladie grave, fondée sur l'interprétation erronée de symptômes physiques ou de manifestations du fonctionnement corporel (APA, 1994). Ce trouble psychologique se présente chez des gens n'ayant aucune pathologie organique ou chez des individus qui réagissent trop fortement (voire exagérément) aux symptômes de leur maladie physique et ce, en dépit d'une réassurance médicale appropriée (Salkovskis, 1991a). La prévalence de l'Hypocondrie est difficile à estimer en raison des limites nosologiques floues entre ce trouble et les autres troubles psychologiques comme le Trouble d'anxiété généralisée (TAG), le Trouble obsessionnel-compulsif (TOC) ou encore le Trouble panique (TP). De plus, la limite entre le trouble clinique et les préoccupations normales n'est pas clairement définie (Barsky, Whyshak, Klerman & Lathame, 1990). Une étude récente menée auprès de plusieurs sites internationaux rapporte une prévalence de 0.8% à 1.5% dans la population générale (Gureje, ÜstÜN, & Simon. 1997). Par contre, la prévalence de l'Hypocondrie en pratique médicale serait de 4 à 9 % (Barsky, Whyshak, & Klerman, 1990a). Il en résulte plusieurs conséquences négatives, notamment l'utilisation abusive des services médicaux, l'augmentation importante des coûts reliés à la santé et l'allongement de la période d'attente pour les consultations (Katon, Ries, & Kleinman, 1984). Ce trouble peut avoir un impact au niveau du rendement professionnel (absentéisme au travail) ou des relations interpersonnelles s'il n'est pas traité (Warwick & Marks, 1988). Sous prétexte de vouloir rester en santé, les gens atteints adoptent divers comportements tels que la prise de médicaments, de comprimés, de vitamines ou encore l'adoption d'un régime d'exercice rigoureux, diètes et autres médecines alternatives (e.g. yoga ou acupuncture). Ces réponses comportementales s'avèrent souvent excessives et coûteuses en temps et en argent

(Barsky, Fama, Bailey, & Ahern, 1998). Ces individus abuseraient parfois de médicaments non prescrits pour un usage quotidien, ce qui peut s'avérer dangereux.

Malgré le nombre élevé de gens touchés par cette problématique et les nombreuses conséquences qui en découlent, peu de recherches sont réalisées sur l'Hypocondrie (Salkovskis, 1991b). En effet, peu d'instruments permettent d'évaluer les variables cognitives sous-jacentes à l'Hypocondrie, entraînant aussi une lacune importante au niveau de la compréhension de ce trouble. Des questionnaires évaluant l'amplification sensorielle et la conviction d'être malade ont déjà été élaborés. Par contre, aucun de ces outils ne décèle avec précision les variables cognitives comme les croyances générales liées à la santé ou les croyances associées aux inquiétudes face à la maladie. Cette recherche vise à élaborer et à valider deux questionnaires portant sur l'évaluation des croyances erronées face à la maladie.

Raisons qui expliquent le faible taux de recherches effectuées sur la problématique

Plusieurs raisons expliquent le faible nombre de recherches menées sur ce trouble. Premièrement, l'Hypocondrie n'est pas très bien définie. Au cours du dernier siècle, le trouble a été considéré comme étant une dépression masquée, une tendance à amplifier les sensations physiologiques, un état transitoire entre la névrose et la psychose, une manifestation anxieuse (Kellner, 1992), un trait de personnalité (Tyrrer, Fowler-Dixon, & Ferguson, 1990) ou encore de l'anxiété face à la santé (AS) (Salkovskis, 1989). De plus, certains patients consultent parce qu'ils sont convaincus d'être malades et ce, même si aucun diagnostic physique ne peut être émis, alors que d'autres consultent par peur de la maladie. Certains chercheurs ont découvert que l'Hypocondrie peut se manifester de façon persistante, à la manière d'un trouble de la personnalité (Tyrrer et al., 1990). D'autres rapportent qu'elle peut apparaître de façon transitoire, sur une période limitée dans le temps, tel qu'observé chez les étudiants en médecine (Kellner, Wiggins, & Pathak, 1986). Elle pourrait aussi se présenter de manière intermittente. Par exemple, un individu pourrait consulter à plusieurs reprises

sur une courte période pour ensuite cesser toute consultation pendant plusieurs mois (Robbins & Kirmayer, 1996). L'Hypocondrie peut à la fois survenir chez les individus n'ayant reçu aucun diagnostic clinique sur le plan organique et chez des individus présentant une maladie physique mais qui exagèrent le nombre ou la sévérité de leurs symptômes (Salkovskis, 1991a). Cette dichotomie s'avère problématique puisque certains considèrent qu'un trouble somatoforme doit survenir seulement lorsque toute atteinte physique est écartée du tableau clinique. En somme, il n'existe pas de consensus au niveau nosologique.

Deuxièmement, la comorbidité de cette problématique avec d'autres troubles mentaux s'avère très élevée (Noyes, 1999), ce qui suggère qu'elle soit seulement secondaire à un autre trouble psychopathologique. Donc, puisque l'Hypocondrie se présente rarement seule, certains chercheurs proposent que cette dernière puisse se résoudre en ne traitant que le trouble primaire (Kellner, 1986). Cette vision de l'Hypocondrie amène certains chercheurs à délaissier les recherches sur son traitement spécifique. Ceci réduit malheureusement le développement et l'avancement des connaissances sur cette problématique.

Conséquences associées au manque de compréhension de l'Hypocondrie et de ses variables cognitives sous-jacentes

Le manque de compréhension de l'Hypocondrie engendre plusieurs conséquences au plan clinique telles que le recours au diagnostic des problèmes psychologiques par exclusion (Salkovskis, 1991a). Barsky, Frank, Cleary, Wyshak et Klerman (1991) ont démontré que le médecin traitant formule un diagnostic d'Hypocondrie en fonction de la frustration provoquée chez lui par le patient hypocondriaque. Souvent, les médecins multiplient les références inadéquates avant de déléguer la tâche à des intervenants en santé mentale. Ces nombreuses consultations ne font que renforcer la conviction du patient envers sa maladie, ce qui rend l'adhérence à un traitement psychologique d'autant plus ardue. En effet, cette intervention s'avère difficile à réaliser, puisqu'il faut tout d'abord

convaincre le patient de rencontrer un psychologue et lui présenter l'idée que son trouble n'est pas entièrement attribuable à sa condition physique. Les arguments doivent être suffisamment convaincants pour que le patient considère la possibilité de s'engager dans une psychothérapie. La compréhension des composantes qui maintiennent l'Hypocondrie et la prise en considération par l'intervenant des croyances du patient s'avèrent alors primordiales afin d'éviter que ce dernier refuse de se présenter aux rencontres ultérieures.

Il apparaît y avoir un manque d'instruments conçus pour évaluer les variables cognitives et comportementales qui maintiennent le trouble. Cela explique en partie le peu de recherches concluantes sur un traitement fiable. En effet, peu de professionnels de la santé mentale offrent un traitement approprié pour cette problématique. Avant les années 90, il n'existait aucun traitement spécifique à l'Hypocondrie qui soit largement accepté et reconnu comme étant efficace (Barsky, 1992). La stratégie thérapeutique la plus répandue consistait alors à rassurer le patient. Toutefois, selon Salkovskis et Warwick (1986), cette intervention risque d'entretenir, voire d'augmenter l'anxiété chez le patient ayant des tendances hypocondriaques. Plusieurs auteurs ont alors commencé à désigner l'ensemble des symptômes hypocondriaques comme étant de l'Anxiété face à la Santé (AS) puisque de grandes similarités avec les troubles anxieux sont observées (Schimdt, 1994; Warwick & Salkovskis, 1990). Cette appellation permet l'utilisation des techniques comportementales appliquées normalement pour contrer les troubles anxieux. En raison du chevauchement des symptômes de l'Hypocondrie avec plusieurs troubles anxieux, nous aborderons celle-ci en terme d'Anxiété face à la Santé (AS) lors de la présente étude. Ces chercheurs ont donc testé des techniques qui s'étaient avérées efficaces pour traiter d'autres problématiques comme l'obsession-compulsion, les phobies et le Trouble panique. Ainsi, on retrouve dans la littérature quelques études portant sur différentes techniques comme la désensibilisation systématique, l'arrêt de la pensée, l'exposition in vivo, la relaxation appliquée, les procédures de contrôle de soi et l'exposition avec prévention de la réponse

(Bouman & Visser, 1998). Une étude de traitement menée par Warwick, Clark, Cobb et Salkovskis (1996) a démontré que l'approche cognitivo-comportementale était très efficace pour atténuer les symptômes hypocondriaques. On remarque aussi que, comme chez les patients anxieux, les personnes présentant des symptômes hypocondriaques semblent entretenir plusieurs croyances erronées et souffrir de leurs inquiétudes. Toutefois, peu d'études ont utilisé la restructuration cognitive au niveau des croyances générales liées à la santé. Bouman et Visser (1998) ont démontré qu'un traitement cognitif, incluant la restructuration des fausses croyances, est aussi efficace qu'un traitement utilisant l'exposition in vivo et la prévention de la réponse pour diminuer significativement les symptômes d'Hypocondrie. Les fausses croyances semblent être une variable impliquée dans le maintien de l'Anxiété face à la Santé (AS). Il apparaît donc important d'évaluer ces croyances et ces inquiétudes pour pouvoir amener une correction à ces niveaux en thérapie.

Les croyances générales face à la santé

Bien que les variables cognitives de l'AS (ou de l'Hypocondrie) ne soient pas encore totalement compris, Salkovskis (1996) propose que l'inquiétude excessive face à la maladie serait maintenue par la fausse croyance d'être atteint d'une maladie. Cette fausse croyance engendrerait un cercle vicieux. Les symptômes somatiques seraient, quant à eux, exacerbés par l'attention sélective et l'attribution erronée des symptômes et de l'anxiété (Kellner, 1986). De plus, les croyances liées à la santé influenceraient l'interprétation et la perception des sensations corporelles (Skelton & Croyle, 1991) et interagiraient avec la représentation de la maladie de l'individu (Williams, 1997). Certains chercheurs considèrent que la conviction d'être atteint d'une maladie constitue l'élément central du maintien de l'AS (Salkovskis, 1996). Toutefois, plusieurs auteurs s'accordent pour dire que certaines croyances générales concernant la santé, autre que la conviction, influenceraient aussi le maintien du problème (Gosselin, Langlois, Ladouceur, Drouin, & Brunelle, 1999; Salkovskis, 1996; Wagner & Curran, 1984; Warwick & Salkovskis, 1990; Williams, 1997). Selon Salkovskis (1991b) il est

relativement difficile de modifier les comportements impliqués dans les problèmes somatiques sans tenir compte des croyances sous-jacentes. Ces croyances erronées concernant la santé seraient présentes chez les gens démontrant une forte tendance à l'anxiété face à la santé. Toutefois, ce processus n'a jamais été étudié directement puisque les questionnaires qui existent actuellement mesurent sans distinction les symptômes, les comportements hypocondriaques et les fausses croyances. Aucun d'eux ne cible spécifiquement les croyances générales face à la santé de manière spécifique, mise à part le Modèle des Croyances face à la Santé (MCS) de Wagner et Curran. Ce dernier évalue les croyances générales liées à la santé physique et mentale, les croyances sur la susceptibilité face à la maladie et l'importance perçue des problèmes de santé. Cet outil est conçu pour dépister les tendances hypocondriaques chez les gens qui s'inquiètent de façon excessive face à la maladie et qui consultent. Cependant, les items de ce questionnaire ne ciblent pas directement les croyances erronées. Le MCS prétend mesurer les croyances, mais le clinicien qui utilise cet instrument doit inférer les croyances du patient à partir d'une question indirecte. Par exemple, l'item : «Si je suis bouleversé émotionnellement, je vais aller chercher une aide professionnelle tout de suite.» peut dissimuler la croyance voulant que chaque problème émotionnel a des conséquences désastreuses et qu'il est nécessaire de consulter le plus tôt possible. Le clinicien doit extrapoler si le participant possède une croyance erronée ou non à partir d'éléments provenant de la question posée. Les croyances ne sont pas ciblées de manière explicite et ne peuvent donc pas être réévaluées en traitement puisqu'elles ne sont pas identifiées. De plus, ce questionnaire couvre seulement un petit éventail de croyances. Ceci suggère qu'il est nécessaire de bâtir une nouvelle mesure qui permettra d'évaluer l'ensemble des croyances présentes chez les individus ayant de fortes tendances hypocondriaques.

Les croyances associées aux inquiétudes face à la maladie

Une étude de traitement portant sur le traitement du Trouble d'anxiété généralisée (TAG) a démontré qu'il est très utile d'évaluer les croyances concernant le fait de s'inquiéter. La

restructuration de ces fausses croyances, accompagnée d'autres composantes thérapeutiques, diminue de façon cliniquement significative la tendance à s'inquiéter (Dugas, Gagnon, Ladouceur, & Freeston, 1998; Freeston, Rhéaume, Letarte, Dugas, & Ladouceur, 1994b; Laberge, Dugas, & Ladouceur, 2000; Ladouceur et al., 2000). Certains auteurs suggèrent d'utiliser la restructuration cognitive pour traiter les gens atteints d'AS (Langlois, Freeston, Gosselin, & Ladouceur, 1999b). Par contre, aucun instrument n'évalue les croyances reliées aux inquiétudes face à la maladie de manière explicite. Plusieurs instruments existent aussi pour évaluer l'Hypocondrie ou les croyances hypocondriaques, mais ils n'ont pas comme objectif d'évaluer les croyances générales ou les croyances à propos des inquiétudes face à la maladie. L'Index d'Hypocondrie de Whiteley (IHW) tiré du Questionnaire de Comportements face à la Maladie (QCM) de Pilowsky et Spence et l'Échelle d'Attitude face à la Maladie (ÉAM) de Kellner seraient les questionnaires les plus utilisés pour évaluer l'Hypocondrie. Ces instruments constituent de bons outils diagnostiques pour dépister l'Hypocondrie, mais ne visent pas à faire ressortir les croyances de façon spécifique. Encore une fois, il faut inférer les croyances qui sont sous-entendues. Ces questionnaires décèlent plutôt si la personne adopte ou non un comportement hypocondriaque. Bien qu'ils soient largement utilisés, ces questionnaires se concentrent sur la conviction d'être malade et oublient qu'il peut y avoir d'autres croyances profondément ancrées. Un instrument permettant de combler ces lacunes existe toutefois pour évaluer les croyances face aux inquiétudes. Ce questionnaire est le Pourquoi S'Inquiéter (PSI) (Freeston, Rhéaume, Letarte, Dugas, & Ladouceur, 1994b). Ce questionnaire permet d'évaluer cinq types de croyances reliées aux inquiétudes : (1) la résolution de problèmes, (2) la motivation, (3) la personnalité, (4) la pensée magique et (5) les émotions. Le PSI cible donc spécifiquement les croyances reliées aux inquiétudes. Toutefois, celui-ci est conçu pour évaluer les croyances générales face aux inquiétudes visant une multitude de thèmes. Il n'est pas

suffisamment spécifique pour évaluer correctement les croyances associées aux inquiétudes face à la maladie. Le PSI mérite qu'il soit adapté pour vérifier les croyances sur un seul et unique thème : les inquiétudes face à la maladie.

But de la recherche

Le principal objectif de cette recherche est de construire et valider deux instruments portant sur les croyances erronées qui affectent les individus atteints d'AS. Cette recherche présente les étapes impliquées dans la création de deux instruments. Le premier cible les croyances générales reliées à la santé et le second adapte le PSI à l'évaluation des croyances concernant les inquiétudes face à la maladie. Ces deux questionnaires pourront constituer des sources d'informations importantes et permettront d'approfondir ultérieurement les connaissances sur l'AS.

