

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

THÈSE

COMME EXIGENCE PARTIELLE  
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE (D.Ps.)

PAR  
ELISABETH DUPLESSIS

INTOLÉRANCE À L'INCERTITUDE ET PERSONNALITÉ

FÉVRIER 2009

I-2339



Library and Archives  
Canada

Published Heritage  
Branch

395 Wellington Street  
Ottawa ON K1A 0N4  
Canada

Bibliothèque et  
Archives Canada

Direction du  
Patrimoine de l'édition

395, rue Wellington  
Ottawa ON K1A 0N4  
Canada

*Your file* *Votre référence*  
*ISBN: 978-0-494-52827-3*  
*Our file* *Notre référence*  
*ISBN: 978-0-494-52827-3*

#### NOTICE:

The author has granted a non-exclusive license allowing Library and Archives Canada to reproduce, publish, archive, preserve, conserve, communicate to the public by telecommunication or on the Internet, loan, distribute and sell theses worldwide, for commercial or non-commercial purposes, in microform, paper, electronic and/or any other formats.

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

---

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms may have been removed from this thesis.

While these forms may be included in the document page count, their removal does not represent any loss of content from the thesis.

#### AVIS:

L'auteur a accordé une licence non exclusive permettant à la Bibliothèque et Archives Canada de reproduire, publier, archiver, sauvegarder, conserver, transmettre au public par télécommunication ou par l'Internet, prêter, distribuer et vendre des thèses partout dans le monde, à des fins commerciales ou autres, sur support microforme, papier, électronique et/ou autres formats.

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

---

Conformément à la loi canadienne sur la protection de la vie privée, quelques formulaires secondaires ont été enlevés de cette thèse.

Bien que ces formulaires aient inclus dans la pagination, il n'y aura aucun contenu manquant.

  
**Canada**

## *Sommaire*

L'intolérance à l'incertitude est un concept de plus en plus étudié, notamment en lien avec les troubles anxieux. Elle semble associée à plusieurs difficultés rencontrées chez un individu : erreurs de perception, difficulté de résolution de problèmes, réactions physiologiques et cognitives négatives face à une situation problématique. Peu d'études ont toutefois tenté de bien comprendre le construit d'intolérance à l'incertitude et de cerner les facteurs individuels qui y sont associés. L'objectif de la présente thèse consiste à vérifier la présence de liens entre ce construit et certaines caractéristiques de la personnalité. Elle vise aussi à explorer la perception des participants rapportant être intolérants à l'incertitude quant au développement de leur intolérance, son évolution et son incidence familiale. Pour ce faire, 196 adultes ont répondu aux questionnaires de l'étude. Les résultats découlant de corrélations et de régressions hiérarchiques confirment partiellement les hypothèses de la thèse : les traits conscience et ouverture du modèle de la personnalité de McCrae et Costa (1996), ainsi que les traits dépendant et obsessionnel-compulsif du modèle psychopathologique (APA, 2003) prédisent significativement l'intolérance à l'incertitude. Ces résultats amènent des précisions quant à la nature du construit d'intolérance et suggèrent des pistes à approfondir pour son évaluation et son traitement.

Mots-clés : intolérance à l'incertitude, personnalité, modèle des cinq facteurs, modèle psychopathologique

Composition du jury

Intolérance à l'incertitude et personnalité

Elisabeth Duplessis

Cette thèse a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Patrick Gosselin, directeur de recherche

(Département de Psychologie, Faculté des lettres et sciences humaines)

Guylaine Côté, examinatrice

(Département de Psychologie, Faculté des lettres et sciences humaines)

Martin Provencher, examinateur externe

(Département de Psychologie, Faculté des lettres et sciences humaines, Université Laval)

I-2339

## Table des matières

Liste des tableaux .....	vi
Liste des figures.....	vii
Remerciements.....	viii
<b>INTRODUCTION</b> .....	1
<b>CONTEXTE THÉORIQUE</b> .....	3
Intolérance à l'incertitude : définition, variables associées et développement.....	4
<i>Définition du construit</i> .....	4
<i>Dimensions de l'intolérance à l'incertitude et variables associées</i> .....	5
<i>Difficultés reliées à l'intolérance à l'incertitude</i> .....	6
<i>Liens avec les inquiétudes et les symptômes obsessionnels</i> .....	8
<i>Développement de l'intolérance à l'incertitude</i> .....	10
<i>Les dimensions de la personnalité : théorie des cinq facteurs et modèle</i>	
<i>psychopathologique</i> .....	12
Théorie des cinq facteurs.....	12
Modèle psychopathologique.....	14
<i>Liens entre les troubles anxieux, l'intolérance à l'incertitude et la personnalité</i> .....	19
Objectif général et hypothèses de l'étude.....	22
<b>MÉTHODE</b> .....	24
Participants.....	25
Instruments de mesure.....	27
Procédure.....	29
<b>RÉSULTATS</b> .....	32
Statistiques préliminaires.....	33
Liens entre l'intolérance à l'incertitude et les caractéristiques de la personnalité.....	35
Prédiction de l'intolérance à l'incertitude à partir des traits de personnalité.....	38
Prédiction de l'intolérance à l'incertitude à partir des cinq facteurs du <i>NEO-FFI</i> .....	38
Prédiction de l'intolérance à l'incertitude à partir de la classification psychopathologique	
du <i>MCMI-III</i> .....	39
Perception des gens quant au développement et à l'évolution de leur intolérance à	
l'incertitude.....	45

<b>DISCUSSION</b> .....	50
Liens entre l'intolérance à l'incertitude et les cinq facteurs du <i>NEO-FFI</i> .....	52
Liens entre l'intolérance à l'incertitude et les dimensions de la personnalité du <i>MCMI-III</i> ..	56
Résultats exploratoires.....	63
Implications cliniques des résultats.....	67
Limites et forces de l'étude.....	69
<i>Limites de l'étude</i> .....	69
<i>Forces de l'étude</i> .....	71
<b>CONCLUSION</b> .....	73
Piste de recherches futures.....	75
<b>RÉFÉRENCES</b> .....	78
<b>APPENDICE A</b> .....	85
<b>APPENDICE B</b> .....	88
<b>APPENDICE C</b> .....	91

### Liste des tableaux

Tableau 1. Caractéristiques sociodémographiques des participants.....	26
Tableau 2. Moyennes et écart-types obtenus aux différentes variables de l'étude.....	34
Tableau 3. Corrélations entre l'III partie A et B et les cinq facettes du <i>NEO-FFI</i> .....	36
Tableau 4. Corrélations entre l'III partie A et B et les échelles de personnalité du <i>MCMI-III</i> ..	37
Tableau 5. Corrélations entre l'III partie A et B et les échelles des troubles pathologiques de personnalité et des syndromes cliniques sévères du <i>MCMI-III</i> .....	37
Tableau 6. Prédiction de l'intolérance à l'incertitude ( <i>III</i> ) à partir des traits de personnalité du modèle des cinq facteurs ( <i>NEO-FFI</i> ).....	40
Tableau 7. Prédiction de l'intolérance à l'incertitude ( <i>III</i> ) à partir des traits de personnalité de la classification psychopathologique du <i>DSM-IV-TR (MCMI-III)</i> .....	42
Tableau 8. Prédiction de l'intolérance à l'incertitude ( <i>III</i> ) à partir des troubles pathologiques de personnalité ainsi que des syndromes cliniques sévères de la classification psychopathologique du <i>DSM-IV-TR (MCMI-III)</i> .....	44

*Liste des figures*

Figure 1. Perception des gens quant au développement et à l'évolution de leur intolérance à l'incertitude.....	46
Figure 2. Différences entre les participants se percevant et ne se percevant pas intolérants à l'incertitude pour l' <i>III-A</i> et l' <i>III-B</i> .....	47
Figure 3. Différences entre les participants se percevant et ne se percevant pas intolérants à l'incertitude pour les six sous-échelles de l' <i>III-B</i> .....	47



## *Remerciements*

*Une thèse de doctorat.*

*Une aventure de plusieurs années.*

*L'aboutissement et le couronnement de toutes mes études réalisées à ce jour.*

*Une thèse de doctorat, bien que signée par une personne, n'est pas l'unique œuvre d'une seule personne. Il y a derrière elle, tous ceux et celles qui, tantôt directement, tantôt indirectement, ont fait en sorte que la thèse prenne forme.*

Je voudrais en tout premier lieu remercier ceux et celles qui sont derrière ces lignes sous une forme ou sous une autre. D'abord et avant tout, mon directeur de thèse, Patrick Gosselin, pour ses judicieux conseils, ses patientes corrections, ses nombreux encouragements et tout le partage de ses connaissances. Sans lui, ce projet n'aurait pas été ce qu'il est aujourd'hui. À lui donc, mon immense reconnaissance.

