

# **Étude prospective des effets de l'inquiétude sur l'ajustement psychologique des parents d'un enfant atteint d'un diabète de type 1**

Vander Haegen M (1), Etienne AM (1), Lebrethon MC (2)

(1) Unité de Recherche Santé et Société, Université de Liège, Belgique.

(2) Service de Pédiatrie, CHU Liège, Belgique.

**Résumé:** La prise en charge continue et pluridisciplinaire des enfants atteints de diabète de type 1 contribue à l'amélioration de leur qualité de vie. Cependant, les enjeux du suivi psychologique des parents d'un enfant diabétique sont moins développés dans les travaux de la littérature. À l'heure actuelle, il est nécessaire de réaliser des recherches portant sur l'ajustement psychologique parental afin d'identifier les facteurs de risque et de protection dans la compréhension du vécu des parents dans le but d'améliorer les initiatives de prévention de la détresse parentale. Nos résultats plaident pour un rôle non négligeable du facteur d'intolérance à l'incertitude au maintien des inquiétudes parentales. Cette étude confirme l'intérêt d'un suivi psychologique continu des parents en étroite collaboration avec les équipes médicales.

**Mots-clés :** Parents – Inquiétudes – Intolérance à l'incertitude – Enfant – Diabète de type 1

**Titre en anglais:** Prospective study of the worry's effects on the psychological adjustment among parents of a child with type 1 diabetes.

**Summary:** The continuous and multidisciplinary care of children with type 1 diabetes contributes to improving their quality of life. Nevertheless, psychological follow-up issues among parents of a diabetic child are less developed in studies. At present, there is a need to develop research on psychological parental adjustment in order to identify risk and protective factors for understanding the parental experience and improving the initiatives to prevent the parental distress. Our results argue for a crucial role of intolerance of uncertainty in parental concerns. This study supports the continuous psychological follow-up of parents in close collaboration with medical teams.

**Keywords:** Parents – Worries – Child – Type 1 diabetes – Intolerance of uncertainty

## **Introduction**

Le diabète de type 1 (DT1) ou diabète insulino-dépendant est une maladie auto-immune chronique caractérisée par la destruction progressive des cellules productrices d'insuline des îlots de Langerhans avec, comme conséquence, la survenue plus ou moins rapide d'une hyperglycémie. C'est la forme la plus fréquemment rencontrée chez l'enfant et l'adolescent. (1, 2). Selon le Registre Belge du Diabète, le nombre de nouveaux patients avec un DT1 a doublé sur une période de 15 ans chez les enfants en dessous de 15 ans. En Belgique, on comptabilise environ 3.400 enfants et adolescents diabétiques âgés de moins de 18 ans (3). Dans cette tranche d'âge, le DT1 demande une prise en charge initiale avec une équipe pluridisciplinaire composée de pédiatres diabétologues, de diététiciens, d'infirmiers spécialisés et de psychologues. Les objectifs de la prise en charge sont un meilleur contrôle de l'hyperglycémie, la prévention de l'hypoglycémie et la préservation de la qualité de vie. Dans l'évaluation du contrôle glycémique, deux paramètres doivent être pris en compte, à savoir l'hémoglobine

glyquée (HbA1c) qui doit être < 53 mmol/mol (7 %) et, pour la majorité des jeunes bénéficiant du contrôle du glucose en continu, un pourcentage de 70 % des valeurs glycémiques dans la fourchette thérapeutique de 70-180 mg/dl (TIR pour «Time in Range»). Ces objectifs ont pour but de réduire les complications aiguës, telles que des hypoglycémies sévères et acidocétoses diabétiques, et les complications à plus long terme, telles que rétinopathie et néphropathie (2-4).

Les études en santé s'intéressant à l'ajustement psychologique des parents d'un enfant atteint de diabète sont moins développées dans la littérature scientifique. Néanmoins, le concept «d'inquiétude parentale» reçoit, depuis quelques années, une attention particulière de la part des chercheurs dans le domaine de la santé et des maladies chroniques pédiatriques (5-7). L'inquiétude s'observe comme un enchaînement de pensées, de scénarios et d'images chargées d'émotions dont l'issue est incertaine, accompagné de sensations d'anxiété. Cette inquiétude conduit à la fonction principale de réduction physiologique des images anxiogènes par un évitement à son exposition.