CHAPITRE II

VALIDATION DU «QUESTIONNAIRE DES CROYANCES RELIÉES À LA SANTÉ» ET DU «POURQUOI S'INQUIÉTER FACE À LA SANTÉ» AUPRÈS D'ÉTUDIANTS UNIVERSITAIRES FRANCOPHONES

En-tête : VALIDATION DU QCRS ET DU PSI-S

**VALIDATION DU «QUESTIONNAIRE DES CROYANCES RELIÉES À LA SANTÉ»
ET DU «POURQUOI S'INQUIÉTER FACE À LA SANTÉ» AUPRÈS D'ÉTUDIANTS
UNIVERSITAIRES FRANCOPHONES**

Olivier Pelletier

École de psychologie, Université Laval

Québec, Canada

G1K 7P4

Résumé

Peu d'instruments évaluent les variables cognitives sous-jacentes à l'Anxiété face à la Santé (AS) ou à l'Hypocondrie. Si des instruments mesurent la tendance à l'amplification sensorielle et la conviction d'être atteint d'une maladie, aucun questionnaire n'a réussi à déceler spécifiquement les croyances générales face à la santé ou les croyances associées aux inquiétudes face à la maladie. Ces deux processus peuvent maintenir les symptômes hypocondriaques. La présente recherche a pour but d'élaborer et de valider deux questionnaires : le Questionnaire des Croyances Reliées à la Santé (QCRS) et le questionnaire Pourquoi S'Inquiéter face à la Santé (PSI-S). L'étude 1 vise à épurer les items des deux questionnaires en éliminant ceux qui sont non pertinents et la seconde étude détermine leurs qualités psychométriques. Les versions finales du QCRS et du PSI-S possèdent 19 et 13 items respectivement. Leurs indices de validité et de fidélité s'avèrent excellents. Le QCRS possède cinq composantes : (1) responsabilité, (2) santé, (3) conséquences, (4) pensée magique et (5) vulnérabilité; le PSI-S en contient deux : (1) utilité et (2) pensée magique.

Mots clés : anxiété face à la santé, croyances, hypocondrie, validation, questionnaire, QCRS, PSI-S, qualités psychométriques, inquiétude, maladie.

VALIDATION DU «QUESTIONNAIRE DES CROYANCES RELIÉES À LA SANTÉ» ET DU «POURQUOI S'INQUIÉTER FACE À LA SANTÉ» AUPRÈS D'ÉTUDIANTS UNIVERSITAIRES FRANCOPHONES

L'Hypocondrie est une problématique rencontrée principalement en milieu hospitalier qui se caractérise par une préoccupation centrée sur la crainte ou sur l'idée d'être atteint d'une maladie grave, fondée sur l'interprétation erronée de symptômes physiques ou de manifestations du fonctionnement corporel (APA, 1994). Le taux de prévalence de l'Hypocondrie varie entre 0.8% et 1.5% dans la population générale selon une étude récente menée auprès d'une multitude de sites internationaux (Gureje, ÜstÜN & Simon, 1997). Le taux de prévalence de celle-ci oscille entre 4 et 9% en pratique médicale (Barsky, Whyshak & Klerman, 1990a). Cette problématique pousse les patients à s'engager dans des comportements coûteux en temps et en argent pour eux-mêmes et pour les autres. Ainsi, les gens souffrant de symptômes hypocondriaques peuvent consulter les médecins de manière abusive et engorger les services médicaux (Katon, Ries & Kleinman, 1984) ou encore s'absenter fréquemment de leur travail (Warwick & Marks, 1988). La souffrance qu'éprouvent les gens atteints d'Hypocondrie ainsi que les coûts associés à cette problématique montrent pourquoi il importe de mieux comprendre, dépister et traiter ce trouble ainsi que les variables cognitives qui y sont sous-jacents. Certains questionnaires permettent d'évaluer les variables cognitives qui maintiennent les symptômes hypocondriaques tels que l'amplification somato-sensorielle, la conviction d'être atteint d'une maladie, etc. Par contre, ces instruments ne couvrent pas l'ensemble de celles-ci. La présente étude élabore de nouveaux outils permettant de mieux identifier certaines variables qui maintiennent les symptômes hypocondriaques.

La ressemblance de l'Hypocondrie avec les troubles anxieux est à un point tel que la validité même de ce diagnostic est questionnée, certains chercheurs allant même jusqu'à redouter une erreur de classification dans les catégories du DSM-IV. L'Hypocondrie est considérée comme un trouble

somatoforme dans le DSM-IV (APA, 1994), mais certains considèrent qu'elle serait mieux classée dans la catégorie des troubles Anxieux (Fallon, Klein & Liebowitz, 1993; Schimtd, 1994). Certains comportements associés à l'Hypocondrie se retrouveraient aussi dans certains Troubles anxieux. Les comportements de vérification et le besoin d'être rassuré associés au Trouble obsessionnel-compulsif (TOC) de même que les préoccupations morbides déplaisantes à propos de la santé liées au Trouble d'anxiété généralisée (TAG) témoignent du chevauchement des critères de l'Hypocondrie et des Troubles anxieux. Ainsi, il est permis de croire à la présence de variables cognitives communes dans le TAG, le TOC et l'Hypocondrie (Langlois, Freeston, Gosselin & Ladouceur, 1999a). Effectivement, l'inquiétude, élément central du TAG, s'observe chez les patients atteints d'Hypocondrie. Toutefois, elle met en relief un seul thème, celui de la maladie (Barsky, 1996). Dans la population générale, Kellner (1985) évalue le taux de prévalence des inquiétudes face à la maladie entre 10% et 20 %, variant d'inquiétudes rationnelles à des peurs incapacitantes et constantes.

Étant donnée la grande ressemblance entre l'Hypocondrie et les troubles anxieux, certains auteurs suggèrent de désigner ce trouble comme étant de l'Anxiété face la santé (AS) (Warwick & Salkovskis, 1990; Schimtd, 1994). Nous aborderons l'Hypocondrie en terme d'Anxiété face à la Santé (AS) lors de la présente étude.

Le chevauchement des symptômes hypocondriaques avec les autres troubles anxieux a incité certains chercheurs à explorer les similitudes entre leurs variables cognitives sous-jacentes. Certains croient que les croyances erronées pourraient maintenir les inquiétudes face à la maladie chez les gens atteints d'AS de la même façon dont elles le font pour l'inquiétude chez les gens atteints du TAG. Selon Salkovskis (1996), l'inquiétude excessive face à la maladie serait maintenue par la fausse croyance d'être atteint d'une maladie. La conviction d'être malade peut prendre plusieurs formes (e.g., Je suis présentement porteur d'une maladie sans pour autant en ressentir les symptômes ou Les médecins n'ont pas diagnostiqué ma maladie correctement). Par contre, de nombreux auteurs croient

que d'autres croyances générales associées à la santé influenceraient le maintien du trouble sans nécessairement se présenter sous forme de conviction (Gosselin, Langlois, Ladouceur, Drouin & Brunelle, 1999; Salkovskis, 1996; Wagner & Curran, 1984; Warwick & Salkovskis, 1990; Williams, 1997). Plusieurs types de croyances générales sont répertoriés dans la littérature. Premièrement, il y a le fait de croire qu'un symptôme cache toujours une maladie grave (e.g., À chaque fois qu'il y a quelque chose de bizarre avec moi, je pense immédiatement à une maladie sérieuse comme le SIDA ou le cancer (Schmidt, 1994) ou Un symptôme cache toujours une maladie grave). Il y a aussi le sentiment de vulnérabilité (e.g., Il y a des problèmes de santé dans ma famille, je vais donc avoir ces problèmes de santé (Salkovskis, 1996)), des croyances sur l'évitement des maladies (e.g., Mes comportements préviennent l'apparition de catastrophes (Salkovskis, 1996)) et des croyances sur la santé (e.g., Être en bonne santé, c'est ne présenter aucun symptôme, inconfort et dysfonction (Barsky, Coeytaux, Sarnie, & Cleary, 1993)). On retrouve d'autres croyances comme celles concernant la façon de contracter une maladie (e.g., Voir ou lire sur la maladie peut la déclencher (Ferguson & Daniel, 1995), des croyances face aux conséquences de la maladie (e.g., Les conséquences de la maladie sont extrêmement sérieuses) et enfin des croyances sur le contrôle et la responsabilité envers la maladie (e.g., Lorsque je souffre d'une maladie, j'en suis entièrement responsable (Weinman, 1996)).

Toutefois, peu d'instruments ciblent spécifiquement ces croyances et permettent de les évaluer directement. Les questionnaires les plus utilisés ne demandent pas aux individus s'ils possèdent une croyance précise, mais tentent plutôt de dépister l'Hypocondrie ou l'AS en déterminant si la personne adopte ou non un comportement précis. L'évaluateur doit déduire les croyances des questions posées. Puisqu'elles ne sont pas identifiées comme étant des croyances, elles ne peuvent donc pas être corrigées directement en traitement. De plus, si ces instruments évaluent les croyances, ils ne considèrent que les croyances concernant la conviction d'être malade et oublient les autres types de croyances pouvant être présentes chez les individus qui s'inquiètent excessivement face à leur santé.

La présente étude tente de combler ce manque en élaborant un questionnaire valide, fidèle et ciblant spécifiquement les croyances générales face à la santé tirées de la littérature et d'observations d'experts dans le domaine.

Les personnes qui s'inquiètent excessivement semblent entretenir différentes croyances envers leurs inquiétudes (Borkovec, 1994; Davey, Tallis & Capuzzo, 1996; Dugas, Gagnon, Ladouceur & Freeston, 1998; Wells, 1995). Elles peuvent ainsi croire que leurs inquiétudes les aident à trouver des solutions à leurs problèmes ou à prévenir des événements négatifs généralement très improbables (Ladouceur, Blais, Freeston & Dugas, 1998; Roemer & Borkovec, 1993). Il est possible qu'une personne ayant des inquiétudes excessives face à la santé affichent aussi ces croyances. Certains auteurs ont récemment reconnu l'importance des croyances erronées dans le maintien des inquiétudes pathologiques (Davey et al., 1996; Dugas et al., 1998). Par exemple, un individu se croyant obligé de ruminer un problème jusqu'à ce qu'il trouve une solution utilisera l'inquiétude comme stratégie principale, ce qui aura pour effet d'augmenter la durée des périodes d'inquiétude (Ladouceur, Dugas & Ladouceur, 2000). Un traitement ciblant le TAG a démontré qu'il est très utile d'évaluer les croyances concernant le fait de s'inquiéter (Dugas et al., 1998; Ladouceur et al., 2000).

Toutefois, la plupart des questionnaires concernant les symptômes hypocondriaques n'ont pas comme mandat d'évaluer les croyances associées aux inquiétudes face à la maladie. Par contre, le Pourquoi S'Inquiéter? (PSI) (Freeston, Rhéaume, Letarte, Dugas & Ladouceur, 1994b) possède de bonnes propriétés psychométriques et mesure cinq croyances reliées aux inquiétudes selon lesquelles : (1) l'inquiétude aide à prévenir et à résoudre les problèmes, (2) l'inquiétude sert à la motivation, (3) l'inquiétude permet de réduire les conséquences émotionnelles négatives, (4) l'inquiétude peut faire en sorte qu'un événement se produise ou non et (5) l'inquiétude reflète ma personnalité. Bien qu'il cible les croyances reliées aux inquiétudes générales, le PSI n'est pas suffisamment spécifique pour évaluer

correctement les croyances associées aux inquiétudes face à la maladie. Le PSI mérite qu'il soit adapté pour vérifier les croyances sur un seul et unique thème : les inquiétudes face à la maladie.

La présente étude vise à élaborer deux questionnaires. Le premier cernera un ensemble de croyances face à la santé, alors que le second décèlera des croyances associées aux inquiétudes face à la maladie. Ces questionnaires réuniront un grand nombre de croyances et permettront aux cliniciens de les réévaluer directement en traitement. Cette recherche est divisée en deux étapes : une première présente l'élaboration et l'épuration du Questionnaire des Croyances Reliées à la Santé (QCRS) et du questionnaire Pourquoi S'Inquiéter face à la Santé (PSI-S); ensuite une deuxième étude présente la validation du QCRS et du PSI-S.

Il est prédit que le QCRS et le PSI-S devraient posséder une bonne validité convergente, divergente, de critère et de construit, ainsi qu'une bonne fidélité test-retest.

ÉTUDE 1

Le but de cette étude est de vérifier la structure factorielle du Questionnaire des Croyances Reliées à la Santé et du questionnaire Pourquoi S'Inquiéter face à la Santé et de faire une épuration des items en supprimant ceux qui s'avèrent non pertinents.

Méthode

Participants et procédure

L'échantillon comprend 138 femmes ($M=22.69$ ans, $ET=4.73$) et 48 hommes ($M=22.68$ ans, $ET=4.81$), totalisant 186 participants adultes provenant de la population générale (non clinique). L'âge des participants varie entre 19 et 49 ans ($M=22.7$ ans, $ET=4.77$). Ils ont été recrutés dans des cours de premier cycle en psychologie à l'Université Laval. Les étudiants qui consentent à participer doivent lire et puis signer la formule de consentement (Annexe A). Ils

complètent ensuite les questionnaires. Une double saisie des données permet d'éliminer la majorité des erreurs qui auraient pu survenir lors de l'entrée de données.

Instruments

Questionnaire d'Informations Générales : Données socio-démographiques (Annexe B).

Questionnaire des Croyances Reliées à la Santé (version initiale) (QCRS : Pelletier, Langlois, Gosselin & Ladouceur, 2000). La première version (non épurée) de ce questionnaire comprend 35 items évaluant les croyances générales face à la santé. La plupart de ces items ont été recueillis à partir de la littérature, des commentaires de patients atteints d'anxiété face à la santé, d'observations cliniques provenant de cliniciens-chercheurs expérimentés dans ce domaine et de questionnaires sur l'Hypocondrie ou sur la conviction d'être malade.

Pourquoi S'Inquiéter face à la Santé (version initiale) (PSI-S : Pelletier, Langlois, Gosselin & Ladouceur, 2000). La première version (non épurée) de ce questionnaire comprend 15 items évaluant les croyances reliées aux inquiétudes face à la maladie. Les items proviennent principalement d'une version du questionnaire Pourquoi S'Inquiéter (Freston, Rhéaume, Letarte, Dugas & Ladouceur, 1994) qui touche toutes les inquiétudes émises par des gens qui ont tendance à s'inquiéter excessivement. Ces items ont été adaptés pour évaluer les croyances associées aux inquiétudes touchant spécifiquement le thème de la maladie.

Résultats

Structures factorielles des versions initiales du QCRS et du PSI-S

Une analyse en composantes principales est effectuée. Les valeurs propres («eigenvalues»), la proportion de variance expliquée et un test du coude de Cattell visent à déterminer le nombre de composantes contenues dans les questionnaires. Le test du coude et les valeurs élevées à la mesure d'adéquacité de l'échantillonnage de Kaiser-Meyer-Okin (.774 pour le QCRS et .872 pour le PSI-S) indiquent qu'une analyse factorielle peut être menée. Le test de sphéricité de Barlett suggère aussi

qu'il est bien de considérer l'utilisation d'un modèle factoriel et ce, pour les deux questionnaires. Les analyses factorielles sont effectuées à l'aide du logiciel SPSS (version 9.0).