Et bien sûr, en deuxième lieu sinon en premier, ces participants à ma recherche qui ont accepté de donner de leur temps et de partager ce qu'ils étaient et ce qu'ils vivaient. À eux aussi, mon immense reconnaissance, ainsi qu'aux professeurs qui ont accepté de me donner du temps de leur cours pour réaliser cette thèse recherche.

À mes parents, ma famille immédiate et mon conjoint, ayant sans cesse soutenu mes efforts, partageant les hauts et les bas de mes états d'âme à travers ces années et m'ayant aidé dans certaines étapes de ma rédaction. À eux, toute ma gratitude.

*Introduction*

Différentes études se sont penchées sur le concept d'intolérance à l'incertitude durant les dernières années. Celui-ci a notamment été étudié dans le but de mieux comprendre les troubles anxieux. Par exemple, l'intolérance à l'incertitude s'est avérée fortement liée aux symptômes du Trouble d'anxiété généralisé (TAG) ainsi qu'à ceux du Trouble obsessionnel-compulsif (TOC) (Ladouceur et al., 1999; Steketee, Frost & Cohen 1998). Plusieurs auteurs avancent même l'hypothèse que l'intolérance à l'incertitude serait à la base de la plupart des troubles anxieux (Carleton, Sharpe & Asmundson, 2007; Gosselin, Ladouceur, Evers, Laverdière, Routhier & Tremblay-Picard, 2008; Holaway, Heimberg & Coles, 2005). Une personne souffrant d'un trouble anxieux, peu importe le trouble, aurait donc un niveau élevé d'intolérance à l'incertitude, ce qui pourrait contribuer au développement de sa problématique ou tout au moins aggraver l'intensité des symptômes. Selon Carleton, Sharpe et Asmundson (2007), l'anxiété implique un certain niveau d'incertitude, puisque le danger ressenti ne s'est pas encore concrétisé et ne le sera peut-être jamais. L'origine, le développement et le maintien de l'intolérance à l'incertitude n'ont toutefois pas fait l'objet de nombreuses recherches. Par ailleurs, encore peu de recherches ont porté sur la relation entre l'intolérance à l'incertitude et d'autres construits psychologiques individuels, ce qui s'avère une lacune particulièrement importante dans la compréhension de la nature même du construit (Carleton, Sharpe & Asmundson 2007; Gosselin et al., 2008). Cette thèse a pour but de mieux comprendre l'intolérance à l'incertitude en l'étudiant de façon indépendante aux troubles anxieux. Pour ce faire, les liens entre ce construit et différents traits de personnalité sont étudiés. De plus, certains aspects contextuels entourant le développement de l'intolérance à l'incertitude sont explorés. Ceci permettra d'apporter des indications quant aux caractéristiques des individus ayant tendance à développer une intolérance face aux incertitudes de la vie. Cette étude apportera également des informations possiblement pertinentes à considérer sur le contexte d'apparition, d'évolution et de maintien du construit.

*Contexte théorique*

## Intolérance à l'incertitude : définition, variables associées et développement

### *Définition du construit*

Bien que certains auteurs incluent la notion d'incertitude dans leur modèle d'anxiété et du TAG depuis plusieurs années, ce construit est relativement nouveau. Krohne (1989) a été le premier auteur à introduire le concept d'intolérance à l'incertitude dans son modèle d'anxiété. L'auteur postule que les situations ambiguës provoquent des incertitudes subjectives. Dans son modèle, l'intolérance à l'incertitude constitue une menace importante pour les personnes anxieuses, qui tenteront de diminuer la possibilité d'occurrence des conséquences négatives en ayant recours à des comportements de vigilance. En 1994, Freeston, Rhéaume, Letarte, Dugas et Ladouceur (1994) ont défini ce concept en indiquant que l'intolérance à l'incertitude est un construit vaste et général représentant des réactions cognitives, émotionnelles et comportementales face aux situations incertaines de la vie quotidienne. Plus récemment, Gosselin et Laberge (2003) ont précisé que : « l'intolérance à l'incertitude est une tendance excessive à considérer inacceptable la possibilité, si minime soit-elle, qu'un événement négatif incertain puisse se produire ». Selon cette définition, ce n'est donc pas la probabilité d'apparition de l'événement qui est central, mais bien la possibilité, faible ou élevée, qu'il puisse se produire. Par exemple, une personne intolérante à l'incertitude pourrait ressentir davantage d'anxiété et avoir de la difficulté à fonctionner dans son quotidien à la pensée que son enfant puisse avoir un accident d'automobile et ce, en dépit du fait que la probabilité d'occurrence de cet événement est très faible. Dugas, Buhr et Ladouceur (2004) ont comparé l'intolérance à l'incertitude à un filtre cognitif à travers lequel l'individu interprète son environnement. Selon cette analogie, l'ampleur des réponses cognitives, émotionnelles et comportementales des individus serait déterminée par ce filtre qu'est l'intolérance à l'incertitude. En reprenant le même exemple, cette personne pourrait se faire des scénarios catastrophiques d'un accident, avoir davantage d'inquiétudes et

pourrait ressentir une très grande anxiété lorsqu'elle pense à son enfant. Ses comportements pourraient être caractérisés, par exemple, par de fréquents appels à son enfant afin de vérifier s'il va bien et de nombreuses demandes de réassurance au conjoint ou à la conjointe.

#### *Dimensions de l'intolérance à l'incertitude et variables associées*

Quelques études ont tenté de préciser la nature du construit d'intolérance à l'incertitude, de même que les variables associées (Berenbaum, Bredemeier & Thompson, 2008; Freeston et al., 1994; Gosselin et al., 2008). Selon Berenbaum et collaborateurs (2008), le besoin de prévisibilité serait une dimension fondamentale du construit d'intolérance à l'incertitude. Cette dimension s'avère notamment à la base du construit d'intolérance à l'incertitude mesuré par l'*Inventaire d'intolérance à l'incertitude* de Gosselin et ses collaborateurs (2008). Au niveau des construits associés, Berenbaum et ses collègues (2008) précisent premièrement que l'intolérance à l'incertitude partage des liens étroits avec le besoin de fermeture cognitive. Le besoin de fermeture cognitive se définit comme étant le désir d'obtenir une réponse claire à une question ainsi qu'une aversion face aux ambiguïtés. Selon Webster et Kruglanski (1994), ce concept est évalué selon cinq dimensions : (1) désir de prévisibilité; (2) préférence pour l'ordre et la structure; (3) inconfort face à l'ambiguïté; (4) prise de décision; (5) fermeture d'esprit. L'intolérance à l'incertitude et le besoin de fermeture cognitive partageraient donc, comme caractéristique commune, l'intolérance envers ce qui est incertain et le besoin de prévisibilité (Berenbaum et al., 2008), mais se distingueraient au niveau de la préférence pour l'ordre, l'inconfort face à l'ambiguïté et la fermeture d'esprit (Gosselin et al., 2008). L'intolérance à l'incertitude partagerait aussi des liens étroits avec un autre construit cognitif relié aux troubles anxieux, soit la sensibilité à l'anxiété. La sensibilité à l'anxiété est définie comme étant la tendance à évaluer les sensations physiologiques, les changements cognitifs et les conséquences