Une distinction s'opère entre l'inquiétude de «type 1» et l'inquiétude de «type 2». L'inquiétude de type 1 décrit les conséquences vraisemblables d'une inquiétude qui découle de problèmes actuels et réels que vit le parent (par exemple, se soucier des hypoglycémies chez son enfant). L'inquiétude de type 2 repose, quant à elle, sur une inquiétude liée aux conséquences d'un problème qui n'existe pas encore et dont l'occurrence d'apparition reste extrêmement faible (8). Néanmoins, l'inquiétude peut devenir excessive lorsqu'elle s'accompagne de troubles somatiques (insomnies), émotionnels et comportementaux. L'inquiétude excessive est donc récurrente et intrusive. Il s'agit de pensées répétitives orientées vers la menace, vers des catastrophes potentielles ou vers le risque. L'inquiétude excessive demeure le symptôme central du trouble d'anxiété généralisée (TAG) (9). Le TAG se caractérise par de l'anxiété, des inquiétudes excessives et de nombreuses ruminations que le sujet n'arrive pas à contrôler. Il s'accompagne de symptômes d'agitation, de fatigue, d'irritation, de difficultés de concentration, de tensions musculaires et de perturbations du sommeil. L'intensité, la durée (minimale de 6 mois pour les inquiétudes) et la fréquence des symptômes (au moins 3 sur les 6 symptômes évoqués) doivent se présenter de manière disproportionnée, entraîner une souffrance clinique significative et altérer les différentes sphères de fonctionnement de l'individu (10, 11).

Différents travaux ont indiqué le rôle central du trait de la personnalité nommé «intolérance à l'incertitude» (II) dans le développement d'inquiétudes excessives. L'II est une incapacité acquise d'un individu pour supporter la réponse aversive déclenchée par l'absence perçue d'informations saillantes, ou suffisantes, associée à une perception d'incertitude. Les recherches empiriques montrent une relation de causalité entre l'II et l'inquiétude où une augmentation du niveau de l'incertitude s'associe à une augmentation des inquiétudes excessives. Les travaux mettent en évidence que l'II reste le prédicteur primaire de la tendance à s'inquiéter dans des situations incluant un niveau faible à modéré d'incertitude. L'II jouerait donc un rôle dans l'acquisition et le maintien d'inquiétudes excessives chez l'individu et donnerait lieu à une détresse psychologique importante et un TAG. Enfin, les travaux menés sur l'inquiétude parentale dans le cadre d'une maladie chronique ou dans la vie quotidienne rapportent une occurrence plus importante d'inquiétudes chez les femmes (deux fois plus en comparaison aux hommes). À titre illustratif, les études sur les inquiétudes des parents d'un enfant en rémission de cancer démontrent que les mères ont plus d'inquiétudes quant à l'évolution de la santé de leur enfant et présentent de nombreuses ruminations relatives à la rechute du cancer et aux effets indésirables tardifs des traitements (6-7).

L'objectif de l'étude est d'examiner le niveau d'inquiétudes parentales dans le cadre d'un DT1 atteignant un enfant et de mesurer les liens entre l'II (facteur central du trouble de l'anxiété généralisée) et l'état psychoémotionnel du parent.

## Méthodes

### Participants et procédure

Le projet et la procédure furent approuvés par le Comité d'éthique hospitalo-facultaire de la Province de Liège. Les parents éligibles à l'étude ont été informés par l'équipe du centre de convention diabète. Après accord, les parents ont été contactés par voie téléphonique par la responsable qui leur a expliqué l'étude et ses objectifs. Si le parent confirmait son accord, un rendez-vous était pris pour qu'il puisse répondre aux différents questionnaires.

Au total, 33 parents d'un enfant atteint de DT1 sont recrutés dans un hôpital belge de la région liégeoise. Parmi ces 33 parents, 7 couples ont participé ( $n = 14$ ) tandis que les autres parents ont participé seuls(e)s à l'étude ( $n = 19$ ). Les critères d'inclusion sont : [1] père et/ou mère d'enfant atteint de DT1; [2] francophone; [3] leur enfant doit être âgé entre minimum 7 ans à maximum 18 ans et [4] ne présenter aucune pathologie mentale ou psychologique sévère nécessitant la prise de médicaments. Les critères de non-inclusion sont : [1] grands-parents, fratrie, tuteurs; [2] non francophones; [3] enfant âgé de moins de 7 ans ou de plus de 18 ans.