Structure factorielle du QCRS initial : Une première analyse factorielle en composantes principales avec rotation orthogonale (varimax) est exécutée. La solution la plus interprétable s'avère celle qui comprend cinq composantes. Cette solution est retenue. Ensuite, les items qui ne cotent sur aucune des cinq composantes sont retirés des analyses. Les items dont les communalités s'avèrent trop basses ou extrêmement différentes de celles des autres items sont exclus. Trois items ayant des saturations très élevées se regroupent sur une composante (vulnérabilité face à la maladie). Ces trois items (items 4, 13 et 15) ont des saturations de .90 et plus, ce qui suggère que ces trois questions consistent en fait une seule et même question, semant ainsi un doute concernant l'existence de cette composante. La solution apportée ici donc est d'éliminer deux des trois questions. Le même procédé est appliqué pour l'item 25 qui ressemble trop à l'item 23. Par la suite, tous les items ayant une saturation plus élevée que .40 sont conservés. Tous les items restants après ces coupures sont retenus pour bâtir une nouvelle version améliorée du QCRS.

Une autre analyse factorielle en composantes principales avec rotation orthogonale (varimax) est effectuée pour les 18 items retenus mesurant des croyances générales face à la santé. Aucun ne se retrouve sur plus d'une composante. La structure factorielle est présentée au Tableau 1. La Composante 1 représente le sentiment de responsabilité envers la maladie, soit le sentiment que la personne a un rôle à jouer pour éviter de tomber malade. La Composante 2 concerne les caractéristiques définissant une bonne santé. La Composante 3 est en lien avec les conséquences associées à la maladie. La Composante 4 semble représenter la pensée magique qui réfère au principe que la maladie peut se déclencher par des moyens qui ne déclenchent pas la maladie normalement. La Composante 5 concerne le sentiment de vulnérabilité face aux maladies. Cette dernière composante ne

comprend que deux items; c'est pourquoi une question concernant la vulnérabilité sera ajoutée au 18 items restants, afin d'obtenir un minimum de 3 items par composante. Il est à noter que lorsque les 18 items retenus sont inclus dans les analyses, l'alpha de Cronbach est de .79, ce qui indique que la cohérence interne est adéquate. La variance expliquée est alors de 58.5%. Les composantes expliquent respectivement 23.3%, 12.4%, 9.2%, 7.8% et 6.2% de la variance. Les coefficients (alpha) de Cronbach pour les sous-échelles sont de .77 pour la Responsabilité, de .80 pour la Santé, de .64 pour la Conséquence, de .59 pour la Pensée magique, et enfin, de .52 pour la Vulnérabilité. Les moyennes des corrélations inter-items sont respectivement de .41, .57, .33, .31 et .35. Les corrélations item-total sont toutes plus élevées que .30 lorsque calculée pour les sous-échelles. Finalement, la version épurée du QCRS comprend 19 items, puisqu'un item concernant le sentiment de vulnérabilité face aux maladies est ajouté au 18 items conservés. Cet item est : «Mon corps est vulnérable face à la plupart des maladies.».

Insérer tableau 1

Structure factorielle du PSI-S initial : Pour le PSI-S, les mêmes procédures sont appliquées pour déterminer le nombre de composantes et éliminer des items. Une première analyse en composantes principales avec rotation orthogonale (varimax) est effectuée. Celle-ci suggère une solution à trois composantes. Toutefois, une structure à deux composantes s'avère plus interprétable. Cette solution est donc retenue. Cette solution ne contient pas d'item complexe. Un seul item (item 14) est exclu étant donné sa communalité trop faible. L'item 12 est retiré en raison de sa trop grande corrélation avec l'item 4. Tous les items ayant une saturation plus élevée que .40 sont conservés pour la construction de la version épurée du PSI-S.

Une autre analyse en composantes principales avec rotation orthogonale (varimax) est effectuée pour les 13 items retenus. Dans cette analyse, aucun item ne possède de cote complexe. La structure factorielle est présentée au Tableau 2. La Composante 1 concerne l'utilité de s'inquiéter face à la maladie et la seconde est une composante de pensée magique. Cette dernière composante semble évaluer la croyance voulant que l'inquiétude puisse influencer l'apparition de la maladie. L'alpha de Cronbach est de .88 lorsque les 13 items sont inclus, témoignant ainsi d'une bonne cohérence interne. La variance expliquée est alors de 55.1%. Les composantes expliquent respectivement 42.8% et 12.3% de la variance. Toutes les corrélations item-total sont plus élevées que .40 lorsqu'elles sont calculées à partir des sous-échelles. Les coefficients (alpha) de Cronbach pour les sous-échelles sont de .89 pour l'Utilité de s'inquiéter et de .73 pour la Pensée magique. Les moyennes des corrélations inter-items sont respectivement de .44 et de .52. La version finale du PSI-S comprend donc 13 items.

Insérer tableau 2

Discussion

Cette étude visait à élaborer et à épurer deux questionnaires portant sur divers types de croyances se présentant chez les individus atteints de symptômes hypocondriaques ou d'anxiété face à la santé (AS).

En ce qui concerne le QCRS, une structure factorielle comprenant cinq composantes est retenue. La première représente des croyances quant à la responsabilité de l'individu envers les maladies. Ces croyances concordent avec le fait que plusieurs personnes atteintes d'AS adoptent des comportements abusifs, comme faire de l'exercice, entreprendre des diètes, prendre des médicaments ou autres, puisqu'ils se considèrent responsables du maintien de leur santé (Barsky, Fama, Bailey, & Ahern, 1998). Ces personnes croient qu'elles doivent prendre soin d'elles

puisqu'elles tomberont inévitablement malades si elles ne le font pas. Il faut toutefois mentionner qu'il est normal jusqu'à un certain point qu'un individu se sente responsable des maladies qui l'affectent. Par contre, personne ne peut être responsable de toutes les maladies. Plusieurs facteurs extérieurs à l'individu peuvent influencer l'apparition des maladies.

La seconde composante représente les caractéristiques d'une bonne santé. Dès qu'ils remarquent quelque chose d'anormal dans leur corps, la majorité des gens atteints d'AS pensent en effet que leur santé est déficiente. Skelton et Croyle (1991) rapportent que les croyances liées à la santé influenceraient l'interprétation et la perception des sensations corporelles. Ainsi, les gens qui possèdent des croyances erronées sur ce que devrait être une bonne santé ont tendance à amplifier les petits symptômes physiques du quotidien.

La Composante 3 représente les croyances sur les conséquences des maladies. Pour les personnes atteintes de symptômes hypocondriaques, la maladie apporte inévitablement des conséquences désastreuses. C'est en partie parce qu'ils ne peuvent supporter l'éventualité de telles conséquences négatives que les patients hypocondriaques consultent. La perception des conséquences négatives expliquerait aussi, comme chez les patients atteints du TAG, le taux d'inquiétude élevé présent chez les gens souffrant d'AS. Plusieurs auteurs s'accordent pour dire que l'inquiétude possède un élément déterminant : l'appréhension d'une conséquence future négative (Macleod, Williams & Bekerian, 1991; Mathews, 1990).

La quatrième composante illustre la pensée magique définie par la croyance que la maladie peut se déclencher par des moyens inhabituels. Certains personnes entretiennent effectivement des superstitions concernant les façons de tomber malade. Plusieurs individus redoutent l'effet d'un comportement sur la venue de la maladie. Ces comportements peuvent être de lire, voir, penser ou entendre des choses sur la maladie. Ainsi, plusieurs refusent de

parler de la maladie puisqu'elles croient que cela apporte le mauvais œil sur eux et leur famille. D'autres ne veulent pas visiter les malades à l'hôpital par peur de développer une maladie.

La dernière composante concerne le sentiment de vulnérabilité face aux maladies. La littérature confirme indirectement le fait que les gens souffrant d'AS entretiennent des croyances de vulnérabilité face aux maladies puisque ceux-ci portent une attention spéciale aux moindres changements corporels pouvant confirmer leurs craintes (Kellner & Warwick, 1992). La personne se sent évidemment plus vulnérable puisqu'elle identifie plus de symptômes que la majorité des gens. Par contre, on ne sait pas comment les gens évaluent leur vulnérabilité et sur quels critères ils se basent pour l'évaluer.

Les résultats de l'analyse exploratoire du PSI-S décèlent une structure factorielle comprenant deux composantes : (1) l'utilité de s'inquiéter et (2) la pensée magique. La première composante concorde avec la littérature puisque la surestimation de l'utilité de s'inquiéter est un phénomène présent chez les gens souffrant d'inquiétudes excessives (Ladouceur et al., 2000). Ces gens tendent à surestimer les avantages des inquiétudes (Freston et al., 1994b; Roemer & Borkovec, 1993). Les croyances concernant l'utilité des inquiétudes font oublier les inconvénients associés au fait de s'inquiéter. Cette caractéristique est justement présente chez les individus atteints d'AS.

La Composante 2 du PSI-S représente la croyance voulant que les inquiétudes influencent l'apparition des maladies. Les patients souffrant d'AS ont souvent la conviction d'avoir évité un danger. Ils croient avoir évité d'attraper une maladie parce qu'ils ont fait certains comportements (e.g. s'inquiéter, supprimer les pensées) (Salkovskis, 1991a). Par contre, l'évitement cognitif empêche l'exposition, l'habituation aux intrusions cognitives et la ré-évaluation de ces intrusions. Ainsi, lorsqu'une personne évite une source d'anxiété, elle s'empêche d'appivoiser cet état, qui finirait par disparaître avec le temps.

Les résultats des analyses ont permis d'exclure un certain nombre d'items des deux instruments. Le QCRS, qui contenait initialement 35 items, a vu son nombre d'items chuter à 18. Un item s'est ajouté à la composante de vulnérabilité face aux maladies. Les items du QCRS sont donc maintenant au nombre de 19. Le PSI-S, qui possédait 15 items est devenu, suite à l'épuration des items, un instrument comprenant 13 items. Les deux questionnaires démontrent jusqu'à présent une excellente cohérence interne. De plus, la validité de contenu des questionnaires s'avère excellente puisque tous les items des deux questionnaires ont été élaborés à partir de l'expérience clinique de plusieurs psychologues et à partir de la littérature.

ÉTUDE 2

Cette étude vise à établir la validité et la fidélité des deux questionnaires élaborés lors de cette recherche. Elle veut aussi déterminer la structure factorielle du QCRS et du PSI-S avec un échantillon comprenant un grand nombre d'individus.

Méthode

Participants et procédure

Ce nouvel échantillon se compose de 265 femmes ($M=23$ ans, $ET=5.87$) et de 164 hommes ($M=23.13$ ans, $ET=4.81$) pour un total de 429 participants adultes (étudiants universitaires de premier cycle de l'Université Laval). L'âge des participants varie entre 18 et 55 ans ($M=23$ ans, $ET=5.48$). Huit classes d'étudiants sont visitées pour l'étape de la validation et du test-retest. La sollicitation est menée auprès de différents domaines d'études soit en informatique, en service social, en génie (mécanique ou autres), en ergothérapie et en psychologie. Les étudiants qui consentent à participer lisent et signent la formule de consentement (Annexe C). Ils complètent ensuite les questionnaires.

Trois semaines plus tard, les participants complètent à nouveau le QCRS et le PSI-S afin d'établir la stabilité temporelle de ces questionnaires (fidélité test-retest). Les étudiants sont rejoints dans le cadre de leurs cours respectifs. Une seconde formule de consentement (Annexe D) est alors distribuée.

Les critères d'inclusion et d'exclusion sont les mêmes que ceux de l'étude 1. Il est à noter que les questionnaires sont contrebalancés pour éviter un biais expérimental dû à l'ordre de passation des différents questionnaires. Une fois de plus, une double saisie est réalisée pour éliminer les erreurs qui auraient pu se glisser lors de l'entrée des données.

Instruments

Questionnaire d'Informations Générales : Données socio-démographiques (Annexe B).

Inventaire d'Anxiété de Beck (IAB : Beck, Epstein, Brown & Steer, 1988; traduit et adapté par Freeston, Ladouceur, Thibodeau, Gagnon & Rhéaume, 1994a) (Annexe E). Celui-ci permet de dépister l'anxiété. L'administration est facile et brève; il suffit de cocher la fréquence du symptôme pendant les sept derniers jours sur une échelle de 0 à 3. Les propriétés psychométriques de la traduction française révèlent une bonne fidélité et une bonne validité divergente et de construit.

Échelle d'Inquiétude face à la Maladie (ÉIM : Robbins & Kirkmayer, 1996) (Annexe F).

Il comprend 9 items (oui/non) tirées de l'IBQ (Illness Behaviour Questionnaire). Cette échelle mesure la tendance à s'inquiéter au sujet de sensations corporelles pouvant être l'indice d'une maladie grave et le sentiment de vulnérabilité à la maladie. La cohérence interne de la version anglaise est adéquate (alpha de Cronbach=.70). Cette échelle possède une bonne validité convergente avec le Whiteley Index of hypochondriasis ($r=.82$) (Robbins & Kirkmayer, 1996). Pour cette étude, une échelle en cinq points est utilisée afin d'augmenter la variabilité des scores. La cohérence interne de cette version francophone est bonne (alpha de Cronbach=.83).

Échelle d'Amplification Somato-Sensorielle (ÉAS : Barsky, Whyshak & Klerman, 1990b) (Annexe G). L'ÉAS comprend 10 items sous forme d'affirmation mesurant la sensibilité à différentes sensations environnementales et corporelles déplaisantes mais non pathologiques sur une échelle en cinq points. La fidélité test-retest est bonne (10 semaines; $r=.79$) et sa cohérence interne est élevée (alpha de Cronbach=.82). Les analyses psychométriques effectuées sur une traduction inversée, c'est-à-dire une traduction de l'anglais au français en premier lieu puis une retraduction de la version francophone à l'anglais, ont démontré une cohérence interne acceptable (alpha de Cronbach=.72).

Inventaire de Dépression de Beck (version abrégée) (IDB : Beck & Beck, 1972; traduit et adapté par Bourque & Beaudette, 1982) (Annexe H). L'IDB-version abrégée contient 13 items tirés des 21 items de l'IDB original couvrant différentes manifestations d'états dépressifs. La procédure test-retest de la version abrégée avec un intervalle de quatre mois indique une bonne stabilité temporelle ($r=.62$) et la cohérence interne est excellente (alpha de Cronbach=.90). Les propriétés psychométriques de la version française sont bonnes. Il existe également une forte corrélation ($r=.94$, $p > .001$) entre la formule standard de l'IDB et la formule abrégée (Bourque et Beaudette, 1982).

Questionnaire d'Interprétation des Symptômes (QIS : Robbins & Kirmayer, 1991) (Annexe I). Le QIS est un questionnaire évaluant trois types d'interprétations (psychologique, somatique et neutre) en lien avec une série de 13 symptômes physiques. Il détecte donc ce à quoi l'individu attribue un symptôme particulier. La cohérence interne ainsi que la validité convergente de chaque échelle est bonne (psychologique $\alpha=.87$, somatique $\alpha=.71$ et neutre $\alpha=.81$). L'analyse confirmatoire démontre la présence de trois différents construits.

Questionnaire des Croyances Reliées à la Santé (QCRS : Pelletier, Langlois, Gosselin & Ladouceur, 2000) (Annexe J). Le QCRS est un questionnaire contenant 19 items évaluant les croyances générales face à la santé. Les 19 items ont été tirés, après une analyse factorielle, d'une version de départ qui contenait 35 items. Ce questionnaire a donc déjà subi une épuration de ses items. Les qualités psychométriques de cet instrument seront établies lors de la présente étude.

Pourquoi S'Inquiéter face à la Santé (PSI-S : Pelletier, Langlois, Gosselin & Ladouceur, 2000) (Annexe K). Ce questionnaire comprend 13 items évaluant les croyances reliées aux inquiétudes face à la maladie. Les 13 items ont été tirés, après une analyse factorielle, d'une version de départ qui contenait 15 items. Ce questionnaire a donc subi une épuration de ses items. Les qualités psychométriques de cet instrument seront établies lors de la présente étude.