sociales de l'anxiété comme étant des conséquences dangereuses. Carleton, Sharpe et Asmundson (2007) ont démontré que l'intolérance à l'incertitude semble être un construit indépendant plutôt qu'une variable latente de la sensibilité à l'anxiété. L'intolérance à l'incertitude semble entraîner une intolérance face aux conséquences incertaines d'un événement (sensations physiques, situations sociales, pensées intrusives), tandis que la sensibilité à l'anxiété semble plutôt engendrer une intolérance face aux conséquences incertaines des sensations physiques reliées à un certain niveau d'excitation (Gosselin et al., 2008). Carleton et collaborateurs (2007) précisent enfin que l'intolérance à l'incertitude est l'une des peurs les plus fondamentales parmi la sensibilité à la maladie et aux blessures, la peur d'une évaluation négative et la peur de la douleur. Elle pourrait donc, tel qu'énoncé précédemment, jouer un rôle dans l'ensemble des troubles anxieux. Toujours selon ces auteurs, elle se développerait tôt chez un individu et influencerait le développement de la personnalité.

#### *Difficultés reliées à l'intolérance à l'incertitude*

Certaines études suggèrent que plusieurs difficultés rencontrées chez un individu sont reliées à l'intolérance à l'incertitude. Le premier type de difficultés fait référence aux erreurs de perception. Selon Freeston et collaborateurs (1994), les personnes intolérantes à l'incertitude ont davantage tendance à percevoir la présence de problèmes dans les situations où objectivement ils sont inexistantes. Ces auteurs mentionnent que l'intolérance à l'incertitude provoque ces erreurs de perception par un biais du processus de traitement de l'information. Ceci rejoint la notion de filtre cognitif abordée précédemment et proposée par Dugas et ses collègues (2004). De plus, Ladouceur, Talbot et Dugas (1997) indiquent que les individus ayant un niveau élevé d'intolérance à l'incertitude ont tendance à percevoir plus rapidement la présence d'ambiguïté dans une situation donnée. Ces perceptions erronées peuvent mener à des difficultés de

fonctionnement dans les situations incertaines (Dugas et al., 2004). La majorité des études démontrent aussi une inefficacité dans la résolution de problème chez les personnes intolérantes à l'incertitude (Dugas et al., 2004; Freeston et al., 1994). L'étude de Ladouceur, Talbot et Dugas (1997) indique que les personnes intolérantes à l'incertitude nécessitent un plus grand nombre d'indices lorsqu'ils font face à une situation ambiguë. De plus, certains auteurs mentionnent que l'intolérance à l'incertitude est fortement reliée à la présence d'une attitude négative face aux problèmes rencontrés dans la vie de tous les jours (Dugas, Freeston & Ladouceur, 1997; Gosselin, Dugas & Ladouceur, 2002), ce qui semble développer et maintenir les inquiétudes. L'attitude négative face aux problèmes se traduit par une tendance de l'individu à percevoir les problèmes comme étant une menace à son bien-être, à être pessimiste, à douter de ses capacités de résolution de problèmes et à devenir frustré et perturbé face à un problème (Gosselin et al., 2002). Ces tendances que l'individu adopte entraînent une disposition cognitive inefficace pour la résolution de problème. Le troisième type de difficultés se situe au niveau des réactions que l'intolérance à l'incertitude pourrait engendrer. Selon Dugas et collaborateurs (2004), l'intolérance à l'incertitude semble mener à une augmentation du niveau de stress, d'anxiété et de frustration dans les situations problématiques. De plus, l'intolérance à l'incertitude semble contribuer à la formation de croyances positives face aux inquiétudes, ce qui amènerait l'individu à s'inquiéter davantage (Dugas et al., 1997). Les croyances positives face aux inquiétudes se traduisent par des croyances erronées face aux conséquences bénéfiques que pourraient apporter les inquiétudes. Voici les cinq croyances principales: (1) l'inquiétude aide à prévenir et à résoudre des problèmes; (2) l'inquiétude a une influence sur les autres; (3) l'inquiétude permet de réduire des conséquences émotionnelles négatives; (4) l'inquiétude peut provoquer ou empêcher l'occurrence d'un événement; (5) l'inquiétude est un trait immuable de la personnalité. Une autre réaction face à l'intolérance à l'incertitude est l'évitement cognitif des images mentales



inquiétantes, ce qui laisse place aux discours intérieurs (Dugas et al., 2004). Effectivement, il a été démontré que les images mentales sont plus anxiogènes que les discours mentaux. L'intolérance à l'incertitude semble donc avoir plusieurs répercussions sur la perception des situations et les comportements ou cognitions résultants de ces perceptions.

### *Liens avec les inquiétudes et les symptômes obsessionnels*

Une difficulté reliée à l'intolérance à l'incertitude qui a beaucoup été étudiée est son lien avec les inquiétudes. Des recherches ont été réalisées au niveau de populations cliniques et non cliniques. Tout d'abord, les données non cliniques démontrent que l'intolérance à l'incertitude est reliée aux inquiétudes. Plusieurs études ont trouvé une corrélation très élevée entre ces deux concepts (ex., Berenbaum et al., 2008; Dugas et al., 1997; Dugas, Gosselin & Ladouceur, 2001). Dans le même sens, des études expérimentales démontrent qu'une augmentation du niveau d'intolérance à l'incertitude est associée à une augmentation du niveau d'inquiétudes (Grenier & Ladouceur, 2004; Ladouceur, Gosselin & Dugas, 2000). Dans leur étude, Ladouceur, Gosselin et Dugas (2000) ont manipulé l'intolérance à l'incertitude. Ils ont noté une augmentation significative des inquiétudes pour les participants chez qui l'intolérance à l'incertitude était augmentée comparativement aux participants chez qui elle était diminuée. Ces auteurs proposent que l'intolérance à l'incertitude joue un rôle clé dans l'acquisition et le maintien des inquiétudes. Grenier et Ladouceur (2004) proposent qu'il est possible de diminuer le niveau d'inquiétudes d'une personne en la rendant plus tolérante aux incertitudes de la vie quotidienne. Dugas et Ladouceur (2000) indiquent pour leur part qu'un changement au niveau de l'intolérance à l'incertitude précède un changement dans les inquiétudes lors d'un traitement, supposant un lien de causalité entre ces deux construits. Quant à eux, Dugas, Freeston et Ladouceur (1997) proposent que l'intolérance à l'incertitude conduit aux inquiétudes en centrant l'attention sur les

événements hautement improbables et menaçants et en surestimant leur probabilité d'apparition. D'autres études indiquent que l'intolérance à l'incertitude est le facteur qui prédit le mieux la tendance à s'inquiéter (Dugas, Gagnon, Ladouceur & Freeston, 1998; Lachance, Ladouceur & Dugas, 1999). Selon Bruin, Rassin et Muris (2006), l'intolérance à l'incertitude prédit les inquiétudes dans des tâches incluant un niveau faible à modéré d'incertitudes.