### Instruments

Les parents remplissent trois questionnaires :

*Le questionnaire sur les Inquiétudes Parentales en Santé (QIPS-R15)* comprend 10 items gradués avec une échelle de Likert. Les sept premiers items sont gradués de (1 : «Tout à fait faux», à 5 : «Tout à fait vrai») et les trois derniers items sont gradués de (1 : «Tout à fait vrai», à 5 : «Tout à fait faux»). Ce questionnaire est bidimensionnel et permet de mesurer, d'une part, l'intensité des inquiétudes parentales et, d'autre part, la gestion de l'inquiétude par le parent (12). Ce questionnaire est créé pour l'étude car il n'existe pas dans la littérature.

*Le questionnaire d'Intolérance à l'Incertitude (QII)* comprend 27 items gradués (de 1, pas du tout correspondant, à 5, extrêmement correspondant) et mesure les réactions émotionnelles, cognitives et comportementales face aux situations ambiguës et incertaines. Cette échelle présente une bonne cohérence interne ( $\alpha$  de Cronbach = 0,91) ainsi qu'une stabilité temporelle satisfaisante (5 semaines;  $r = 0,78$ ). Ce questionnaire permet de distinguer les individus présentant un trouble de l'anxiété généralisée (TAG) de ceux qui n'en présentent pas. Un score total (unifactoriel) s'obtient en additionnant les scores obtenus à chaque item et varie entre 27 et 135. Suite à la passation du questionnaire auprès d'un échantillon non clinique de 285 adultes, les auteurs ont convenu qu'un score entre 0 et 48 correspond à une bonne tolérance à l'incertitude (non-TAG), qu'un score compris entre 49-77 décrit un TAG modéré et qu'un score  $> 78$  correspond à un TAG sévère. Le QII présente une bonne validité convergente en raison de corrélations significatives avec le questionnaire de l'évitement cognitif (QEC;  $r = 0,55$ ) et le questionnaire des inquiétudes du Penn State (QIPS;  $r = 0,68$ ) (8).

*L'Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)* comporte 14 items gradués à 4 points (exemple, je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois, de 0, «oui, tout autant», à 3, «presque plus du tout») qui examinent les symptômes de l'anxiété (7 items) et de la dépression (7 items). Un score inférieur à 7 (pour les items évaluant tant l'anxiété et la dépression)

correspond à un niveau normal, tandis qu'un score supérieur ou égal à 7 témoigne d'une symptomatologie importante et un score supérieur à 10 révèle une symptomatologie sévère. Le coefficient de fidélité est supérieur à 0,80 après deux semaines. L'alpha de Cronbach ( $\alpha$ ) oscille entre 0,79 et 0,90 pour les facteurs d'anxiété et de dépression, respectivement (13).

## **Analyses statistiques**

Plusieurs analyses statistiques sont réalisées. Une première analyse concerne le calcul de la moyenne (M) et de l'écart type (ET) pour les trois échelles (QIPS-R15, QII et HADS). Une seconde analyse permet de mesurer l'alpha de Cronbach pour évaluer la cohérence interne des items. L'alpha de Cronbach est calculé uniquement sur le questionnaire d'inquiétudes parentales (QIPS-R15). En effet, cet outil est créé pour l'étude car il n'existe pas dans la littérature alors que les deux autres questionnaires (QII et HADS) ont déjà démontré une excellente cohérence interne dans d'autres travaux (5,6). Les statisticiens s'accordent sur un seuil d'acceptabilité minimum de 0,5. Un  $\alpha$  compris entre 0,6 et 0,7 considère l'outil comme homogène et au-delà de 0,7 comme un outil très homogène (14). Une troisième analyse statistique par un test-*t* permet de comparer les moyennes entre les pères et les mères au questionnaire d'inquiétudes parentales (QIPS-R15). Une quatrième analyse concerne l'évaluation de la force des corrélations entre les trois questionnaires par le Rho de Spearman ( $r_s$ ). Enfin, deux régressions linéaires multiples sont menées. Les régressions sont construites afin d'expliquer (ou prédire) à l'aide d'une combinaison de facteurs (variables indépendantes) les inquiétudes parentales (QIPS-R15, variable dépendante). La méthode dite «pas à pas» (stepwise) a été privilégiée, car elle permet de choisir, parmi les facteurs, celui qui explique le mieux les inquiétudes parentales et qui propose le meilleur coefficient de détermination ( $R^2$ ); il s'agit d'une mesure de la qualité de la prédiction du modèle de régression linéaire en tenant compte de tous les facteurs (14).