Résultats

Statistiques descriptives au QCRS et au PSI-S

Les moyennes et les écart-types obtenus par les hommes et les femmes provenant de la population non clinique au QCRS et au PSI-S sont illustrées au tableau 3. Des analyses descriptives sont aussi menées afin de fournir un estimé d'une moyenne clinique pour le QCRS et le PSI-S. La cote clinique se situe à deux écart-types de la moyenne selon les travaux de Jacobson et Truax (1991). Ce résultat est donc de 49 pour le QCRS et de 41 pour le PSI-S.

Insérer tableau 3

Structures factorielles du QCRS et du PSI-S

Des analyses en composantes principales avec rotation oblique («direct oblmin») et orthogonale (varimax) sont effectuées sur les deux questionnaires afin d'explorer leurs structures

factorielles. Les mêmes critères qu'à l'étude 1 sont utilisés pour déterminer le nombre de composantes contenues dans les questionnaires. Le test du coude et les valeurs élevées à la mesure d'adéquacité de l'échantillonnage de Kaiser-Meyer-Okin (.799 pour le QCRS et .909 pour le PSI-S) montrent qu'une analyse factorielle peut être conduite. Le test de sphéricité de Barlett suggère l'utilisation d'un modèle factoriel pour les deux questionnaires. Les analyses factorielles ainsi que les autres analyses statistiques sont effectuées à l'aide du logiciel SPSS (version 9.0).

Structure factorielle du QCRS : Une analyse factorielle en composantes principales avec rotation orthogonale (varimax) est conduite. La solution proposée par cette analyse s'avère interprétable et semble être similaire aux conclusions de l'étude 1. Les résultats confirment la structure identifiée lors de l'étude 1, soit une structure factorielle du QCRS contenant cinq composantes. Toutefois, quelques différences sont observées. Premièrement, on retrouve trois items complexes qui cotent sur plus d'une composante (items 6, 10 et 14). L'item 13 possède une communalité plus faible que les autres items, ce qui suggère qu'il faut demeurer vigilant au moment d'interpréter cet item puisqu'il corrèle moins bien avec les autres. La structure factorielle du QCRS est présentée au Tableau 4.

La Composante 1 semble être une représentation de la pensée magique (i.e., voir, entendre, lire ou penser à la maladie peut la déclencher.). La Composante 2 concerne ce qui caractérise une bonne santé. On dénote toutefois que les trois items complexes (nommés ci-haut) se retrouvent sur cette composante. Ces items représentent des comportements que l'on peut adopter pour demeurer en santé tels que prendre soin de soi ou prendre des précautions. Ces items ont donc un lien indirect avec les croyances face à la définition d'être en bonne santé. La Composante 3 est une représentation des conséquences que la maladie amène, elle implique des conséquences graves et tragiques. La

Composante 4 représente le sentiment de responsabilité envers la maladie, soit le sentiment que la personne a un rôle à jouer pour éviter de tomber malade. Celle-ci comprend les trois items complexes qui ont toutefois des saturations de niveaux plus élevés que sur la Composante 2. La Composante 5 représente le sentiment de vulnérabilité face à la maladie. Cette solution factorielle explique 57.9% de la variance. La proportion de variance expliquée par chacune des composantes est de 23.6%, 12.6%, 8.1%, 7.4% et 6.3% respectivement. Les coefficients (alpha) de Cronbach pour les sous-échelles sont respectivement de .69, .66, .70, .73 et .64. Les moyennes des corrélations inter-items pour les sous-échelles sont de .41, .40, .38, .36 et .38, respectivement. Les corrélations item-total sont toutes plus élevées que .30. L'alpha de Cronbach du questionnaire est, quant à lui, de .80.

Insérer tableau 4

Structure factorielle du PSI-S : Pour le PSI-S, les mêmes procédures utilisées pour l'analyse de la structure factorielle du QCRS sont appliquées pour déterminer le nombre de composantes. Par contre, une analyse en composantes principales avec rotation oblique («direct oblimin») est exécutée ici puisque les corrélations entre les composantes suggèrent que celles-ci ne sont pas suffisamment indépendantes pour que l'utilisation d'une rotation orthogonale soit appropriée sans qu'il y ait une certaine perte d'informations. Le paramètre delta retenu est celui fourni par défaut avec le logiciel SPSS 9.0 ($\delta=0$). Cette analyse suggère une structure similaire à l'étude 1 pour ce qui est du nombre de composantes, soit une structure factorielle en contenant deux. La structure factorielle du PSI-S est illustrée au Tableau 5. La Composante 1 concerne toujours l'utilité de s'inquiéter face à la maladie. Par contre, les items 5 et 9, qui étaient inclus dans la première composante lors de l'étude 1, se retrouvent maintenant dans la Composante 2 seulement. De plus, l'item 3 se retrouve sur les deux composantes à la fois. La Composante 2 est une composante de pensée magique. La pensée magique

touche ici aux croyances voulant que l'inquiétude puisse influencer l'apparition de la maladie, de ses conséquences ou de ses solutions de traitement. Cette composante s'avère plus confuse puisque deux items viennent brouiller l'interprétation de celle-ci. Le premier est l'item 3 et l'autre est l'item 5. Ces items cadrent un peu moins avec les autres items. Il est suggéré d'exclure l'item 3 (et probablement l'item 5 par la même occasion) du calcul de la cote à l'échelle de pensée magique du PSI-S. La solution factorielle retenue possède une variance expliquée de 58.7%. Les deux composantes expliquent respectivement 46.7% et 12.1% de la variance. Les coefficients (alpha) de Cronbach pour les sous-échelles sont respectivement de .90 et .79. Les moyennes des corrélations inter-items pour celles-ci sont de .43 et .58, respectivement. Toutes les corrélations item-total sont plus élevées que .40. L'alpha de Cronbach du questionnaire est de .90, ce qui démontre l'excellence de la cohérence interne du PSI-S.

Insérer tableau 5

Relations entre les variables

Des corrélations de Pearson sont calculées entre les différents questionnaires, ainsi qu'entre les différentes sous-échelles du QCRS et l'ÉIM ou l'échelle physique du QIS. Ces corrélations sont illustrées au Tableau 6. Afin de minimiser le risque d'erreur de type 1, une correction de Bonferroni est appliquée aux tests de corrélation ($\alpha (.05/40)=.001$). Comme il avait été prédit, la plus forte corrélation est observée entre les croyances générales face à la santé et les mesures d'inquiétudes face à la santé ($r = .50$). Une corrélation modérée est aussi obtenue entre les deux questionnaires à l'étude, soit le QCRS et le PSI-S ($r = .49, p < .002$). Ces deux instruments mesurent des croyances, mais ne visent pas les mêmes construits. Des corrélations plus faibles, mais tout de même significatives, sont observées au niveau des inventaires de Beck (.26 pour IAB et .22 pour l'IDB). Les croyances

générales reliées à la santé des participants évaluées avec le QCRS corrélaient fortement avec les croyances recueillies à l'aide de ce même questionnaire rempli trois semaines après la première passation lors du test-retest ($r = .70$).

Des coefficients de corrélation sont calculés entre l'ÉIM et le QCRS, mais en enlevant certains items du ÉIM. Ces analyses sont réalisées puisque certains items du ÉIM comme l'item 1 «Je pense être plus vulnérable à la maladie que la plupart des gens» ou l'item 3 «Si j'entends parler d'une maladie (par la radio, la télévision, les journaux, une connaissance), je crains d'en être victime moi-même» ressemblent à certains items contenus dans le QCRS. Un biais peut alors survenir et gonfler la valeur des coefficients de corrélation. Ainsi, lorsqu'on enlève l'item 1 et 3 de l'ÉIM, la corrélation demeure à .50.

Un calcul des corrélations est aussi effectué entre les sous-échelles du PSI et l'ÉIM ou l'échelle physique du QIS (Tableau 6). Une corrélation modérée est décelée entre les croyances associées aux inquiétudes face à la maladie et la mesure d'inquiétude face à la maladie (ÉIM) ($r=.41$). Cela laisse supposer qu'il y aurait une association modérée entre la tendance à s'inquiéter face à la maladie et la tendance à maintenir des croyances quant aux inquiétudes touchant la maladie. Tout comme il était attendu, des corrélations plus faibles sont remarquées entre le PSI-S et les inventaires de Beck (.20 pour IAB et .16 pour l'IDB). Les croyances face aux inquiétudes envers la maladie, telles qu'évaluées à l'aide du PSI-S, corrélaient fortement avec les croyances recueillies à partir du même instrument trois semaines suivant la première passation (test-retest) ($r = .71$).

Insérer tableau 6

Différences de moyennes au QCRS et au PSI-S entre les gens s'inquiétant modérément ou beaucoup

Une ANOVA est réalisée afin de savoir s'il y a une différence entre les moyennes au QCRS chez les gens qui s'inquiétaient beaucoup face à la maladie (selon leur résultat à l'ÉIM (80^e percentile supérieur)) et ceux qui s'inquiétaient moyennement; c'est-à-dire que leur résultat à l'ÉIM se situait entre le 40^e et le 60^e percentile. Cette analyse indique une différence significative entre les deux groupes ($F(1,181) = 26.077, p < .01$). La moyenne obtenue au QCRS par les gens qui s'inquiètent beaucoup face à leur santé ($\underline{M} = 38.8, \underline{ET} = 8.93$) s'avère significativement plus élevée que celle des gens qui s'inquiètent de façon modérée ($\underline{M} = 32.8, \underline{ET} = 8.00$) selon ce même questionnaire.

Une ANOVA est aussi effectuée avec le PSI-S. Une différence significative est décelée entre les deux groupes ($F(1,180) = 8.995, p < .003$). La moyenne obtenue au PSI-S par les gens ayant un niveau élevé d'inquiétude face à la maladie ($\underline{M} = 27.3, \underline{ET} = 8.59$) est significativement plus élevée que celle des gens ayant un niveau moyen d'inquiétude face à ce même thème ($\underline{M} = 23.8, \underline{ET} = 8.56$).

Discussion

L'étude 2 a permis d'établir la structure factorielle du QCRS et du PSI-S et aussi d'évaluer les indices de validité et de fidélité de ces deux instruments. La structure factorielle du QCRS s'avère semblable aux données recueillies lors de l'étude 1. En effet, les résultats de l'analyse exploratoire supportent une solution comprenant cinq composantes: (1) pensée magique, (2) santé, (3) conséquences, (4) responsabilité et (5) vulnérabilité. Toutes ces composantes concordent avec la littérature. Le QCRS est un instrument fidèle. Il possède une excellente cohérence interne. Les sous-échelles démontrent une cohérence interne allant de .64 à .73. Toutefois, puisque les sous-échelles contiennent entre 3 et 5 items, la moyenne des corrélations inter-items semble être une statistique plus appropriée pour évaluer la fidélité. Cette statistique n'est pas influencée par l'étendue des sous-échelles (le nombre d'items), contrairement au coefficient alpha (Ferguson & Daniel, 1995). Les moyennes de corrélation inter-items du QCRS sont adéquates ($r > 0.2$), ce qui démontre que les sous-échelles

possèdent une excellente cohérence interne. Il faut aussi noter que le QCRS demeure stable dans le temps.

La plupart des différents types de croyances identifiés dans la littérature ressortent spécifiquement dans le contenu du QCRS. En effet, les fausses croyances concernant la santé, les conséquences et la vulnérabilité sont identifiées directement par les sous-échelles du QCRS. La sous-échelle «pensée magique» rejoint les croyances erronées sur la façon de contracter une maladie et celle de la «responsabilité» englobe le contrôle et la responsabilité envers la maladie, ainsi que le fait que l'on doit éviter les maladies à tout prix. Par contre, le fait de croire que les symptômes cachent toujours une maladie grave n'est pas identifié par le QCRS. Cette pensée inclut des éléments de conviction qui ne s'intègrent pas dans le contenu visé par ce questionnaire.

Il s'avère important d'expliquer que ces croyances ne sont pas exclusivement fausses. Telles que formulées dans les questionnaires, ces croyances sont effectivement erronées, même si elles ont une base de réalité. Un individu peut entretenir certaines de ces croyances tout en étant plus ou moins convaincu de celles-ci. Par contre, l'individu ayant des tendances hypocondriaques sera fermement convaincu de la véracité de certaines de ces croyances. Ainsi, à première vue, tous les individus peuvent penser que la santé se reflète par l'absence de toute atteinte physique, que les maladies ont toujours des conséquences graves, qu'il faut toujours prévenir toutes les maladies ou qu'ils sont vulnérables face à toutes les maladies. Par contre, après réflexion, un individu non anxieux face à la santé réalise qu'une égratignure ne rend pas les gens en mauvaise santé pour autant, qu'un rhume est embêtant mais n'a pas vraiment de conséquences graves. Il est vrai que les gens sont responsables de leur santé, mais il existe des facteurs extérieurs que personne ne peut prévenir (ou prédire) qui peuvent influencer l'arrivée de maladies (e.g., l'incident de Tchernobyl). Enfin, les gens ne sont pas vulnérables à toutes les maladies puisqu'ils ont un système immunitaire qui les défend contre certaines maladies et plusieurs sont vaccinés pour en prévenir d'autres. Donc, les gens peuvent entretenir

certaines de ces croyances, mais peuvent à la fois entretenir une certaine souplesse au niveau de leurs croyances spécifiques. Les individus qui cotent 4 et plus au QCRS à une croyance donnée sont très convaincus de celle-ci. Il pourrait s'avérer alors pertinent à ce moment de corriger cette croyance en thérapie, puisque les croyances erronées peuvent maintenir l'AS et l'état pathologique de l'individu.

La structure factorielle du PSI-S est similaire à celle identifiée lors de l'étude précédente puisqu'une solution comprenant deux composantes est retenue, à savoir : (1) l'utilité de s'inquiéter et (2) la pensée magique. Elles supportent ce que l'on retrouve dans la littérature et en clinique. En effet, les gens qui s'inquiètent excessivement pensent que leurs inquiétudes les aident à mieux composer avec les conséquences négatives anticipées, bien qu'elles soient souvent improbables (Roemer & Borkovec, 1993). Les gens atteints d'AS croient souvent qu'il est bon de prévoir toutes les situations où leur santé pourrait être menacée. Par contre, le fait de s'inquiéter ne permet pas de prévenir les maladies. Au contraire, l'inquiétude excessive crée la plupart du temps des sensations physiologiques qui laissent supposer que l'individu possède les symptômes d'une nouvelle maladie. De plus, les croyances voulant que les inquiétudes empêchent l'apparition des maladies ou de leurs conséquences sont infirmées par ces réactions anxieuses. Il s'avère important de restructurer les croyances associées aux inquiétudes en traitement puisqu'elles contribuent à leur maintien. Elles freinent l'exposition et la réévaluation cognitives des intrusions. De plus, il peut se créer un cercle vicieux où la conviction d'avoir évité un danger renforce les croyances du patient selon lesquelles il est utile de s'inquiéter pour éviter les dangers (Salkovskis, 1991a).

Le PSI-S possède une excellente cohérence interne. Les coefficients alpha pour les deux sous-échelles sont élevés (90 et .79) et les moyennes des corrélations inter-items sont plus élevées que 0.2. Ceci illustre aussi l'excellente fidélité du questionnaire. Le PSI-S démontre une bonne stabilité temporelle étant donné la corrélation élevée entre la première administration et la seconde passation (test-retest).