Les réactions face à l'intolérance à l'incertitude ont aussi été étudiées en lien avec des difficultés cliniques. Plusieurs recherches démontrent que l'intolérance à l'incertitude est présente dans les troubles anxieux, particulièrement dans le TAG (Dugas et al., 1998; Ladouceur et al., 1999). Ce construit permet de distinguer les patients ayant un TAG des individus d'une population non clinique qui s'inquiètent modérément (Dugas et al., 1998). Ces mêmes auteurs indiquent que certaines personnes ayant un TAG vont même jusqu'à préférer les situations problématiques ayant des conséquences négatives aux situations ayant des conséquences incertaines. Même si l'intolérance à l'incertitude a davantage été étudiée en lien avec le TAG, de plus en plus de recherches soulignent l'existence d'un lien avec les symptômes obsessionnels. Holaway, Heimberg et Coles (2005) mentionnent que le TOC et le TAG ont plusieurs similarités dans leurs processus cognitifs, entre autres celle de la recherche de certitudes qui provoque une diminution de l'anxiété lorsque obtenue. Selon les résultats de leur étude, l'intolérance à l'incertitude serait grandement reliée aux symptômes du TOC et du TAG. De plus, ces auteurs mentionnent que l'intolérance à l'incertitude serait un prédicteur des symptômes associés aux TOC et ce, après avoir contrôlé pour l'effet dû aux inquiétudes. Steketee, Frost et Cohen (1998) ont aussi obtenu des résultats démontrant que l'intolérance à l'incertitude serait plus présente dans le TOC que dans les autres troubles anxieux et que dans une population non clinique. Cependant, une autre étude a trouvé des résultats contraires, indiquant qu'il n'y a pas de

différence significative entre le niveau d'intolérance à l'incertitude présent chez les personnes ayant un TOC en comparaison au niveau observé chez des participants contrôles non anxieux (Tolin, Abramowitz, Brigidi & Foa, 2003). Toutefois, cette étude suggère qu'à l'intérieur des groupes de TOC, ceux qui ont des rituels de vérification et de répétition sont plus intolérants à l'incertitude que ceux qui ont d'autres symptômes, ce qui est corroboré par la recherche de Holaway, Heimberg et Coles (2005). À ce jour, les résultats des études visant à préciser le rôle de l'intolérance à l'incertitude dans le TOC sont partagés. Cependant, ces résultats semblent supporter l'apport de l'intolérance à l'incertitude, notamment chez les personnes ayant des rituels de vérification et de répétition.

Les différents types de difficultés reliés à l'intolérance à l'incertitude (erreurs de perception, difficulté dans la résolution de problèmes, réactions physiologiques et cognitives) montrent l'ensemble des répercussions possibles que ce concept peut avoir dans les populations cliniques et non cliniques. D'après ces données, il est possible de conclure que ce construit se retrouve dans plusieurs troubles anxieux, particulièrement dans le TAG et le TOC. Cependant, on connaît encore peu de choses sur le construit lui-même et plusieurs questions restent encore sans réponse. Quels sont les facteurs associés au développement et au maintien de l'intolérance à l'incertitude? L'intolérance à l'incertitude est-elle plus spécifiquement associée à certains types de personnalité? Cette variable cognitive se développe-t-elle tôt au cours de la vie?

#### *Développement de l'intolérance à l'incertitude*

Bien que peu d'études traitent du développement de l'intolérance à l'incertitude, certains auteurs proposent qu'elle apparaît relativement tôt chez certains individus. Dugas, Burh et Ladouceur (2004) amènent notamment l'hypothèse qu'elle se développe dès l'enfance, au même

moment où la personnalité se forme. Un attachement insécuré ou une mauvaise relation de l'enfant avec sa figure d'attachement primaire pourrait contribuer au développement de l'intolérance à l'incertitude selon ces auteurs. Ceci concorde avec les premiers résultats de Matassa, Dupuy, Bélanger, Sénécal, Brassard et Gosselin (2008), qui montrent que l'intolérance à l'incertitude est reliée à un style d'attachement insécuré à l'âge adulte. Plus précisément, les personnes plus intolérantes à l'incertitude obtiennent des scores moyens plus élevés à une échelle d'anxiété d'abandon que les personnes moins intolérantes. Des résultats préliminaires montrent aussi que le niveau d'intolérance à l'incertitude des mères semble associé au niveau d'intolérance à l'incertitude de leur enfant (Bouchard, Thériault, Tremblay-Picard, Blouin & Gosselin, 2006). Pour leur part, Laugesen, Dugas et Bukowski (2003) ont trouvé une forte relation entre l'intolérance à l'incertitude et les inquiétudes à l'intérieur d'une population adolescente. Ils proposent que l'intolérance à l'incertitude soit un schéma latent qui se développe au cours de l'enfance, mais qui ne se manifeste souvent qu'à l'adolescence. Les résultats récents de Gosselin et Martin (2008) abondent dans le même sens en montrant que l'intolérance à l'incertitude est aussi présente chez les enfants de 8 à 12 ans et qu'elle semble associée au niveau d'inquiétudes de ce groupe d'âge. Ces auteurs soulignent aussi qu'elle serait à la base du développement des inquiétudes, qui atteignent un caractère chronique et incontrôlable. L'intolérance à l'incertitude semble donc apparaître tôt dans le développement de l'enfant et être un concept relativement stable dans le temps, bien que ceci n'ait pas été directement étudié (Dugas et al., 2004). Les facteurs pouvant être associés au développement de l'intolérance à l'incertitude, dont les caractéristiques de la personnalité qui seront abordées dans le texte qui suit, demeurent aussi négligés.

*Les dimensions de la personnalité : théorie des cinq facteurs et modèle psychopathologique*

*Théorie des cinq facteurs.* Le modèle des cinq facteurs de McCrae et Costa (1996) se base sur la théorie des cinq facteurs. Il propose une description des traits non pathologiques de la personnalité, qui est dérivée du langage que les individus utilisent eux-mêmes pour se décrire (Pervin & John, 1999). Un trait de personnalité est défini comme étant une caractéristique stable qui influence les comportements et les expériences des individus (McCrae & Costa, 2006). Ce modèle possède l'avantage de dresser un portrait des comportements récurrents qui caractérisent un individu et, par la même occasion, le différencient des autres individus. De plus, ce modèle permet de généraliser les comportements des personnes ayant des traits similaires (Pervin & John, 1999). Le modèle des cinq facteurs est perçu comme étant le premier choix dans les études portant sur la personnalité et est devenu un point de référence (Smith & Williams, 1992). Il procure un langage commun à travers les différentes approches en psychologie. De plus, il définit la personnalité selon une structure bien établie qui offre une bonne intégration de la littérature (McCrae & John, 1992). Selon ce modèle, la personnalité se divise en cinq facteurs : le névrosisme, l'extraversion, l'agréabilité, la conscience et l'ouverture.

Le facteur névrosisme affecte un très grand nombre de comportements et met en lumière les détresses émotionnelles vécues. Lorsque ce facteur est élevé, il représente une personne ayant des affects négatifs (peur, tristesse, gêne, colère, culpabilité, dégoût), ayant tendance à entretenir des idées irrationnelles, à moins bien contrôler ses pulsions et à avoir davantage de difficultés à bien gérer le stress. Le facteur extraversion évalue le degré de sociabilité, la préférence pour les grands groupes, le niveau de confiance en soi, la tendance à être actif et le niveau de loquacité. Une personne extravertie aura donc davantage tendance à aimer les fêtes, à être joyeuse, énergique et optimiste, tandis qu'une personne introvertie sera plus réservée, indépendante, constante et

régulière. Contrairement à la pensée populaire, l'introversion dans ce modèle n'est pas l'opposé de l'extraversion, mais plutôt son absence. Les individus introvertis ne sont donc ni malheureux ni pessimistes. Le facteur agréabilité fait référence aux tendances interpersonnelles. Une personne obtenant un score élevé à ce facteur est altruiste, sympathique, disposée à aider les autres et pense recevoir de l'aide en retour. À l'inverse, un individu ayant un score faible au facteur d'agréabilité est égocentrique, doute des intentions d'autrui, entre plus facilement en compétition et coopère moins avec les autres. Le facteur conscience donne des indications quant à la capacité à gérer ses désirs, à résister à ses pulsions et aux tentations. De plus, ce facteur évalue le processus de planification, d'organisation et de mise à exécution des tâches. La personne consciencieuse a de la volonté, est réfléchie, déterminée, scrupuleuse, ponctuelle et fiable. Enfin, le facteur ouverture est perçu comme étant la tendance à avoir une curiosité pour l'univers interne et externe et à vivre des expériences plus riches. Ce facteur est évalué en fonction de l'imagination active, de la sensibilité esthétique, de l'attention prêtée à ses propres sentiments, de la préférence pour la variété, de la curiosité intellectuelle et de l'indépendance de jugement. Les gens dits ouverts sont plus disposés à concevoir des idées nouvelles, à adopter des valeurs non conventionnelles et à vivre intensément leurs émotions.