## **Résultats**

### **Analyses descriptives de la détresse parentale**

Le Tableau I collige les statistiques descriptives pour le QIPS-R15, l'HADS et le QII. En moyenne, les parents présentent des inquiétudes relatives à l'évolution de la santé de l'enfant élevées (M = 29,33; ET = 9,20). Les résultats à l'échelle d'anxiété et de dépression (HADS) montrent que le seuil d'anxiété (7 ou >) est dépassé avec une moyenne de 8,96 (ET = 4,33). Le seuil de dépression est, quant à lui, peu élevé avec une moyenne de 4,54 (ET = 4,04). Les résultats au QII permettant d'identifier un TAG montrent que l'échantillon se situe sur un TAG modéré, avec une moyenne de 54,81 (ET = 21,14) (Tableau I).

### **Analyse de la fidélité métrique du questionnaire d'inquiétudes parentales**

Une analyse de la cohérence interne pour le questionnaire des inquiétudes parentales est conduite grâce à l'alpha ( $\alpha$ ) de Cronbach. Les résultats montrent une cohérence interne forte pour le QIPS-R15 ( $\alpha = 0,853$ ).

### **Comparaison des moyennes du score d'inquiétude en fonction du sexe du parent**

Un test *t* est effectué pour mesurer s'il existe une différence significative de moyenne entre les mères et les pères à l'échelle d'inquiétude (QIPS-R15). Les résultats indiquent un score d'inquiétudes moyen (QIPS-R15) significativement plus élevé chez les mères (M= 31,95; ET= 9,07) que chez les pères (M= 24,09; ET= 7,27) [*t* (31) = 0,784, *p* = 0,018].

## Associations entre les scores de détresse parentale

Le Tableau II représente la matrice des corrélations ( $\rho$  de Spearman;  $r_s$ ) entre le score total du QIPS-R15 et du QII et des deux dimensions de l'HADS (dimension d'anxiété; HADS<sub>A</sub> et de dépression; HADS<sub>D</sub>). Les résultats montrent une relation positive significative entre les inquiétudes parentales et l'II ( $r_s = 0,531$ ;  $p < 0,001$ ) et entre les inquiétudes parentales et les symptômes d'anxiété ( $r_s = 0,559$ ;  $p < 0,001$ ) et de dépression ( $r_s = 0,559$ ;  $p < 0,001$ ). Une relation positive significative est observée entre l'II et les symptômes d'anxiété ( $r_s = 0,625$ ;  $p < 0,001$ ) et de dépression ( $r_s = 0,711$ ;  $p < 0,001$ ). Enfin, une relation positive significative est observée entre les symptômes d'anxiété et les symptômes de dépression ( $r_s = 0,666$ ;  $p < 0,001$ ) (Tableau II).

## Exploration des prédicteurs impliqués dans les inquiétudes parentales

Des modèles de régression sont construits afin de répondre à la question suivante : *Quelles variables permettent de prédire les inquiétudes parentales dans le cadre d'un DT1 ?*

Deux modèles de régression sont analysés avec comme variable dépendante pour les deux modèles, les inquiétudes parentales (QIPS-R15).

Un premier modèle de régression est construit avec pour facteurs de prédiction (ou prédicteurs), les données socio-médicales de l'enfant atteint d'un DT1. Dans ce premier modèle, l'âge de l'enfant, le nombre d'années depuis le diagnostic, le nombre annuel d'hypoglycémies, le nombre annuel d'hyperglycémies, le nombre quotidien d'injections et la moyenne de l'HbA<sub>1c</sub> sont analysés. Les résultats ne montrent aucun modèle adéquat et les six facteurs sont exclus du modèle de régression ( $p > 0,05$ ).

Un second modèle de régression est construit avec pour facteurs de prédiction : les symptômes d'anxiété (HADS<sub>A</sub>), les symptômes de dépression (HADS<sub>D</sub>) et l'intolérance à l'incertitude (QII). Les résultats montrent un modèle de régression satisfaisant avec, pour facteur, celui de l'II pour expliquer les inquiétudes parentales. Le coefficient de détermination ( $R^2$ ) permettant d'évaluer le degré d'adéquation du modèle est de 0,364. Les résultats suggèrent donc que 36,4% des inquiétudes parentales sont expliquées par le facteur II ( $\beta = 0,603$ ;  $p < 0,001$ ) (Tableau III).