La validité des questionnaires s'avère satisfaisante. En effet, la validité convergente, divergente et de critère des deux instruments sont adéquates. Une corrélation modérée entre les deux questionnaires validés lors de cette étude et l'ÉIM témoigne de la bonne validité convergente ($r = .50$ pour le QCRS et $r = .41$ pour le PSI-S). Ces corrélations peuvent paraître plus faibles que celles attendues habituellement pour affirmer que la validité convergente d'une mesure est adéquate. Toutefois, il faut prendre en considération que les construits sont reliés, mais ne sont pas identiques. En effet, le QCRS et le PSI-S traitent de croyances, alors que l'ÉIM évalue directement la tendance à s'inquiéter pour la maladie. L'ÉIM semblait être un bon instrument pour évaluer la validité convergente du QCRS et du PSI-S puisque les inquiétudes face à la maladie sont fortement reliées aux croyances concernant les symptômes hypochondriaques. La validité convergente du QCRS et du PSI-S est jugée adéquate. Les corrélations faibles entre le IDB-a et les deux questionnaires à l'étude confirment l'excellence de la validité discriminante. Il est toutefois important de mentionner que les inquiétudes, l'anxiété et les symptômes dépressifs (étant des construits inter-reliés) apparaissent souvent ensemble chez les gens souffrant d'inquiétudes excessives (Barlow & Di Nardo, 1991). Cela explique que la relation entre les instruments à l'étude et l'IDB-a s'avère faible mais pas nulle. Il se peut qu'avec le temps certaines personnes s'inquiétant excessivement pour leur santé s'épuisent. En effet, la répétition de comportements exécutés pour prévenir les maladies peut amener de la fatigue physique et mentale qui engendre la dépression.

Les résultats suggèrent que les cotes totales au QCRS et au PSI-S augmenteraient en fonction de la tendance à s'inquiéter pour la maladie. Des études ont déjà observé que les gens qui s'inquiétaient excessivement entretenaient plus de croyances erronées que la majorité des gens (Roemer & Borkovec, 1993; Freeston et al., 1994b; Ladouceur et al., 2000). Cette étude obtient des résultats similaires aux travaux de Davey, Tallis et Capuzzo (1996). Ces chercheurs ont aussi observé que les individus ayant une plus forte tendance à s'inquiéter entretiennent plus de croyances erronées

face à leurs inquiétudes. Ces résultats démontrent l'importance de s'interroger sur l'influence des fausses croyances sur les inquiétudes et sur le maintien du trouble, puisque la restructuration de ces croyances pourrait, selon plusieurs chercheurs, avoir un impact sur le nombre ou l'intensité des inquiétudes. Les travaux de Laberge, Dugas et Ladouceur (2000) confirment cette position.

En plus de contribuer à la formation de nouveaux modèles cognitifs concernant l'AS, la correction des croyances spécifiques identifiées par ces instruments peut être un élément de travail en thérapie. Il est en effet important de déceler ces fausses croyances puisqu'elles sont en partie responsables de la détresse des patients et de l'exacerbation des symptômes somatiques. De plus, l'évaluation rigoureuse des croyances est hautement justifiée puisqu'elle constitue un étape préalable à leur modification (Laberge et al., 2000).

Il s'avère important de souligner que le QCRS et le PSI-S fournissent plusieurs pistes à explorer. En effet, la cote globale des deux questionnaires peut indiquer le niveau global de croyances erronées. La moyenne clinique au QCRS et au PSI-S se situe autour de 49 et 41 respectivement. Ainsi, si un individu possède une cote globale égale ou plus élevée que les moyennes cliniques estimées aux questionnaires, il peut apparaître important d'inclure une restructuration cognitive des fausses croyances dans le traitement de l'AS. De plus, il est aussi important d'aborder les croyances erronées spécifiques, puisque l'individu possédant une cote élevée à un item précis s'avère fondamentalement convaincu de la pertinence d'entretenir cette croyance. Par ailleurs, il s'avère pertinent d'évaluer et de corriger les fausses croyances présentes en début de traitement, non seulement avec l'aide des différents questionnaires, mais aussi dès que l'on remarque une croyance erronée émise par le patient. Ainsi, la combinaison des outils disponibles et du savoir-faire de l'intervenant pourra accentuer la qualité de vie des gens atteints d'AS. Il serait important lors d'une étude ultérieure de recalculer la moyenne clinique des questionnaires avec une population de gens souffrant d'AS.

La présente étude comporte certaines limites méthodologiques. Tout d'abord, cette étude est réalisée auprès d'une population non clinique. Cela permet de vérifier la présence des caractéristiques concernant les croyances auprès d'une population adulte. Toutefois, l'échantillon, constitué d'étudiants universitaires, est non représentatif de l'ensemble de la population. Il pourrait être intéressant d'explorer les croyances auprès d'une population clinique en milieu hospitalier, puisque c'est dans cet environnement que se retrouvent les gens qui s'inquiètent excessivement face aux maladies. Puisque les gens qui proviennent de la population clinique utilisent excessivement les différents services médicaux, les réponses aux questionnaires pourraient différer de celles des gens de la population non clinique. Les études ultérieures devraient aussi se concentrer à traduire et à valider le QCRS et le PSI-S en anglais et auprès de populations d'âges différents afin qu'ils puissent servir à l'évaluation des croyances auprès de plusieurs groupes d'âge.

Il faut noter que l'échelle physique du QIS a été utilisée lors de cette recherche pour fournir une information supplémentaire pouvant servir à inférer la présence de symptômes hypocondriaques chez une personne donnée. L'Hypocondrie étant une peur de la maladie basée sur l'interprétation erronée des symptômes, il est donc naturel qu'elle soit reliée à ce que mesure le QIS. En effet, on suppose que la présence d'une forte tendance à interpréter ses symptômes comme étant de nature physique plutôt que de nature émotionnelle (e.g., l'anxiété) ou neutre (e.g., l'environnement) chez un individu est associée de près aux symptômes hypocondriaques. Salkovskis (1991a) suggère que l'interprétation physique des symptômes est en lien avec l'AS puisqu'elle peut être vue à la fois comme un processus de maintien ou comme une conséquence des symptômes hypocondriaques. L'interprétation se basant sur l'échelle physique du QIS doit être faite sous réserve puisque la relation entre les symptômes hypocondriaques et la tendance à interpréter les symptômes comme étant de nature physique ou organique n'est pas parfaitement directe.

Enfin, une autre limite a trait à l'effet plancher de l'ÉIM. Ce questionnaire est utilisé habituellement pour diagnostiquer l'Hypocondrie. Il est donc de nature clinique. Les énoncés extrêmes contenus dans ce questionnaire sont moins en mesure de rejoindre les individus de la population non clinique que les gens atteints d'Hypocondrie ou d'AS. D'autres instruments mesurant la tendance à s'inquiéter pour la santé auraient pu être utilisés. Par contre, très peu de ces instruments sont validés en français.

En résumé, le QCRS et le PSI-S possèdent des qualités psychométriques adéquates, ce qui en fait d'excellents instruments. En tenant compte des limites mentionnées ci-dessus, la présente étude a permis de fournir deux instruments valides et fidèles permettant de faire l'évaluation des croyances générales reliées à la santé et des croyances associées aux inquiétudes face à la maladie. Elle permet de faire une restructuration des croyances erronées, ce qui pourrait augmenter les chances de réussite du traitement des symptômes hypocondriaques. Ces questionnaires peuvent aussi être utilisés pour la recherche en général. Ils peuvent servir pour évaluer l'impact de la correction des croyances dans une étude de démantèlement de traitement ou lors d'études évaluant des variables cognitives. Cette étude s'avère un premier pas vers l'identification de variables cognitives importantes pour les gens atteints d'AS. Les questionnaires permettent de faire une évaluation des fausses croyances plus rapide et moins coûteuse qu'auparavant. De plus, ils ont l'avantage de couvrir une grande étendue de croyances et rendent ainsi l'évaluation plus complète. Le QCRS et le PSI-S sont utiles cliniquement, puisque les cliniciens et les autres intervenants en santé pourront se servir de ces questionnaires afin de déceler les fausses croyances que les patients entretiennent. Plus spécifiquement, ils pourront découvrir quel type de croyances doit être ciblé prioritairement en thérapie selon les individus. De plus, le fait d'avoir accès à un questionnaire ciblant les croyances reliées à la santé peut permettre indirectement de diminuer plus facilement les coûts des services de santé en redirigeant plus efficacement ces patients anxieux vers les services psychologiques. Il serait intéressant lors d'une prochaine étude de regarder

quelles sont les croyances les plus fréquentes chez les personnes souffrant d'Hypocondrie ou d'AS.

Certains types de croyances pourraient être associés à différents types d'AS.

Références

American Psychiatric Association (1987). Diagnostic and Statistical manual of mental disorders, (4rd Edn.). Washington, DC; Author.

Barlow, D.H. & Di Nardo, P.A. (1991). The diagnosis of generalized anxiety disorder : Development, current status, and future directions. Dans Rapee, R.M., & Barlow, D.H. (Eds.), Chronic anxiety : Generalized anxiety disorder and mixed anxiety-depression (pp. 95-118). New York, London : Guilford Press.

Barsky, A.J., Coeytaux, R.R., Samie, M.K. & Cleary, P.D. (1993). Hypochondriacal patient's beliefs about good health. American Journal of Psychiatry, *150*, 1085-1089.

Barsky, A.J. (1996) Hypochondriasis, medical management and psychiatric treatment. Psychosomatics, *37*, 48-56.

Barsky, A.J., Fama, J.M., Bailey, E.D. & Ahern, D.K. (1998). A prospective 4-to-5 year study of DSM-III-R Hypochondriasis. Archives of General Psychiatry, *55*, 737-744.

Barsky, A.J., Whyshak, G. & Klerman, G.L. (1990a). Transient Hypochondriasis. Archives of General Psychiatry, *47*, 746-752.

Barsky, A.J., Whyshak, G. & Klerman, G.L. (1990b). The somatosensory amplification scale and its relationship to hypochondriasis. Journal of Psychiatry Research, *24*, 323-334.

Beck, A.T. & Beck., R.M. (1972). Screening depressed patients in family practice; a rapid technique. Postgraduate Medecine, *52*, 81-85.

Beck, A.T., Epstein, N., Brown, G. & Steer, R.A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety : Psychometric properties. Journal of Consulting and Clinical Psychology, *56*, 893-897.

Borkovec, T.D. (1994). The nature, function, and origins of worry. Dans G.C.L. Davey & F.Tallis (Eds.), Worrying : Perspective on theory, assesment and treatment. Chichester : John Wiley & Sons.

Bourque, P. & Beaudette, D. (1982). Étude psychométrique du questionnaire de dépression de Beck auprès d'un échantillon d'étudiants universitaires francophones. Revue Canadienne des Sciences du comportement, 14, 211-218.

Davey, G.C.L., Tallis, F. & Capuzzo, N. (1996). Beliefs about the consequences of worrying. Cognitive Therapy and Research, 20, 499-520.

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

Dugas, M.J. & Ladouceur, R. (sous presse). Treatment of GAD: Targetting Intolerance of Uncertainty in two types of worry. Behavior Modification.

Fallon, B.A., Klein, B. & Liebowitz, M.R. (1993). Hypochondriasis : Treatment strategies. Psychiatric Annals, 23, 374-381.

Freeston, M.H., Ladouceur, R., Thibodeau, N., Gagnon, F. & Rhéaume, J. (1994a). L'inventaire d'anxiété de Beck : Propriétés psychométriques d'une traduction française. L'Encéphale, XX, 47-55.

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

Ferguson, E. & Daniel, E. (1995). The Illness Attitudes Scale (IAS) : a psychometric evaluation on a nonclinical population. Personality and Individual Differences, 18, 463-469.

Gosselin, P., Langlois, F., Ladouceur, R., Drouin, M.C. & Brunelle, C. (1999). Hypochondriasis and GAD : Do these disorders share the same cognitive processes? Communication présentée à la XXXIII^{ième} convention annuelle de l'AABT, Toronto, Canada.

Gureje, O., ÜstÜN, B. & Simon, G.E. (1997). The syndrome of hypochondriasis : a cross-national study in primary care. Psychological Medicine, 27, 1001-1010.

Jacobson, N.S. & Truax, P. (1991). Clinical significance : A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59, 12-19.

Katon, W., Ries, R.K. & Kleinman, A. (1984). The prevalence of somatisation in primary care. Comprehensive Psychiatry, 25, 208-211.

Kellner, R. (1985). Functional somatic symptoms and hypochondriasis. Archives of General Psychiatry, 42, 821-833.

Kellner, R. & Warwick, H.M.C. (1992). The treatment for hypochondriasis : to reassure or not to reassure? Commentaries. International Review of Psychiatry, 4, 71-80.

Laberge, M., Dugas, M.J. & Ladouceur, R. (2000). Modification des croyances relatives aux inquiétudes après traitement du trouble d'anxiété généralisée. Revue Canadienne des Sciences du Comportement, 32, 91-96.

Ladouceur, R., Blais, F., Freeston, M.H. & Dugas, M.J. (1998). Problem solving and problem orientation among moderate worriers, high worriers and GAD patients. Journal of Anxiety Disorder, 12, 139-152.

Ladouceur, R., Dugas, M., Freeston, M. H., Léger, E., Gagnon, F., Thibodeau, N. & Boisvert, J.-M. (2000) (sous presse). Effectiveness of a New Cognitive-Behavioral Treatment for Generalized Anxiety Disorder: Evaluation in a Controlled Clinical Trial. Journal of Consulting and Clinical Psychology.

Langlois, F., Freeston, M.H., Gosselin, G. & Ladouceur, R. (1999a). Do illness possess more characteristics of obsessional intrusions or worries? Communication présentée à la XXXIII^{ième} convention annuelle de l'AABT, Toronto, Canada.

Macleod, A.K., Williams, J.M. & Bekerian, D.A. (1991). Worry is reasonable : The role of explanations in pessimism about future personal events. Journal of Abnormal Psychology, 100, 478-486.

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

Robbins, J.M. & Kirmayer, L.J. (1991). Attributions of common somatic symptoms. Psychological Medicine, 21, 1029-1045.

Robbins, J.M. & Kirkmayer, L.J. (1996). Transient and persistent hypochondriacal worry in primary. Psychological Medicine, 26, 575-589.

Roemer, L. & Borkovec, T.D. (1993). Worry : Unwanted cognitive activity that controls unwanted somatic experience. Dans D.M. Wegner & J.W. Pennebaker (EDS.), Handbook of mental control. Englewood Cliffs, NJ : Prentice Hall.

Salkovskis, P.M. (1991a). Anxiété et santé : aspects cognitivo-comportementaux. Act Médecine Interne-Psychiatrie, 8, 78-88.

Salkovskis, P.M. (1996). Frontiers of Cognitive Therapy. The Guilford Press, New-York.

Salkovskis, P.M. & Warwick, H.M.C. (1986). Morbid preoccupation, health anxiety and reassurance : A cognitive-behavioural approach to hypochondriasis. Behavioural Research and Therapy, 24, 597-602.

Schimtd, A.J.M. (1994). Bottlenecks in the diagnosis of hypochondriasis. Comprehensive Psychiatry, 35, 306-315.

Skelton, J.A. & Croyle, R.T. (1991). Mental representation in Health and Illness. Springer-Verlag, New-York.

Wagner, P.J. & Curran, P. (1984). Health beliefs and physician identified «Worried Well». Health Psychology, 3, 459-474.

Warwick, H.M.C. & Marks, I.M. (1988). Behavioral treatment of illness phobia and Hypochondriasis : A pilot study of 17 cases. British Journal of Psychiatry, 152, 239-241.

Warwick, H. M. C. & Salkovskis, P.M. (1990). Hypochondriasis. Behaviour Research and Therapy, 28, 105-117.

Weinman, J. (1996). The Illness Perception Questionnaire : A new method for assessing the cognitive representation of illness. Psychology and Health, 11, 431-445.