Le modèle des cinq facteurs détient une bonne validité à travers les différents instruments existants (McCrae & John, 1992). Le questionnaire le plus utilisé est le *NEO Personality Inventory Revised* (NEO PI-R; Costa & McCrae, 1992), qui a été bâti à partir du modèle des cinq facteurs. Ce questionnaire évalue les traits de personnalité selon des items composés de phrases, contrairement à d'autres questionnaires qui utilisent simplement des adjectifs. L'étude de la présente thèse utilise le questionnaire *NEO-Five Factor Inventory* (NEO-FFI; Costa & McCrae, 1992) en raison du temps de passation qui est beaucoup moins grand. Le *NEO-FFI* est une

version abrégée du *NEO PI-R*. Il donne un profil global de la personnalité en tenant compte des différents scores pour chacun des cinq facteurs. Ce profil donne des renseignements au niveau de la perception de l'individu dans ses relations avec les autres, de ses émotions, de son expérience, de ses attitudes et de ses motivations.

*Modèle psychopathologique.* Le modèle de l'APA, qui utilise le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-IV-TR; American Psychiatric Association, 2003), a beaucoup d'influence dans le milieu psychiatrique et auprès des psychologues (Bagby, Costa, Widiger, Ryder & Marshall, 2005). Cette classification crée un langage commun et une standardisation des diagnostics, ce qui facilite la communication entre les intervenants. On y retrouve, d'une part, les troubles cliniques et, d'autre part, les troubles de la personnalité. Les troubles cliniques comprennent toutes les situations pouvant faire l'objet d'un examen clinique, à l'exception des troubles de la personnalité et des retards mentaux. Les troubles de personnalité, pour leur part, sont diagnostiqués lorsque l'expérience vécue et les conduites d'un individu sont durables, stables et apparaissent au plus tard à l'adolescence ou au début de l'âge adulte. Ce mode de fonctionnement doit dévier considérablement de ce qui est attendu dans la culture de l'individu dans au moins deux des domaines suivants : (1) la cognition; (2) l'affectivité; (3) le fonctionnement interpersonnel; (4) le contrôle des impulsions. De plus, ce mode de fonctionnement doit être rigide et envahissant dans plusieurs situations personnelles et sociales. L'individu doit en ressentir une souffrance significative ou doit avoir une altération dans certains domaines importants comme le fonctionnement social ou professionnel. La différence entre les troubles et les traits de personnalité se situe au niveau de la sévérité de ce mode déviant de fonctionnement. Les personnes ayant un trouble de personnalité ont un mode de fonctionnement beaucoup plus limité et stéréotypé que celle n'ayant que des traits de personnalité (Racine &

Nadeau, 1995). L'APA rassemble les troubles de personnalité en trois groupes : le groupe A, le groupe B et le groupe C. Le groupe A se caractérise par des individus qui paraissent bizarres ou excentriques. Il inclut les personnalités paranoïde (méfiance envers les autres, interprétation des intentions comme étant malveillantes), schizoïde (détachement des relations sociales et restriction de la variété des expressions émotionnelles) et schizotypique (gêne aiguë dans les relations proches, distorsions cognitives et perceptuelles, conduites excentriques). Les personnes du groupe B paraissent théâtrales, émotives et capricieuses. Ce groupe comprend les personnalités antisociale (mépris et transgression des droits d'autrui), borderline (impulsivité marquée et instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects), histrionique (réponses émotionnelles excessives et quête d'attention) et narcissique (fantaisies ou comportements grandioses, besoin d'être admiré et manque d'empathie). Le groupe C, pour sa part, se caractérise par l'aspect anxieux et craintif. Il inclut les personnalités évitante (inhibition sociale, sentiments de ne pas être à la hauteur et hypersensibilité face au jugement négatif d'autrui), dépendante (comportements « collants » et de soumission liés à un besoin excessif d'être pris en charge) et obsessionnelle-compulsive (préoccupations excessives pour l'ordre, la perfection et le contrôle).

L'*Inventaire clinique multiaxial de Millon-III* (MCMI-III; Millon, Millon & Davis 1994) est un questionnaire utilisé pour aider à poser un diagnostic selon la taxonomie de Millon pour les individus ayant des difficultés émotionnelles et interpersonnelles. Cette taxonomie possède plusieurs points en commun avec la classification du *DSM-IV-TR* (APA, 2003) : toutes deux présentent principalement les mêmes troubles de personnalité, possèdent une terminologie commune et sont basées sur une même conceptualisation des troubles de la personnalité. Cependant, les critères diagnostics diffèrent selon les deux modèles (Racine & Nadeau, 1995). Les critères du *MCMI-III* servent à identifier les attitudes et les comportements qui sous-tendent



un trait de personnalité, tandis que ceux du *DSM-IV-TR* énumèrent les manifestations comportementales des troubles de personnalité. Ce questionnaire a été choisi pour sa facilité et sa rapidité de passation. Les résultats donnent un profil composé de sous-échelles représentant différents types de personnalité (schizoïde, évitant, dépressif, dépendant, histrionique, narcissique, antisocial, sadique, compulsif, passif-agressif et défaitiste), de troubles pathologiques de personnalité (schizotypique, limite et paranoïde), de syndromes cliniques (anxiété, somatisation, bipolarité, dysthymie, dépendance à l'alcool, dépendance aux drogues, trouble de stress post-traumatique) et de syndromes cliniques sévères (trouble de la pensée, dépression majeure et illusion). Selon ce modèle, les échelles de personnalité décrivent des caractéristiques de la personne qui sont persistantes dans le temps et qui ont tendance à s'aggraver lors de difficultés rencontrées dans la vie quotidienne. Ces types de comportements pour l'individu sont automatiques et inadaptés. Pour leur part, les échelles de troubles pathologiques de la personnalité représentent les défauts structuraux. Ces échelles sont composées des troubles plus sévères et ces personnes sont plus vulnérables face aux difficultés de la vie. Les échelles de syndromes cliniques sont définies par des symptômes précipités par les événements externes. Contrairement aux caractéristiques de la personnalité, ces symptômes diminuent dans le temps. Les échelles de syndromes cliniques sévères se caractérisent par des comportements incongrus, désorganisés ou de régression, la présence de confusion, de désorientation ou d'affects inappropriés. Ce sont des comportements plus sévères que ceux des syndromes cliniques.

Selon le *MCMII-III*, les types de personnalité reflètent des caractéristiques prédominantes qui interviennent dans le mode de fonctionnement de l'individu et qui occasionnent des difficultés. L'échelle schizoïde est caractérisée par un manque de désir et une incapacité à éprouver du plaisir ou de la douleur. L'échelle évitante est marquée par un manque de renforcements positifs

provenant de soi-même et d'autrui. Ces personnes gardent une distance interpersonnelle et ont de la difficulté à faire confiance aux autres. L'échelle dépressive fait référence aux individus qui n'éprouvent plus de plaisir, qui ont perdu espoir face au futur, qui sont constamment dans la souffrance et qui sont pessimistes. Les personnes dépendantes trouvent leur source de sécurité chez autrui et sont caractérisées par une attente passive que leurs besoins soient comblés par les autres. L'échelle histrionique est définie par la recherche excessive d'attention et de faveurs que l'individu peut recevoir des autres et par l'évitement de l'indifférence et de la désapprobation d'autrui. L'échelle narcissique se distingue par la centration sur soi-même comme source de plaisir. Ces individus se surestiment, ont une grande confiance en eux et se perçoivent supérieurs aux autres. L'échelle antisociale est marquée par une irresponsabilité, des comportements sociaux non acceptables, une impulsivité et une absence de sensibilité. Les personnes dites sadiques sont perçues comme éprouvant un plaisir et une satisfaction dans l'humiliation, la violation des droits et des sentiments d'autrui. L'échelle compulsive est caractérisée par la prudence, le contrôle et le perfectionnisme. L'échelle passive-agressive est définie par une oscillation entre le respect et la défiance des figures d'autorité, ce qui apporte des difficultés dans la résolution des conflits au quotidien. Ces personnes démontrent des fluctuations entre des explosions de colère et des périodes d'acharnement mêlées avec des périodes de culpabilité et de honte. Enfin, l'échelle défaitiste se caractérise par une attention portée vers les traits négatifs de sa propre personne, voire même une exagération de ceux-ci, une appréhension d'échec face aux événements et la pensée de mériter l'humiliation et la honte d'autrui.