## Discussion

L'expérience du DT1 nous pousse à réfléchir à l'ajustement psychologique du proche et, plus particulièrement, celui du parent. Les recherches en pédiatrie mettent en évidence la nécessité d'apporter un support aux proches («caregivers»). Les travaux portés sur l'ajustement psychologique des parents d'un enfant DT1 sont moins développés dans la littérature. Toutefois, ils révèlent une détresse caractérisée par des symptômes anxieux et dépressifs (4, 5). À partir de ces constats, nous avons pris en considération le facteur «d'inquiétude», car ce facteur est peu étudié alors que le parent doit gérer un quotidien plus «incertain». Nous observons, en référence aux indices cliniques, une détresse importante au sein de l'échantillon de parents. Une majorité des parents présentent un haut niveau d'anxiété (75 % de l'échantillon) et accompagné d'inquiétudes intenses relatives à l'évolution de la santé de leur enfant (70 % de l'échantillon). Des corrélations sont d'ailleurs observées entre ces indices de détresse. En outre, l'II semble être un prédicteur pour expliquer les inquiétudes parentales excessives.

Nous émettons, cependant, plusieurs limites. Il serait nécessaire d'augmenter la taille de l'échantillon et d'inclure un groupe contrôle dans le design expérimental. Cela permettrait, notamment, de mesurer s'il existe réellement une différence entre les mères et les pères concernant les inquiétudes parentales dans le cadre d'un DT1 et de consolider les résultats présentés. Aussi, l'échelle utilisée (QIPS-R15) a été développée spécifiquement dans le cadre de l'étude, car elle n'existe pas dans la littérature. Des analyses de validation statistique sont en cours qui permettront de consolider cette échelle. Les résultats présentés doivent, donc, être interprétés avec prudence et ne peuvent pas être généralisés à la population de tous les parents d'un enfant diabétique. Enfin, la dimension de «prédiction» par les régressions doit également être consolidée par une étude longitudinale.

## **Conclusion**

Dans le champ de l'endocrino-diabétologie pédiatrique, il apparaît essentiel de soutenir les parents, car ceux-ci restent les premiers partenaires thérapeutiques pour le suivi de l'enfant (exemples : hygiène de vie, prise correcte des traitements, adhérence aux bilans médicaux, etc.). Il est nécessaire de développer des outils de suivi des parents en leur proposant un dispositif d'aide qui se poursuit au-delà du temps thérapeutique et des programmes d'intervention clinique adressés à cette population et à ces familles. Cette recherche est la première dans le champ du diabète qui s'est intéressée à examiner les associations et facteurs impliqués dans l'apparition des inquiétudes parentales en lien avec la détresse clinique dans le champ du DT1. Notre étude a mis en évidence que le facteur d'intolérance à l'incertitude (II) semble contribuer partiellement au maintien des inquiétudes parentales. Il serait nécessaire d'explorer d'autres facteurs parentaux dans l'apparition des inquiétudes telles que le soutien social, le réconfort conjugal ou encore le type de fonctionnement familial (ex. famille cohésive ou moins cohésive). Cette recherche confirme néanmoins l'intérêt d'un suivi psychologique continu des parents d'enfants DT1 en étroite collaboration avec les équipes médicales.