Williams, C. (1997). A cognitive model of dysfunctional illness behaviour. British Journal of Health Psychology, 2, 153-165.

Notes de l'auteur

La recherche décrite dans cet article a été supportée financièrement par le Laboratoire de recherche cognitive et comportementale de l'Université Laval mené par le docteur Robert Ladouceur.

Toute correspondance doit être adressée à Olivier Pelletier, École de psychologie, Université Laval, Québec, Canada, G1K 7P4.

Tableau 1
Structure factorielle pour les croyances générales face à la santé du OCRS (initial).

Items	Composantes					Communalités
	1	2	3	4	5	
32-Je suis responsable des maladies que j'ai	0.72					0.62
8-II est possible de prévenir l'apparition des maladies	0.71					0.53
14-C'est de ma faute si les maladies m'atteignent	0.71					0.57
18-Si je prends soin de moi= éviter les maladies	0.66					0.57
33-Précautions=éviter les problèmes de santé	0.61					0.61
21-Être en bonne santé=aucun symptôme		0.85				0.76
31-Être en bonne santé=aucun inconfort		0.81				0.71
23-Être en bonne santé=pas de trouble physique		0.70				0.66
28-Si pas traitée rapidement= conséquences désastreuses			0.72			0.58
17-Toutes les maladies= conséquences graves			0.70			0.55
22-Maladie=mort si perdue trop longtemps			0.63			0.48
11-Maladie laisse des séquelles			0.62			0.45
7-Voir un malade me rend malade aussi				0.77		0.66
3-Entendre parler d'une maladie la déclenche chez moi				0.69		0.62
26-Penser à la maladie peut la déclencher				0.63		0.55
29-Lire ou me renseigner sur la maladie peut la déclencher				0.62		0.46
4-Je suis plus prédisposé à la maladie que la majorité des gens					0.73	0.58
2-Même si je prends soins de moi, je peux tomber malade facilement					0.65	0.59
25-Être en bonne santé=aucun malaise physique						
34-Qu'elle soit contagieuse ou non, la maladie peut se déclencher si on est entouré de malades						

- 15-J'ai plus de chance de développer une maladie que la plupart des gens
 13-Je suis plus vulnérable à la maladie que la plupart des gens
 5-Moi seul a la responsabilité de mon corps
 20-Les changements dans mon corps= maladie grave
 1-Symptômes=maladie grave
 12-M'inquiéter me permet d'avoir un contrôle sur la maladie
 30-Si je ne vais pas chez le docteur aussitôt que je découvre un symptôme, il sera trop tard
 10-Même les petits symptômes méritent une consultation
 16-Avoir des contacts répétés avec son médecin permet d'éviter les maladies
 9-Je suis en bonne santé seulement si je n'ai aucune douleur
 24-Il y a des problèmes de santé dans ma famille, donc je vais en avoir
 6-Les symptômes sont toujours expliqués par un problème physique identifiable
 19-Toutes les maladies diminuent extrêmement la qualité de vie
 35-Être malade, c'est perdre le contrôle de mon corps
 27-Si je ne fais rien pour prévenir les maladies, c'est comme si je la provoquais

Eigenvalues	4.2	2.2	1.7	1.3	1.1
Pourcentages de variance	23.3	12.4	9.2	7.5	6.2

N=186

Seulement les coefficients plus élevés que .40 sont présentés.

Tableau 2
Structure factorielle pour les croyances associées aux inquiétudes face à la maladie du PSI-S (initial).

Items	Composantes		
	1	2	Communalités
13-M'inquiéter=permet de détecter rapidement les symptômes et de prévenir les maladies	0.79		0.66
4-M'inquiéter=confirme que je suis une personne responsable de ma santé	0.78		0.67
11-M'inquiéter=me pousse à consulter et à avoir un meilleur suivi médical	0.78		0.62
8-M'inquiéter=me motive à être plus fidèle au traitement	0.73		0.53
2-M'inquiéter=me motive à consulter plus rapidement	0.71		0.51
15-M'inquiéter=prouve que je fais tout ce qui est en mon pouvoir pour garder la santé	0.65		0.47
3-M'inquiéter=permet d'être mieux préparé à accepter la maladie si elle survenait	0.65		0.48
6-M'inquiéter=plus de chance de trouver le meilleur traitement	0.65		0.51
1-M'inquiéter=permet de trouver un meilleur moyen de prévenir les maladies	0.57		0.40
9-M'inquiéter=permet d'être moins triste si je tombe malade	0.52		0.34
10-M'inquiéter=empêche la maladie de survenir		0.81	0.67
5-M'inquiéter=éloigne la maladie de moi et de mon entourage		0.80	0.66
7-M'inquiéter=diminue le risque de contracter une maladie		0.79	0.67
12-M'inquiéter=confirme que je suis une personne soucieuse de ma santé			
14-Si la maladie survenait, je me sentirais coupable de ne pas m'en être inquiété(e)			
Eigenvalues	5.6	1.6	
Pourcentages de variance	42.8	12.3	

N=186

Seulement les coefficients plus élevés que .40 sont présentés.

Tableau 3
Moyenne au QCRS et au PSI-S selon le sexe.

Sexe	QCRS			PSI-S		
	n	M	ET	n	M	ET
Hommes	164	34.2	8.3	162	24.6	10.0
Femmes	265	32.2	7.9	264	23.2	7.7
Total	429	32.9	8.1	426	23.7	8.6

Tableau 4
Structure factorielle pour les croyances générales face à la santé du QCRS (final).
N=429. Seulement les coefficients plus élevés que .40 sont présentés.

Items	Composantes					Communalités
	1	2	3	4	5	
17-Lire ou me renseigner sur la maladie peut la déclencher	0.78					0.62
5-Voir un malade me rend malade	0.76					0.66
2-Entendre parler d'une maladie la déclenche chez moi	0.75					0.61
13-Penser à la maladie peut la déclencher	0.55					0.36
11-Être en bonne santé=aucun symptôme		0.76				0.61
3-Être en bonne santé=pas de trouble physique		0.74				0.57
18-Être en bonne santé=aucun inconfort		0.63				0.41
7-Maladie laisse des séquelles			0.72			0.57
16-Si pas traitée rapidement=conséquences désastreuses			0.70			0.62
9-Toutes les maladies=conséquences graves			0.70			0.57
12-Maladie=mort si perdure trop longtemps			0.67			0.54
19-Je suis responsable des maladies que j'ai				0.76		0.69
8-C'est de ma faute si les maladies m'atteignent				0.68		0.59
10-Si je prends soin de moi=éviter les maladies				0.62		0.68
14-Précautions=éviter les problèmes de santé				0.57		0.64
6-Il est possible de prévenir l'apparition des maladies				0.44		0.41
1-Même si je prends soins de moi, je peux tomber malade facilement					0.79	0.65
15-Mon corps est vulnérable face à la plupart des maladies					0.75	0.62
4-Je suis plus prédisposé à la maladie que la majorité des gens					0.69	0.57
Eigenvalues	4.5	2.4	1.5	1.4	1.2	
Pourcentages de variance	23.6	12.6	8.1	7.4	6.3	

Tableau 5
Structure factorielle pour les croyances associées aux inquiétudes face à la maladie du PSI-S (final).

Items	Composantes		
	1	2	Communalités
11-M'inquiéter=me pousse à consulter et à avoir un meilleur suivi médical	0.84		0.67
2-M'inquiéter=me motive à consulter plus rapidement	0.84		0.61
7-M'inquiéter=me motive à être plus fidèle au traitement	0.79		0.57
12-M'inquiéter=permet de détecter rapidement les symptômes et de prévenir les maladies	0.78		0.66
8-M'inquiéter=confirme que je suis une personne responsable de ma santé	0.75		0.61
13-M'inquiéter=prouve que je fais tout ce qui est en mon pouvoir pour garder la santé	0.64		0.52
1-M'inquiéter=permet de trouver un meilleur moyen de prévenir les maladies	0.64		0.53
3-M'inquiéter=permet d'être mieux préparé à accepter la maladie si elle survenait	0.43	0.42	0.54
10-M'inquiéter=empêche la maladie de survenir		0.87	0.68
4-M'inquiéter=éloigne la maladie de moi et de mon entourage		0.83	0.65
6-M'inquiéter=diminue le risque de contracter une maladie		0.74	0.58
9-M'inquiéter=permet d'être moins triste si je tombe malade		0.62	0.53
5-M'inquiéter=plus de chance de trouver le meilleur traitement		0.45	0.51
Eigenvalues	6.1	1.6	
Pourcentages de variance	46.7	12.1	

N=429

Seulement les coefficients plus élevés que .40 sont présentés.

Tableau 6

Corrélation pour toutes les mesures et les sous-échelles des questionnaires de l'étude 2.

	QCRS	PM1	San	Con	Res	Vul	PSI-S	Uti	PM2	ÉIM	phy	émo	neu	sym	ASS	IDB-a	IAB
QCRS	1.00						.49*			.50*	.31*	-.04	-.17*	.03	.37*	.22*	.26*
PM1		1.00	.20*	.31*	.21*	.29*				.43*	.27*						
San			1.00	.24*	.39*	.12*				.18*	.13*						
Con				1.00	.36*	.26*				.37*	.29*						
Res					1.00	.09				.22*	.15*						
Vul						1.00				.56*	.19*						
PSI-S							1.00			.41*	.26*	.09	-.18*	.06	.35*	.16*	.20*
Uti								1.00	.49*								
PM2									1.00								
retestQ	.70*																
retestP							.71*										

Note. QCRS : Questionnaire des Croyances Reliées à la Santé

PM1 : Sous-échelle Pensée magique du QCRS

San : Sous-échelle Santé du QCRS

Con : Sous-échelle Conséquence du QCRS

Res : Sous-échelle Responsabilité du QCRS

Vul : Sous-échelle Vulnérabilité du QCRS

PSI-S : Questionnaire Pourquoi S'Inquiéter face à la Santé?

Uti : Sous-échelle Utilité du PSI-S

PM2 : Sous-échelle Pensée Magique du PSI-S

ÉIM : Échelle d'Inquiétudes face à la Maladie

phy : Questionnaire d'Interprétation des Symptômes (échelle physique)

émo : Questionnaire d'Interprétation des Symptômes (échelle émotionnelle)

neu : Questionnaire d'Interprétation des Symptômes (échelle neutre)

symp : Questionnaire d'Interprétation des Symptômes (nombre de symptômes)

ASS : Échelle d'Amplification Somato-Sensorielle

IDB-a : Inventaire de Dépression de Beck (version abrégée)

IAB : Inventaire d'Anxiété de Beck

retestQ et retestP : test-retest du QCRS et test-retest du PSI-S

*p<0.001

CHAPITRE III

CONCLUSION GÉNÉRALE

Le but principal de cette recherche vise à bâtir deux questionnaires concernant les croyances erronées face à la santé et la maladie. Le premier questionnaire, le Questionnaire des Croyances Reliées à la Santé (QCRS), évalue des croyances générales face à la santé, alors que le second questionnaire, le Pourquoi S'Inquiéter face à la Santé (PSI-S), sert à identifier des croyances associées aux inquiétudes face à la maladie. L'objectif de l'étude 1 est de faire une épuration des questionnaires en supprimant les items non pertinents et en ajoutant de meilleurs items. L'étude 2 vise à établir la structure factorielle des deux questionnaires et à valider ces deux instruments auprès d'une population non clinique.

Les résultats de l'étude 1 révèlent que le QCRS possède une structure factorielle à cinq composantes : (1) responsabilité, (2) santé, (3) conséquences, (4) pensée magique et (5) vulnérabilité. Des 35 items initiaux, seulement 18 ont été retenus. Un seul item a été ajouté afin d'augmenter le nombre d'items de la Composante 5 (vulnérabilité). Le QCRS possède donc 19 items. Le PSI-S présente une structure factorielle contenant deux composantes : (1) utilité et (2) pensée magique. L'épuration a permis d'exclure deux items des 15 originaux. Les résultats de la première étude concordent avec la littérature et les observations cliniques. Les croyances évaluées par les questionnaires sont établies à partir d'articles scientifiques et d'observations d'experts. La seconde étude arrive à des conclusions similaires à celles de l'étude 1 pour ce qui est du nombre de composantes contenues dans les deux questionnaires à l'étude.

Les résultats révèlent que les deux instruments possèdent de bonnes qualités psychométriques. Ces résultats montrent que ces deux questionnaires mesurent adéquatement les croyances erronées associées à l'AS. Cela en fait de bons outils qui sont utiles cliniquement à différentes étapes du traitement.

Les résultats suggèrent que les cotes totales au QCRS et au PSI-S augmentent en fonction du niveau d'inquiétude. Cela concorde avec les travaux de Davey, Tallis et Capuzzo (1996) qui ont

observé que les individus ayant une plus forte tendance à s'inquiéter entretiennent plus de croyances erronées face à leurs inquiétudes.

En résumé, cette étude fournit deux instruments francophones valides et fidèles pouvant être utilisés par plusieurs cliniciens et autres intervenants grâce à leur facilité d'administration. Ce sont des instruments courts, faciles à comprendre et qui peuvent apporter plusieurs pistes d'intervention.

Cette recherche, ayant démontré que les croyances sont associées à la tendance à s'inquiéter, illustre l'importance de considérer et de continuer les recherches portant sur l'anxiété face à la santé (AS) et ses variables cognitives sous-jacentes, puisqu'ils sont à la base d'un traitement psychologique approprié. Ainsi, la restructuration cognitive des croyances identifiées par le QCRS et le PSI-S permettra, dans une étape ultérieure, d'améliorer l'efficacité des interventions spécifiques à cette problématique. Lors d'une étude clinique, Langlois et Ladouceur (2000) ont déjà démontré que la restructuration des croyances, identifiées à l'aide de versions préliminaires du QCRS et du PSI-S jumelée à d'autres techniques, s'avérait efficace pour traiter les gens souffrant d'AS. La validation du QCRS et du PSI-S ainsi que l'exploration des croyances erronées auprès d'une population clinique s'avèrent la prochaine étape à envisager.

LISTE DES OUVRAGES CITÉS

American Psychiatric Association (1987). Diagnostic and Statistical manual of mental disorders, (4rd Edn.). Washington, DC; Author.

Barlow, D.H. & Di Nardo, P.A. (1991). The diagnosis of generalized anxiety disorder : Development, current status, and future directions. Dans Rapee, R.M., & Barlow, D.H. (Eds.), Chronic anxiety : Generalized anxiety disorder and mixed anxiety-depression (pp. 95-118). New York, London : Guilford Press.

Barsky, A.J., Coeytaux, R.R., Sarnie, M.K. & Cleary, P.D. (1993). Hypochondriacal patient's beliefs about good health. American Journal of Psychiatry, *150*, 1085-1089.

Barsky, A.J. (1996) Hypochondriasis, medical management and psychiatric treatment. Psychosomatics, *37*, 48-56.

Barsky, A.J., Fama, J.M., Bailey, E.D. & Ahern, D.K. (1998). A prospective 4-to-5 year study of DSM-III-R Hypochondriasis. Archives of General Psychiatry, *55*, 737-744.

Barsky, A.J., Whyshak, G. & Klerman, G.L. (1990a). Transient Hypochondriasis. Archives of General Psychiatry, *47*, 746-752.

Barsky, A.J., Whyshak, G. & Klerman, G.L. (1990b). The somatosensory amplification scale and its relationship to hypochondriasis. Journal of Psychiatry Research, *24*, 323-334.

Barsky, A.J., Whyshak, G., Klerman, G.L. & Lathame, K. S. (1990). The prevalence of hypochondriasis in medical outpatients. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, *25*, 89-94.