Les troubles pathologiques de personnalité représentent des défauts structuraux et des processus dysfonctionnels qui interfèrent dans le mode de fonctionnement et occasionnent des déficits dans différentes sphères de la vie. L'échelle schizotypique reflète un détachement

interpersonnel et une préférence pour l'isolement social. Ces personnes ont une pensée tangentielle, sont pensives et égocentriques. L'échelle limite est caractérisée par des humeurs intenses et instables. De plus, une peur de l'abandon, une difficulté à maintenir une identité stable et une ambivalence cognitive et affective (perçue par des sentiments simultanés de rage, d'amour et de culpabilité envers autrui) sont présentes. L'échelle paranoïde se définit par une grande méfiance envers autrui et envers les critiques et les déceptions. Ces personnes sont caractérisées par une peur intense de perdre leur indépendance, ce qui mène à une forte résistance aux influences et au contrôle externe.

Les syndromes cliniques et les syndromes cliniques sévères fluctuent selon l'impact des situations anxiogènes sur la personne, contrairement aux traits de personnalité qui sont relativement stables dans le temps. L'échelle anxiété fait référence aux personnes tendues, indécises, agitées et qui ont des inconforts physiques. Ces personnes ont beaucoup de préoccupations et appréhendent davantage les problèmes. L'échelle somatisation reflète l'expression des difficultés psychologiques par le biais de sensations physiques. L'échelle bipolaire est caractérisée par des périodes d'hyperactivité, d'impulsivité, de planification de buts irréalistes et de changements brusques d'humeur. L'échelle dysthymie fait appel à des sentiments de découragement et de culpabilité, une faible estime de soi et des comportements apathiques qui persistent pendant plusieurs années. L'échelle dépendance à l'alcool fait référence aux personnes qui ont un historique d'alcoolisme et qui en éprouvent encore des conséquences dans leur vie familiale et professionnelle. L'échelle dépendance à la drogue indique un historique de prise de drogues et une difficulté à arrêter. L'échelle trouble de stress post-traumatique est caractérisée par des souvenirs qui réactivent la peur intense vécue lors d'un événement hautement menaçant. Ces personnes évitent les circonstances associées au trauma. L'échelle trouble de la pensée

indique la présence d'une désorganisation et de comportements régressifs. Ces personnes paraissent souvent confuses et désorientées et démontrent parfois des humeurs inappropriées, des hallucinations et des illusions. L'échelle dépression majeure est élevée lorsqu'il y a présence d'humeur dépressive, d'appréhension du futur, d'idéations suicidaires et de résignation. Ces individus démontrent un ralentissement moteur ou une agitation, une diminution ou une augmentation de l'appétit et du sommeil, des problèmes de concentration, un sentiment de culpabilité et une diminution de la valeur personnelle. L'échelle illusion est caractérisée par des pensées de persécution, de jalousie ou de nature grandiose. On note une grande vigilance, une méfiance, un sens de l'alerte et des humeurs hostiles chez ces personnes.

#### *Liens entre les troubles anxieux, l'intolérance à l'incertitude et la personnalité*

Considérant que l'intolérance à l'incertitude est grandement reliée aux troubles anxieux, il est pertinent d'examiner les traits de personnalité qui ont été mis en lien avec ceux-ci. Dans un premier temps, les liens entre les troubles anxieux et les traits de personnalité du modèle des cinq facteurs de McCrae et Costa (1996) sont examinés. Dans un deuxième temps, les liens entre les troubles anxieux et les traits de personnalité du *DSM-IV-TR* (APA, 2003) sont étudiés.

Premièrement, plusieurs études démontrent que le facteur névrosisme est positivement corrélé à la présence de troubles anxieux (Bienvenu et al., 2001; Bienvenu et al., 2004; Bienvenu, Murray & Stein, 2003). Bienvenu et ses collaborateurs (2004) indiquent que les traits de personnalité pourraient être un facteur influant sur la rémission de pathologies. Par exemple, la présence d'un niveau élevé du facteur névrosisme chez une personne pourrait prédire une prolongation de son trouble panique. Cependant, ces auteurs n'excluent pas la possibilité que certains traits de personnalité pourraient provenir de la présence actuelle ou antérieure d'une

pathologie. Par exemple, une personne ayant eu une phobie sociale pourrait avoir vu une augmentation au niveau de son trait névrosisme. Bienvenu et al. (2001) démontrent que la facette autodiscipline du facteur conscience est négativement corrélée avec les phobies simples et l'agoraphobie. De plus, la plupart des facettes de la conscience sont négativement corrélées avec la phobie sociale et la facette compétence du facteur conscience est négativement corrélée avec le trouble panique. Bienvenu et collaborateurs (2004) rapportent que le TOC est corrélé avec un haut niveau d'ouverture, tandis que la phobie sociale est corrélée avec un faible niveau de compétence et de recherche de réussite (facettes du facteur conscience). L'étude de Trull et Sher (1994) indique que les personnes ayant un trouble anxieux obtiennent des scores plus élevés pour les facteurs névrosisme et ouverture, ainsi que des scores plus bas pour les facteurs extraversion, agréabilité et conscience. Le trouble de stress post-traumatique est caractérisé par un score élevé pour le névrosisme et des scores faibles pour l'extraversion, l'agréabilité et la conscience. D'après leurs résultats, Trull et Sher (1994) suggèrent que le modèle des cinq facteurs pourrait aider à la classification des diagnostics de l'axe I du *DSM-III-R*. Ces auteurs ont mis en évidence la présence de relations entre certains patterns formés par le modèle des cinq facteurs et certains diagnostics de l'axe I du *DSM-III-R*. Par exemple, le diagnostic des troubles anxieux est caractérisé par un score significativement plus élevé pour les facteurs névrosisme et ouverture et significativement plus bas pour les facteurs extraversion, agréabilité et conscience.

Deuxièmement, plusieurs études ont trouvé des liens entre les troubles anxieux et les troubles de la personnalité du *DSM-IV-TR* (APA, 2003). Pour leur part, Grant et collaborateurs (2005) proposent que les troubles de personnalité évitante, dépendante et obsessionnelle-compulsive sont reliés à plusieurs troubles anxieux, dont le TAG. De plus, Garyfallos et collaborateurs (1999) ont trouvé que les patients ayant un TAG présentent plus fréquemment les troubles de

personnalité obsessionnelle-compulsive, évitante et dépendante que les patients contrôles. Une autre étude supporte ces données (Mavissakalian, Hamann, Haidar & Groot, 1995) en proposant que les troubles de personnalité les plus fréquents chez les patients ayant un TAG sont ceux appartenant au groupe C du *DSM-IV* (APA, 2003). Trois études non publiées mais rapportées dans le manuel du *MCMII-III* (Millon, Millon, Davis & Grossman, 2006) dressent un portrait pour chaque échelle du *MCMII-III*. Les résultats indiquent qu'un score élevé à l'échelle d'anxiété est associé à une élévation de l'échelle de personnalité évitante. Inversement, on note une élévation de l'échelle d'anxiété chez les personnes ayant reçu un diagnostic de trouble de personnalité évitante. D'après ces différentes études, il semble y avoir des relations entre les traits de personnalité évitante, dépendante et obsessionnelle-compulsive de la classification du *DSM-IV* mentionné ci-haut et le TAG.