## Bibliographie

1. Mayer-Davis EJ, Kahkoska AR, Jefferies C, et al. ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines : Definition, epidemiology, and classification of diabetes in children and adolescent. *Pediatr Diabetet* 2018;19:7-19.
2. Fudvoye J, Parent AS, Lebrethon MC. Progrès technologiques et nouveautés en insulinothérapie au cours de la décennie chez l'enfant et l'adolescent diabétique. *Rev Med Liege* 2020;75:406-9.
3. Registre belge du diabète. [En ligne]. Disponible sur : <http://www.bdronline.be/index.php?n=118&id=119&sid=119&taal=F&mnav=1>. [cité le 14 janvier 2021].
4. Brink SJ. Complications of pediatric and adolescent type 1 diabetes mellitus. *Curr Diab Rep* 2001;1:47-55.
5. Szulczewski L, Mullins LL, Bidwell SL, et al. Meta-analysis : caregiver and youth uncertainty in pediatric chronic illness. *J Pediatr Psychol* 2017;42:395-421.
6. Vander Haegen M, Etienne AM. Intolerance of uncertainty as the vulnerability factor among parents of childhood cancer survivors: A 3-month follow-up study. *J Psychosoc Oncol* 2018;36:437-53.
7. Vander Haegen M, Etienne AM. Intolerance of uncertainty in parents of childhood cancer survivors: A clinical profile analysis. *J Psychosoc Oncol* 2018;36:717-33.
8. Freeston MH, Rhéaume J, Letarte J, et al. Why do people worry? *Pers Individ Dif* 1994;17:791-802.
9. Dugas MJ, Gagnon F, Ladouceur R, et al. Generalized anxiety disorder : a preliminary test of a conceptual model. *Behav Res Ther* 1998;36:215-26.
10. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Arlington;2013.
11. Berenbaum H, Bredemeier K, Thompson RJ. Intolerance of uncertainty : exploring its dimensionality and associations with need for cognitive closure, psychopathology, and personality. *J Anxiety Disord* 2008;22:117-25.
12. Vander Haegen M, Etienne AM., Flahault C. Revised Penn State Questionnaire. 2015a (unpublished data).
13. Sigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*, 1983;67:361-70.
14. Field A. *Discovering statistics using SPSS : and sex and drugs and rock'n'roll*. London:Sage;2013.

## Tableaux

Tableau I. Statistiques descriptives des différents questionnaires (N = 33)								
	QIPS-R15		QII		HADS <sub>D</sub>		HADS <sub>A</sub>	
	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>
<b>Femmes (n = 22)</b>	31,95	9,08	57,86	24,04	5,18	4,22	9,55	4,98
<b>Hommes (n =11)</b>	24,09	7,27	48,73	12,45	3,27	3,52	7,82	2,93
<b>Total (N= 33)</b>	29,33	9,20	54,81	21,14	4,54	4,04	8,96	4,33

HADS<sub>A</sub> : Hospital Anxiety and Depression Scale (anxiété); HADS<sub>D</sub> : Hospital Anxiety and Depression Scale (dépression); QII : Questionnaire d'Intolérance à l'Incertitude; QIPS-R15 : Questionnaire d'Inquiétudes Parentales en Santé Révisé (2015). M : moyenne. ET : écart type.

<b>Tableau II. Associations entre les scores de détresse parentale (N=33)</b>						
<b>Corrélations</b>						
			QIPS-R15	QII	HADS <sub>A</sub>	HADS <sub>D</sub>
(ρ de Spearman; r <sub>s</sub> )	QIPS-R15	Rho	1,000	0,531**	0,559**	0,559**
		Signification	.	P<0,001	P<0,001	P<0,001
	QII	Rho		1,000	0,625**	0,711**
		Signification		.	P<0,000	P<0,000
	HADS <sub>A</sub>	Rho			1,000	0,666**
		Signification				P<0,000
	HADS <sub>D</sub>	Rho				1,000
		Signification.				.

HADS<sub>A</sub> : Hospital Anxiety and Depression Scale (anxiété); HADS<sub>D</sub> : Hospital Anxiety and Depression Scale (dépression); QII : Questionnaire d'Intolérance à l'incertitude; QIPS-R15 : Questionnaire d'Inquiétudes Parentales en Santé Révisé (2015). Signification : signification statistique avec un test bilatéral.

<b>Tableau III. Prédicteurs de l'inquiétude parentale (N=33)</b>						
<b>Modèle</b> <i>Qualité du modèle de régression : <math>R^2 = 0.364</math></i>	<b>Coefficients<sup>a</sup></b>					
	<b>Coefficients non standardisés</b>		<b>Coefficients standardisés</b>		<b>Intervalle de confiance à 95,0% pour B</b>	
	<b>B</b>	<b>Erreur standard</b>	<b>Bêta</b>	<b>Sig.</b>	<b>Borne inférieure</b>	<b>Borne supérieure</b>
Modèle de régression	14,932	3,659		,000	7,469	22,395
QII	0,263	0,062	0,603	,000	0,135	0,390

a. Prédicteurs dans le modèle : QII (intolérance à l'incertitude)  
Variable dépendante : QIPS-R15 (inquiétudes parentales)  
Variables exclues : HADS<sub>D</sub> (symptômes dépressifs) et HADS<sub>A</sub> (symptômes anxieux). Sig : signification statistique.