Barsky, A.J., Frank, C.B., Wyshak, G. & Klerman, G.L. (1991). Hypochondriasis and obsessive compulsive disorder. Psychiatric clinics of North America, *15*, 791-801.

Barsky, A.J. (1992). The relation between hypochondriasis and age. American Journal of Psychiatry, *148*, 923-928.

Beck, A.T. & Beck., R.M. (1972). Screening depressed patients in family practice; a rapid technique. Postgraduate Medecine, *52*, 81-85.

- Beck, A.T., Epstein, N., Brown, G. & Steer, R.A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety : Psychometric properties. Journal of Consulting and Clinical Psychology, *56*, 893-897.
- Borkovec, T.D. (1994). The nature, function, and origins of worry. Dans G.C.L. Davey & F.Tallis (Eds.), Worrying : Perspective on theory, assesment and treatment. Chichester : John Wiley & Sons.
- Bouman, T.K. & Visser, S. (1998). Cognitive and behavioural treatment of hypocondriasis. Psychotherapy Psychosomatics, *67*, 214-221.
- Bourque, P. & Beaudette, D. (1982). Étude psychométrique du questionnaire de dépression de Beck auprès d'un échantillon d'étudiants universitaires francophones. Revue Canadienne des Sciences du comportement, *14*, 211-218.
- Davey, G.C.L., Tallis, F. & Capuzzo, N. (1996). Beliefs about the consequences of worrying. Cognitive Therapy and Research, *20*, 499-520.
- Dugas, M.J., Gagnon, F., Ladouceur, R. & Freeston, M.H. (1998). Generalized Anxiety Disorder : A preliminary test of a conceptual model. Behaviour Research and Therapy, *36*, 215-226.
- Dugas, M.J. & Ladouceur, R. (sous presse). Treatment of GAD: Targetting Intolerance of Uncertainty in two types of worry. Behavior Modification.
- Fallon, B.A., Klein, B. & Liebowitz, M.R. (1993). Hypochondriasis : Treatment strategies. Psychiatric Annals, *23*, 374-381.
- Freeston, M.H., Ladouceur, R., Thibodeau, N., Gagnon, F. & Rhéaume, J. (1994a). L'inventaire d'anxiété de Beck : Propriétés psychométriques d'une traduction française. L'Encéphale, *XX*, 47-55.
- Freeston, M.H., Rhéaume, J., Letarte, H., Dugas, M.J. & Ladouceur, R. (1994b). Why do people worry? Personality and Individual Differences, *17*, 791-802.

Ferguson, E. & Daniel, E. (1995). The Illness Attitudes Scale (IAS) : a psychometric evaluation on a nonclinical population. Personality and Individual Differences, 18, 463-469.

Gosselin, P., Langlois, F., Ladouceur, R., Drouin, M.C. & Brunelle, C. (1999). Hypochondriasis and GAD : Do these disorders share the same cognitive processes? Communication présentée à la XXXIII^{ième} convention annuelle de l'AABT, Toronto, Canada.

Gureje, O., ÜstÜn, B. & Simon, G.E. (1997). The syndrome of hypochondriasis : a cross-national study in primary care. Psychological Medicine, 27, 1001-1010.

Hankin, J. & Oktay, J.S. : Mental disorder and primary medical care : An analytic review of the literature. DHEW Publication (ADM) 78-661. Washington, US Government Printing Office, 1979.

Jacobson, N.S. & Truax, P. (1991). Clinical significance : A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59, 12-19.

Katon, W., Ries, R.K. & Kleinman, A. (1984). The prevalence of somatisation in primary care. Comprehensive Psychiatry, 25, 208-211.

Kellner, R. (1985). Functional somatic symptoms and hypochondriasis. Archives of General Psychiatry, 42, 821-833.

Kellner, R. (1986). Somatisation and depression. Preager, New-York.

Kellner, R., Wiggins, R.G. & Pathak, D. (1986). Hypochondriacal fears and beliefs in medical and law students. Archives of General Psychiatry, 43, 487-489.

Kellner, R. (1992). The treatment of hypochondriasis : To reassure or not to reassure? International Review of Psychiatry, 4, 71-75.

Kellner, R. & Warwick, H.M.C. (1992). The treatment for hypochondriasis : to reassure or not to reassure? Commentaries. International Review of Psychiatry, 4, 71-80.

Laberge, M., Dugas, M.J. & Ladouceur, R. (2000). Modification des croyances relatives aux inquiétudes après traitement du trouble d'anxiété généralisée. Revue Canadienne des Sciences du Comportement, 32,91-96.

Ladouceur, R., Blais, F., Freeston, M.H. & Dugas, M.J. (1998). Problem solving and problem orientation among moderate worriers, high worriers and GAD patients. Journal of Anxiety Disorder, 12, 139-152.

Ladouceur, R., Dugas, M., Freeston, M. H., Léger, E., Gagnon, F., Thibodeau, N. & Boisvert, J.-M. (2000) (sous presse). Effectiveness of a New Cognitive-Behavioral Treatment for Generalized Anxiety Disorder: Evaluation in a Controlled Clinical Trial. Journal of Consulting and Clinical Psychology.

Langlois, F., Freeston, M.H., Gosselin, G. & Ladouceur, R. (1999a). Do illness possess more characteristics of obsessional intrusions or worries? Communication présentée à la XXXIII^{ième} convention annuelle de l'AABT, Toronto, Canada.

Langlois, F., Freeston, M.H., Gosselin, G. & Ladouceur, R. (1999b). What are the predictors of strategies used to dismiss illness intrusions? Communication présentée à la XXXIII^{ième} convention annuelle de l'AABT, Toronto, Canada.

Langlois, F. & Ladouceur, R. (2000). Adaptation of GAD treatment for hypochondriasis. Communication acceptée pour présentation à la XXXIV^{ième} convention annuelle de l'AABT, New Orleans, États-Unis.

Macleod, A.K., Williams, J.M. & Bekerian, D.A. (1991). Worry is reasonable : The role of explanations in pessimism about future personal events. Journal of Abnormal Psychology, 100, 478-486.

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

Noyes, R. (1999). The relationship of hypochondriasis to anxiety disorders. General Hospital Psychiatry, 21, 8-17.

Robbins, J.M. & Kirmayer, L.J. (1991). Attributions of common somatic symptoms. Psychological Medicine, 21, 1029-1045.

Robbins, J.M. & Kirkmayer, L.J. (1996). Transient and persistent hypochondriacal worry in primary. Psychological Medicine, 26, 575-589.

Roemer, L. & Borkovec, T.D. (1993). Worry : Unwanted cognitive activity that controls unwanted somatic experience. Dans D.M. Wegner & J.W. Pennebaker (EDS.), Handbook of mental control. Englewood Cliffs, NJ : Prentice Hall.

Salkovskis, P.M. (1989). Somatic problems. Dans Hawton, K., Salkovskis, P.M., Kirk, J., & Clark, D.M. (Eds.), Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems : A practical guide (pp.235-276). Oxford, New York : Oxford University Press.

Salkovskis, P.M. (1991a). Anxiété et santé : aspects cognitivo-comportementaux. Act Médecine Interne-Psychiatrie, 8, 78-88.

Salkovskis, P.M. (1991b). The importance of behaviour in the maintenance of panic and anxiety : a cognitive account. Behavioural Psychotherapy, 19, 6-19.

Salkovskis, P.M. (1996). Frontiers of Cognitive Therapy. The Guilford Press, New-York.

Salkovskis, P.M. & Warwick, H.M.C. (1986). Morbid preoccupation, health anxiety and reassurance : A cognitive-behavioural approach to hypochondriasis. Behavioural Research and Therapy, 24, 597-602.

Schimtd, A.J.M. (1994). Bottlenecks in the diagnosis of hypochondriasis. Comprehensive Psychiatry, 35, 306-315.

Skelton, J.A. & Croyle, R.T. (1991). Mental representation in Health and Illness. Springer-Verlag, New-York.

Tyrer, P., Fowler-Dixon, R.T. & Ferguson, B. (1990). The justification for the diagnosis of hypochondriacal personality disorders. Journal of Psychosomatic Research, 34, 637-642.

Wagner, P.J. & Curran, P. (1984). Health beliefs and physician identified «Worried Well». Health Psychology, 3, 459-474.

Warwick, H.M.C., Clark, D.M., Cobb, A.M. & Salkovskis, P.M. (1996). A controlled trial of cognitive-behavioural treatment of hypochondriasis. British Journal of Psychiatry, 169, 189-195.

Warwick, H.M.C. & Marks, I.M. (1988). Behavioral treatment of illness phobia and Hypochondriasis : A pilot study of 17 cases. British Journal of Psychiatry, 152, 239-241.

Warwick, H. M. C. & Salkovskis, P.M. (1990). Hypochondriasis. Behaviour Research and Therapy, 28, 105-117.

Weinman, J. (1996). The Illness Perception Questionnaire : A new method for assessing the cognitive representation of illness. Psychology and Health, 11, 431-445.

Williams, C. (1997). A cognitive model of dysfunctional illness behaviour. British Journal of Health Psychology, 2, 153-165.

Notes de l'auteur

La recherche décrite dans cet article a été supportée financièrement par le Laboratoire de recherche cognitive et comportementale de l'Université Laval mené par le docteur Robert Ladouceur.

Toute correspondance doit être adressée à Olivier Pelletier, École de psychologie, Université Laval, Québec, Canada, G1K 7P4.

ANNEXE A

FORMULE DE CONSENTEMENT DE L'ÉTUDE 1

Formule de consentement

Entente quant à la participation à une recherche sur les croyances reliées à la santé.
Je soussigné(e)..... consens librement à participer à la recherche intitulée : "Validation du Questionnaire des croyances reliées à la santé (QCRS)". La nature et les procédés de la recherche se définissent comme suit :

1. La recherche a pour but l'élaboration d'un questionnaire portant sur les croyances reliées à la santé, celui-ci contient plus particulièrement des affirmations reliées à la santé avec lesquelles les gens sont en accord ou non. À l'aide de ce questionnaire, nous évaluerons les perceptions et les croyances générales face à la santé et la maladie, les inquiétudes face à la maladie et les croyances associées à ces inquiétudes et le degré de perception de la maladie. Cette étude permettra la construction d'un questionnaire et la formation de catégories de ces croyances.

2. L'étude prend la forme d'une passation de deux questionnaires prenant en tout environ 5 minutes à remplir.

3. Les questionnaires comprennent les éléments suivants :

éléments d'information sur les répondants (es) et sur leur santé ;

éléments sur les croyances générales reliées à la santé et à la maladie; sur les croyances reliées aux inquiétudes face à la maladie et sur le degré de perception de la maladie.

4. Chaque participant (e) pourra se retirer de cette recherche en tout temps, sans avoir à fournir de raison ni à subir de préjudice quelconque.

5. La participation à cette recherche fournira une occasion de faire avancer les connaissances dans ce domaine.

6. Il n'y a aucun risque à participer à cette étude. Le seul inconvénient est d'accorder approximativement 5 minutes pour répondre à l'ensemble des questionnaires, ce qui peut causer une très légère fatigue.

7. En ce qui concerne l'anonymat des participants (es) et le caractère confidentiel des renseignements fournis, les mesures suivantes sont prévues :

Les noms des participant (es) ne paraîtront sur aucun rapport;

Un code numérique sera utilisé sur les divers documents de la recherche. Seul le chercheur Olivier Pelletier aura accès à la liste des noms et des codes;

Si les renseignements obtenus dans cette recherche sont soumis à des analyses ultérieures, seul le code apparaîtra sur les divers documents ;

En aucun cas, les résultats individuels des participants (es) ne seront communiqués à qui que ce soit.

8. Ma participation à l'étude est limitée à compléter les questionnaire ci-joints.

9. La recherche fera l'objet de publications dans des revues scientifiques.

10. Certains détails concernant l'étude pourront m'être communiqués si je le désire. Dans ce cas, je peux contacter Olivier Pelletier au 656-2131 poste 4762 à l'École de psychologie qui répondra à mes questions. De plus, cette recherche est faite sous la direction du docteur Robert Ladouceur, professeur (e) à l'École de psychologie de l'Université Laval (656-2131 poste 3996), à qui toute plainte ou critique pourra être adressée.

Signature du chercheur : _____

Lu et signé le : _____ Signature du participant : _____

ANNEXE B

QUESTIONNAIRE D'INFORMATIONS GÉNÉRALES

Informations générales

Age: _____

Sexe: _____

Occupation actuelle:

Étudiant(e):

Domaine d'étude: _____

Cycle: 1 _____ 2 _____ 3 _____

Années: 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____

Souffrez-vous présentement d'une maladie qui a été diagnostiquée par un médecin ?

oui : _____ non : _____

Si oui, laquelle ? _____

Inscrivez les quatre derniers chiffres de votre numéro de téléphone.

ANNEXE C

FORMULE DE CONSENTEMENT DE L'ÉTUDE 2

Formule de consentement

Entente quant à la participation à une recherche sur les croyances reliées à la santé.

Je soussigné(e)..... consens librement à participer à la recherche intitulée : "Validation du Questionnaire des croyances reliées à la santé (QCRS)". La nature et les procédés de la recherche se définissent comme suit :

1. La recherche a pour but la validation d'un questionnaire portant sur les croyances reliées à la santé qui contient plus particulièrement des affirmations reliées à la santé avec lesquelles les gens sont en accord ou non. À l'aide de ce questionnaire, nous évaluerons les perceptions et les croyances générales face à la santé et la maladie, les inquiétudes face à la maladie et les croyances associées à ces inquiétudes et le degré de perception de la maladie. Cette recherche a pour objectif principal de découvrir les qualités psychométriques de ce questionnaire dans la population non clinique. Celui-ci permettra de mieux cibler les croyances lors d'évaluations futures dans le domaine de la santé.

2. L'étude prend la forme de passation d'une série de questionnaires durant environ de 25 à 30 minutes.

3. Les questionnaires comprennent les éléments suivants :

éléments d'information diverse sur les répondants (es) et sur leur santé ;

éléments sur les croyances générales reliées à la santé et à la maladie; sur les croyances reliées aux inquiétudes face à la maladie et sur le degré de perception de la maladie;

éléments sur l'humeur anxieuse et dépressive, sur l'amplification somato-sensorielle et sur les inquiétudes face à la maladie.

4. Chaque participant (e) pourra se retirer de cette recherche en tout temps, sans avoir à fournir de raison ni à subir de préjudice quelconque.

5. La participation à cette recherche fournira une occasion de faire avancer les connaissances dans ce domaine.

6. Il n'y a aucun risque à participer à cette étude. Le seul inconvénient est d'accorder approximativement de 25 à 30 minutes pour répondre à l'ensemble des questionnaires, ce qui peut causer une très légère fatigue.

7. En ce qui concerne l'anonymat des participants (es) et le caractère confidentiel des renseignements fournis, les mesures suivantes sont prévues :

Les noms des participant (es) ne paraîtront sur aucun rapport;

Un code numérique sera utilisé sur les divers documents de la recherche. Seul le chercheur Olivier Pelletier aura accès à la liste des noms et des codes;

Si les renseignements obtenus dans cette recherche sont soumis à des analyses ultérieures, seul le code apparaîtra sur les divers documents ;

En aucun cas, les résultats individuels des participants (es) ne seront communiqués à qui que ce soit.

8. Ma participation à l'étude est limitée à compléter les questionnaires ci-joints. Toutefois, un test-retest d'une durée de 5 minutes sera effectué 3 semaines après la première passation. Une nouvelle formule de consentement sera alors distribuée et vous serez une fois de plus libre de participer ou non.