Les études mettant en lien les traits de personnalité et les troubles anxieux apportent des renseignements pertinents, mais donnent cependant une vision pathologique de l'intolérance à l'incertitude. Il serait pertinent d'étudier ce construit indépendamment des troubles anxieux afin d'avoir une vision plus globale et de mieux cerner tous les aspects de ce construit. Une récente étude réalisée par Berenbaum, Bredemeier et Thompson (2008) a étudié l'intolérance à l'incertitude et les facteurs de personnalité du modèle des cinq facteurs. Les résultats indiquent que le facteur névrosisme est positivement corrélé avec l'intolérance à l'incertitude, tandis que les traits d'extraversion et d'ouverture à l'expérience y sont négativement corrélés. Ces auteurs expliquent les résultats en partie par la nature des items de l'*Intolerance of Uncertainty Scale (IUS)*. Ils mentionnent que l'*IUS* comprend des items qui mesurent la tendance à répondre aux événements négatifs avec détresse, ce qui est un critère associé au névrosisme. Il est donc possible que les items du *IUS*, qui semblent mesurer d'autres construits que l'intolérance à

l'incertitude (ex., anxiété, frustration; voir Gosselin et al., 2008), aient apporté des biais importants dans cette étude. À ce sujet, plusieurs auteurs ont récemment critiqué la validité du *IUS* pour évaluer spécifiquement l'intolérance à l'incertitude (ex., Carleton, Norton & Asmundson, 2007; Maack, Deacon & Abromowitz, 2005; Norton, 2005). Ceci a amené d'autres auteurs à développer un autre instrument, l'*Inventaire d'intolérance à l'incertitude (III)* (Gosselin et al., 2008), utilisé dans cette présente étude. Les résultats de Berenbaum et ses collègues (2008) montrent enfin que des items concernant des pensées rigides reliées à l'incertitude sont associés à un faible niveau d'ouverture.

Par ailleurs, certains auteurs ont étudié le lien entre certaines variables de la personnalité et l'intolérance à l'ambiguïté qui, selon Grenier, Barette et Ladouceur (2005), est associée à l'intolérance à l'incertitude. Budner (1962) indique l'existence d'une corrélation entre l'intolérance à l'ambiguïté et le conventionnalisme, les croyances et pratiques religieuses et les attitudes positives envers la censure. Bien que ces traits de personnalité ne soient pas inclus dans les modèles utilisés par cette recherche, l'étude de Budner soutient l'idée d'une relation entre l'intolérance à l'ambiguïté et les traits de personnalité. Pour sa part, Frenkel-Brunswick (1948) croyait que l'intolérance à l'ambiguïté était une variable de la personnalité en soi. Ces auteurs viennent donc en quelque sorte aussi appuyer l'hypothèse que l'intolérance à l'incertitude soit associée à certains traits de personnalité.

### Objectif général et hypothèses de l'étude

Cette étude tente de vérifier si des liens sont présents entre l'intolérance à l'incertitude et les caractéristiques de la personnalité. Les deux modèles présentés précédemment, soit le modèle des cinq facteurs de McCrae et Costa (McCrae & Costa, 1996) ainsi que la classification

psychopathologique du *DSM-IV-TR* (APA, 2003) seront utilisés pour évaluer les traits de personnalité. Bien que cette recherche soit avant tout exploratoire, deux hypothèses sont apportées compte tenu des éléments précisés précédemment. La première hypothèse postule que l'intolérance à l'incertitude (parties A et B de l'*III*) sera significativement reliée à des facteurs spécifiques du modèle de McCrae et Costa (1996) : positivement reliée avec le névrosisme et négativement reliée avec la conscience et l'ouverture. La deuxième hypothèse soutient que l'intolérance à l'incertitude (parties A et B de l'*III*) sera significativement reliée à des traits de personnalité de la classification du *DSM-IV-TR* (APA, 2003) : évitant, dépendant et obsessionnel-compulsif. Par ailleurs, la thèse vise également, sur une base exploratoire, à explorer certains aspects descriptifs du construit d'intolérance à l'incertitude auprès des participants afin de mettre en lumière différents éléments permettant de mieux comprendre le construit. Plus précisément, l'étude explore la perception des participants qui rapportent être intolérants à l'incertitude quant au développement de leur intolérance, son évolution et son incidence familiale.

Comme mentionné ci-haut, l'intolérance à l'incertitude a plusieurs répercussions sur différents aspects de la vie des gens (sur leurs perceptions, leurs résolutions de problèmes, leurs réactions physiologiques et cognitives). En sachant si certains traits de personnalité sont associés à l'intolérance à l'incertitude, il sera plus facile de cibler rapidement la présence de ce construit chez un individu donné et ainsi de fournir un traitement adéquat. De plus, ces données aideront à une meilleure compréhension de l'intolérance à l'incertitude en précisant certaines dimensions individuelles associées au construit.



## *Méthode*

## Participants

Le recrutement des participants a été réalisé dans des classes d'enseignement de l'Université de Sherbrooke. Cent quatre-vingt-seize adultes ( $N = 196$ ) ont accepté de participer volontairement à l'étude. Afin d'obtenir une meilleure diversité d'échantillonnage, le recrutement a été réalisé dans différentes facultés ainsi que dans différents programmes d'étude. Une population non clinique provenant d'étudiants universitaires a été ciblée, puisque cette recherche visait, dans une première étape, à mieux comprendre l'intolérance à l'incertitude dans la population générale. Selon Borkovec et Rachman (1978), les études utilisant des populations non cliniques sont très utiles puisqu'elles peuvent : (1) apporter des réponses à des questions spécifiques; (2) défaire de fausses croyances; (3) découvrir de nouvelles informations; (4) mener à la construction de nouveaux concepts; (5) permettre une plus grande flexibilité et un plus grand contrôle sur les devis expérimentaux.

Le tableau 1 présente les caractéristiques sociodémographiques des participants à l'étude. Les données présentées permettent de constater que l'échantillon comprend un nombre plus important de femmes que d'hommes et que la moyenne d'âge est de 23,51 ans ( $\acute{E}.-T. = 6,92$ ). La majorité des participants ayant répondu aux questionnaires est inscrite au baccalauréat, poursuit des études à temps plein et a jusqu'ici complété un niveau de scolarité collégial. De plus, la majorité des participants est célibataire et n'a pas d'enfant. Aucune compensation financière ou autre incitatif n'a été attribué aux participants pour leur temps investi dans l'étude.