9. La recherche fera l'objet de publications dans des revues scientifiques.

10. Certains détails concernant l'étude pourront m'être communiqués si je le désire. Dans ce cas, je peux contacter Olivier Pelletier au 656-2131 poste 4762 à l'École de psychologie qui répondra à mes questions. De plus, cette recherche est faite sous la direction du docteur Robert Ladouceur, professeur (e) à l'École de psychologie de l'Université Laval (656-2131 poste 3996), à qui toute plainte ou critique pourra être adressée.

Signature du chercheur : _____

Lu et signé le : _____ Signature du participant _____

ANNEXE D

FORMULE DE CONSENTEMENT DU TEST-RETEST DE L'ÉTUDE 2

Formule de consentement

Entente quant à la participation à une recherche sur les croyances reliées à la santé.

Je soussigné(e)..... consens librement à participer à la recherche intitulée : "Validation du Questionnaire des croyances reliées à la santé (QCRS)". La nature et les procédés de la recherche se définissent comme suit :

1. La recherche a pour but de s'assurer de la validité et de la fidélité du Questionnaire des Croyances Reliées à la Santé (QCRS), c'est-à-dire, que cet instrument mesure bien ce qu'il est supposé mesurer et qu'il soit constant dans le temps. Cette étape de l'étude concerne seulement les gens ayant complété ce questionnaire il y a environ 1 mois. Ce questionnaire porte sur les croyances reliées à la santé. Celui-ci contient plus particulièrement des affirmations reliées à la santé avec lesquelles les gens sont en accord ou non. À l'aide de ce questionnaire, nous évaluerons les perceptions et les croyances générales face à la santé et la maladie, les inquiétudes face à la maladie et les croyances associées à ces inquiétudes et le degré de perception de la maladie.

2. L'étude prend la forme d'une passation de deux questionnaires prenant en tout environ 5 minutes à remplir.

3. Les questionnaires comprennent les éléments suivants :

éléments d'information diverse sur les répondants (es) et sur leur santé ;

éléments sur les croyances générales reliées à la santé et à la maladie; sur les croyances reliées aux inquiétudes face à la maladie et sur le degré de perception de la maladie.

4. Chaque participant (e) pourra se retirer de cette recherche en tout temps, sans avoir à fournir de raison ni à subir de préjudice quelconque.

5. La participation à cette recherche fournira une occasion de faire avancer les connaissances dans ce domaine.

6. Il n'y a aucun risque à participer à cette étude. Le seul inconvénient est d'accorder approximativement 5 minutes pour répondre à l'ensemble des questionnaires, ce qui peut causer une très légère fatigue.

7. En ce qui concerne l'anonymat des participants (es) et le caractère confidentiel des renseignements fournis, les mesures suivantes sont prévues :

Les noms des participant (es) ne paraîtront sur aucun rapport;

Un code numérique sera utilisé sur les divers documents de la recherche. Seul le chercheur Olivier Pelletier aura accès à la liste des noms et des codes;

Si les renseignements obtenus dans cette recherche sont soumis à des analyses ultérieures, seul le code apparaîtra sur les divers documents ;

En aucun cas, les résultats individuels des participants (es) ne seront communiqués à qui que ce soit.

8. Ma participation à l'étude est limitée à compléter les questionnaires ci-joints.

9. La recherche fera l'objet de publications dans des revues scientifiques.

10. Certains détails concernant l'étude pourront m'être communiqués si je le désire. Dans ce cas, je peux contacter Olivier Pelletier au 656-2131 poste 4762 à l'École de psychologie qui répondra à mes questions. De plus, cette recherche est faite sous la direction du docteur Robert Ladouceur, professeur (e) à l'École de psychologie de l'Université Laval (656-2131 poste 3996), à qui toute plainte ou critique pourra être adressée.

Signature du chercheur : _____

Lu et signé le : _____ Signature du participant : _____

ANNEXE E

INVENTAIRE D'ANXIÉTÉ DE BECK

Inventaire d'anxiété de Beck

Voici une liste de symptômes courants dus à l'anxiété. Veuillez lire chaque symptôme attentivement. Indiquez, en inscrivant un X dans la colonne appropriée, à quel degré vous avez été affecté(e) par chacun de ces symptômes au cours de la dernière semaine, aujourd'hui inclus.

		Pas du tout	Un peu Cela ne m'a pas beaucoup dérangé	Modérément C'était très dés-plaisant mais supportable	Beaucoup Je pouvais à peine le supporter
1.	Sensations d'engourdissement ou de picotement				
2.	Bouffées de chaleur				
3.	"jambes molles", tremblements dans les jambes				
4.	Incapacité de se détendre				
5.	crainte que le pire ne survienne				
6.	Étourdissement ou vertige, désorientation				
7.	Battements cardiaques marqués				
8.	mal assuré(e), manque d'assurance dans mes mouvements				
9.	terrifié(e)				
10.	Nervosité				
11.	Sensation d'étouffement				
12.	Tremblement de mains				
13.	Tremblements, chancelant(e)				
14.	crainte de perdre le contrôle				
15.	Respiration difficile				
16.	peur de mourir				

17.	Sensation de peur, "avoir la frousse"				
18.	Indigestion ou malaise abdominal				
19.	Sensation de défaillance ou d'évanouissement				
20.	Rougisement du visage				
21.	Transpiration (non associée à la chaleur)				

ANNEXE F

ÉCHELLE D'INQUIÉTUDES FACE À LA MALADIE

Échelle d'Inquiétudes face à la Maladie

Cette échelle évalue votre inquiétude vis-à-vis de la maladie. Veuillez utiliser l'échelle ci-dessous pour exprimer jusqu'à quel point chacun des énoncés suivants correspond à votre situation (écrivez le numéro correspondant à l'avant de chacun des énoncés). SVP, répondez à chacune des questions

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

-
1. ___ Je pense être plus vulnérable à la maladie que la plupart des gens.

 2. ___ Je pense m'inquiéter davantage de ma santé que la plupart des autres personnes.

 3. ___ Si j'entends parler d'une maladie (par la radio, la télévision, les journaux, une connaissance), je crains d'en être victime moi-même.

 4. ___ Je pense qu'il y a quelque chose qui ne va vraiment pas avec mon corps.

 5. ___ Je suis plus sensible à la douleur que la plupart des autres personnes.

 6. ___ Je tombe malade facilement.

 7. ___ Je pense souvent que je pourrais tomber malade subitement.

 8. ___ J'ai le sentiment que les gens ne prennent pas au sérieux mes problèmes de santé.

 9. ___ Je m'inquiète souvent de la possibilité d'avoir une maladie grave.

ANNEXE G

ÉCHELLE D'AMPLIFICATION SOMATO-SENSORIELLE

L'Échelle ASS

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

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

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

ANNEXE H

INVENTAIRE DE DÉPRESSION DE BECK-VERSION ABRÉGÉE

Inventaire de Beck

Ce questionnaire contient des groupes d'énoncés. Lisez attentivement **tous les énoncés** pour chaque groupe, puis entourez la lettre correspondant à l'énoncé qui décrit le mieux la façon dont vous vous êtes senti(e) au cours des **sept derniers jours, aujourd'hui compris**. Si plusieurs énoncés semblent convenir également bien, encerclez chacun d'eux. Veuillez vous assurer d'avoir lu tous les énoncés de chaque groupe avant d'effectuer votre choix.

1.
 - a Je ne me sens pas triste.
 - b Je me sens triste.
 - c Je suis tout le temps triste et je ne peux m'en sortir.
 - d Je suis si triste que je ne peux le supporter.

2.
 - a Je ne suis pas particulièrement découragé(e) par l'avenir.
 - b Je me sens découragé(e) par l'avenir.
 - c J'ai l'impression de n'avoir aucune attente dans la vie.
 - d J'ai l'impression que l'avenir est sans espoir et que les choses ne peuvent s'améliorer.

3.
 - a Je ne me considère pas comme un(e) raté(e).
 - b J'ai l'impression d'avoir subi plus d'échecs que le commun des mortels.
 - c Quand je pense à mon passé, je ne peux voir que des échecs.
 - d J'ai l'impression d'avoir complètement échoué dans la vie.

4.
 - a Je retire autant de satisfaction de la vie qu'auparavant.
 - b Je ne retire plus autant de satisfaction de la vie qu'auparavant.
 - c Je ne retire plus de satisfaction de quoi que ce soit.
 - d Tout me rend insatisfait ou m'ennuie.

5.
 - a Je ne me sens pas particulièrement coupable.
 - b Je me sens coupable une bonne partie du temps.
 - c Je me sens coupable la plupart du temps.
 - d Je me sens continuellement coupable.

6.
 - a Je n'ai pas l'impression d'être déçu(e) de moi.
 - b Je suis déçu(e) de moi.
 - c Je suis dégoûté(e) de moi.
 - d Je me hais.

7. a Je ne pense aucunement à me suicider.
b J'ai parfois l'idée de me suicider, mais je n'irais pas jusqu'à passer aux actes.
c J'aimerais me suicider
d J'aimerais me suicider si j'en avais l'occasion
8. a Je n'ai pas perdu mon intérêt pour les autres.
b Je suis moins intéressé(e) par les gens qu'autrefois.
c J'ai perdu la plupart de mon intérêt pour les gens.
d J'ai perdu tout intérêt pour les gens.
9. a Je prends des décisions aussi facilement qu'avant.
b Je remets des décisions beaucoup plus qu'auparavant.
c J'ai beaucoup plus de difficulté à prendre des décisions qu'auparavant.
d Je ne peux plus prendre de décisions.
10. a Je n'ai pas l'impression que mon apparence soit pire qu'auparavant.
b J'ai peur de paraître vieux (vieille) ou peu attrayant (e).
c J'ai l'impression qu'il y a des changements permanents qui me rendent peu attrayant(e).
d J'ai l'impression d'être laid(e).
11. a Je peux travailler pratiquement aussi bien qu'avant.
b Il faut que je fasse des efforts supplémentaires pour commencer quelque chose.
c Je dois me secouer très fort pour faire quoi que ce soit.
d Je ne peux faire aucun travail.
12. a Je ne suis pas plus fatigué(e) qu'à l'accoutumé.
b Je me fatigue plus facilement qu'auparavant.
c Je me fatigue pour un rien
d Je suis trop fatigué(e) pour faire quoi que ce soit.
13. a Mon appétit n'est pas pire que d'habitude.
b Mon appétit n'est pas aussi bon qu'il était.
c Mon appétit a beaucoup diminué.
d Je n'ai plus d'appétit du tout.

ANNEXE I

QUESTIONNAIRE D'INTERPRÉTATION DES SYMPTÔMES

Questionnaire d'interprétation des symptômes (SIO)

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

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

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

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

- oui non

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

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

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

- oui non

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

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

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

- oui non

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

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

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

- oui non

5- Si je sentais mon coeur battre très fort dans ma poitrine, je penserais que c'est probablement parce que:

- je me suis épuisé(e) ou j'ai bu beaucoup de café
- je dois vraiment être très excité(e) ou effrayé(e)
- je dois avoir un problème cardiaque

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

- oui non

6- Si je me sentais fatigué(e), je penserais que c'est probablement parce que:

- je suis émotionnellement épuisé(e) ou découragé(e)
- j'ai fait trop ou au contraire pas assez d'exercice physique
- je dois faire de l'anémie

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

- oui non

7- Si mes mains tremblaient, je penserais que c'est probablement parce que:

- je dois avoir une maladie du système nerveux
- je suis très anxieux(se)
- les muscles de mes mains sont fatigués

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

- oui non

8- Si j'avais de la difficulté à dormir, je penserais probablement que c'est parce que:

- une douleur ou une gêne physique m'empêche de dormir
- je ne suis pas assez fatigué(e) pour m'endormir ou j'ai bu trop de café
- je me fais trop de soucis ou je suis trop nerveux(se) au sujet de quelque chose

Avez-vous eu des troubles de sommeil au cours des 3 derniers mois?

- oui non

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

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

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

- oui non

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

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

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

- oui non

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

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

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

- oui non

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

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

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

oui non

13- Si j'étais constipé(e) ou si j'avais de la diarrhée, je penserais que c'est probablement parce que:

- mon régime alimentaire n'est pas équilibré et ne contient pas assez de fibres
- ma tension nerveuse me crée des problèmes d'intestin
- j'ai une maladie de l'intestin

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

oui non

ANNEXE J

QUESTIONNAIRE DES CROYANCES RELIÉES À LA SANTÉ

Questionnaire sur la Santé

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

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

-
- ___ 1. Même si je prends soin de moi, c'est facile de tomber malade.
 - ___ 2. Si j'entends parler d'une maladie (par les médias ou un ami), celle-ci peut se déclencher chez moi
 - ___ 3. Être en bonne santé, c'est n'avoir aucun trouble physique.
 - ___ 4. Je suis plus prédisposé à la maladie que la majorité des gens.
 - ___ 5. Le simple fait de voir quelqu'un atteint d'une maladie est suffisant pour me rendre malade aussi.
 - ___ 6. Il est toujours possible de prévenir l'apparition de la maladie.
 - ___ 7. La maladie laisse toujours des séquelles.
 - ___ 8. C'est de ma faute si les maladies m'atteignent.
 - ___ 9. Toutes les maladies entraînent des conséquences graves.
 - ___ 10. Si je prends bien soin de moi, je peux éviter toutes les maladies.
 - ___ 11. Être en bonne santé, c'est n'avoir aucun symptôme.
 - ___ 12. N'importe quelle maladie peut entraîner la mort si elle perdure trop longtemps.
 - ___ 13. Le simple fait de penser à la maladie peut la déclencher.
 - ___ 14. En prenant beaucoup de précautions, il est possible d'éviter tous les problèmes de santé.
 - ___ 15. Mon corps est vulnérable face à la plupart des maladies.
 - ___ 16. Si la maladie n'est pas traitée rapidement, les conséquences deviennent désastreuses.

- 17. **Le simple fait de lire ou me renseigner sur la maladie dans des livres peut faire apparaître cette dernière chez moi.**
- 18. **Être en bonne santé, c'est n'avoir aucun inconfort.**
- 19. **J'ai le sentiment d'être entièrement responsable des maladies qui m'affectent.**

ANNEXE K

QUESTIONNAIRE POURQUOI S'INQUIÉTER FACE À LA SANTÉ

Pourquoi s'inquiéter face à la santé ?

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

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

-
- ___ 1. En m'inquiétant, je peux trouver un meilleur moyen de prévenir la maladie.
 - ___ 2. Le fait de m'inquiéter me motive à consulter plus rapidement.
 - ___ 3. Je serai mieux préparé(e) à accepter la maladie si elle survient puisque je m'en suis déjà inquiété(e).
 - ___ 4. Le simple fait de m'inquiéter éloigne la maladie et l'empêche d'apparaître dans mon entourage.
 - ___ 5. Si je m'inquiète face à la maladie, j'ai plus de chance de trouver le meilleur traitement.
 - ___ 6. Le simple fait de m'inquiéter aide à diminuer le risque de contracter une maladie.
 - ___ 7. Le fait de m'inquiéter me motive à être plus fidèle au traitement.
 - ___ 8. Le fait de m'inquiéter démontre que je suis une personne responsable de ma santé
 - ___ 9. Le fait de m'inquiéter maintenant fera en sorte que je serai moins triste s'il m'arrivait de tomber malade.
 - ___ 10. Le simple fait de m'inquiéter empêche la maladie de survenir chez moi.
 - ___ 11. Le fait de m'inquiéter me pousse à consulter et donc à avoir un meilleur suivi médical.
 - ___ 12. Le fait de m'inquiéter me permet de détecter rapidement les symptômes d'une maladie et ainsi prévenir les maladies
 - ___ 13. Le fait que je m'inquiète pour ma santé prouve que je fais tout ce qui est en mon pouvoir pour la garder.