Tableau 1

## Caractéristiques sociodémographiques des participants

Variable	<i>N</i>	%
Sexe		
Homme	57	29,1
Femme	139	70,9
Niveau d'études en cours		
Baccalauréat	171	87,2
Maîtrise ou doctorat	18	9,2
Autres	7	3,6
Scolarité complétée		
Primaire ou secondaire	5	2,5
Collégial	151	77,0
Universitaire (baccalauréat ou maîtrise)	30	15,3
Autres	10	5,1
Statut d'études		
Études à temps plein	183	93,4
Études à temps partiel	13	6,6
Statut civil		
Conjoint(e) de fait	45	23,0
Marié(e)	9	4,6
Séparé(e) ou divorcé(e)	8	4,1
Célibataire	128	65,3
Enfants		
N'a pas d'enfants	175	89,3
A 1 enfant	21	10,7
A 2 enfants	11	5,6
A 3 enfants	8	4,1
A 4 enfants	1	0,5

*Instruments de mesure*

En plus d'un questionnaire sociodémographique (voir Appendice A) évaluant les variables énoncées précédemment (c'est-à-dire, âge, sexe, scolarité, statut civil), les questionnaires suivants ont été administrés aux participants :

L'*Inventaire d'intolérance à l'incertitude* (III; Gosselin et al., 2008) est un questionnaire autoadministré visant à évaluer la tendance d'un individu à considérer inacceptables les incertitudes de la vie. Il se compose de 45 items et se divise en deux sections. La première section (A) comporte 15 items et mesure la tendance d'un individu à être intolérant à l'incertitude (ex., « Je trouve les incertitudes de la vie intolérables » ou « Je ne tolère pas que l'avenir puisse être incertain »). La deuxième section (B) contient 30 items et évalue six conséquences cognitives et comportementales associées à l'intolérance à l'incertitude : le doute, l'inquiétude, la réassurance, l'évitement, les attitudes négatives et le contrôle (ex., « Je préfère éviter les situations incertaines » ou « Je doute souvent de moi lorsque la situation est incertaine »). La cotation s'effectue sur une échelle de type Likert en cinq points allant de 1 (pas du tout correspondant) à 5 (entièrement correspondant). Un score total peut être obtenu pour chacune des sections en additionnant leurs items respectifs. L'addition des items de chaque sous-échelle de la partie B permet par ailleurs d'obtenir six sous-totaux représentant chacun une manifestation distincte. La structure factorielle de l'III est bien définie (i.e., correspond aux échelles et sous-échelles présentées) et ce dernier possède une bonne validité convergente et une excellente cohérence interne (Section A : [ $\alpha = 0,96$ ]; Section B : [ $\alpha = 0,97$ ] [Gosselin et al., 2008]). Des questions ont été ajoutées à la fin de ce questionnaire afin d'approfondir les connaissances sur le développement de l'intolérance à l'incertitude et ainsi permettre de répondre à l'objectif exploratoire de la thèse, tel que présenté précédemment (voir Appendice B). Ces questions visent

plus précisément à mieux comprendre l'apparition de l'intolérance à l'incertitude (D'après vous, avez-vous de la difficulté à tolérer les situations incertaines? Si oui, depuis quand? D'après vous, votre inconfort face aux situations incertaines est-il apparu suite à un événement particulier? Si oui, lequel? Si non, voyez-vous d'autres raisons qui expliqueraient que vous tolérez mal les imprévus ou les incertitudes?), son évolution (Votre inconfort face aux incertitudes semble-t-il avoir changé ou être resté stable avec le temps? Si votre tolérance aux choses incertaines ou imprévues a changé, comment avez-vous l'impression qu'elle a changée? Voyez-vous des explications possibles?) et son incidence familiale (Avez-vous l'impression que d'autres membres de votre famille immédiate ont de la difficulté à tolérer les situations incertaines? Si oui, précisez qui).

Le *NEO-Five Factor Inventory* (NEO-FFI; Costa & McCrae, 1992) est un questionnaire autoadministré visant à évaluer les dimensions non pathologiques de la personnalité. Il est basé sur le modèle des cinq facteurs de McCrae et Costa (McCrae & Costa, 1990), qui divise la personnalité selon les cinq facteurs présentés précédemment : névrosisme, extraversion, agréabilité, conscience et ouverture. Le *NEO-FFI* est une version abrégée du *NEO Personality Inventory Revised* (NEO PI-R; Costa & McCrae, 1992). Il comprend 60 items divisés en cinq domaines constituant les cinq facteurs de la personnalité. Une échelle à cinq points allant de 1 (entièrement en désaccord) à 5 (entièrement en accord) permet la cotation de ces items. Plusieurs auteurs précisent que les questionnaires NEO sont ceux qui offrent les meilleures mesures pour évaluer les traits de personnalité du *Big Five* (Pervin & John, 1999). Le *NEO-FFI* détient une forte corrélation avec le *NEO PI-R*, ce qui indique qu'ils évaluent les mêmes concepts. De plus, il possède une bonne fidélité à travers les cinq échelles (cohérence interne = 0,78) (Costa & McCrae, 1992).

L'*Inventaire clinique multiaxial de Millon-III* (MCMI-III; Millon, Millon & Davis 1994) est un questionnaire autoadministré qui mesure les troubles et syndromes cliniques de personnalité du *DSM-IV-TR* (APA, 2003). Ce questionnaire comprend 175 questions de type vrai ou faux. Ces réponses sont ensuite converties en 24 échelles : 11 échelles mesurant les traits de personnalité cliniques, trois échelles mesurant les traits de personnalité, sept échelles mesurant les syndromes cliniques et trois échelles mesurant les syndromes sévères. Ce questionnaire possède une bonne cohérence interne ( $\alpha = 0,83$ ) et une bonne fidélité test-retest ( $r = 0,91$ ).

L'*Inventaire d'anxiété situationnelle et de trait* (IAST; Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg & Jacobs, 1983) est un questionnaire autoadministré qui mesure le niveau d'anxiété situationnelle et le trait d'anxiété. Il se compose de 40 items et se divise en deux sections. La première section (Y-1) comporte 20 items et mesure le niveau d'anxiété situationnelle (ex., « Présentement, je me sens calme »). La deuxième section (Y-2) contient 20 items et mesure le trait d'anxiété (ex., « En général, je me sens nerveux(se) et agité(e) »). La cotation du questionnaire est réalisée à l'aide d'une échelle de type Likert en 4 points allant de 1 (pas du tout) à 4 (beaucoup). Ce questionnaire possède une bonne cohérence interne ( $\alpha$  entre 0,86 et 0,94) (Gauthier & Bouchard, 1993). Pour les fins de cette recherche, nous avons utilisé uniquement la deuxième section, soit celle permettant d'évaluer le trait d'anxiété. Plus précisément, le score obtenu à ce questionnaire sera utilisé en covariable dans les différentes analyses de l'étude puisque la littérature a déjà montré un lien avec l'anxiété et certains traits de personnalité.

### *Procédure*

L'expérimentatrice a présenté le but de l'étude et l'implication requise des participants à l'intérieur des classes de cours prédéterminées de l'Université de Sherbrooke. Les questionnaires

ont été remis aux étudiants intéressés à participer à l'étude. Dans certains groupes, l'expérimentation s'est faite à l'intérieur des heures de classe, tandis que pour d'autres groupes, les participants ont rapporté les questionnaires chez eux dans une enveloppe prévue à cet effet. Pour les groupes qui ont répondu aux questionnaires en dehors des heures de cours, l'expérimentatrice s'est représentée dans les classes la semaine suivante afin de les recueillir. Les participants n'ayant pas rempli leurs questionnaires à ce moment ont pu les rapporter dans l'enveloppe dans un endroit prévu à cet effet.

Le but présenté aux participants a été d'évaluer les liens entre certaines variables du tempérament et la perception des incertitudes afin d'approfondir les connaissances sur ce domaine. L'implication demandée à chaque participant a été de remplir les différents questionnaires évaluant ces dimensions. La durée totale approximative de passation a été de 50 minutes. Les participants ont reçu les cinq questionnaires précédés d'un formulaire de consentement (voir Appendice C). Ils ont d'abord dû signer le formulaire de consentement afin de les informer du but de la recherche, de la nature de leur participation, de leur droit de retrait en tout temps, des avantages et inconvénients de leur participation et de la confidentialité des données recueillies. Afin de s'assurer de la compréhension de chaque point, l'expérimentatrice les a expliqués oralement aux participants. Le questionnaire sociodémographique a toujours été le premier à remplir, tandis que les autres questionnaires ont été contrebalancés dans leur ordre de présentation. Cette procédure visait à changer l'ordre de passation pour diminuer l'effet de fatigue et la variance attribuable à l'ordre des questionnaires. Les données ont été saisies en double afin de minimiser les erreurs d'entrées de données. Toutes les données ont été archivées sous clé pour assurer leur confidentialité. Les participants ont dû inscrire leur nom seulement sur le formulaire de consentement, qui a immédiatement été séparé des autres questionnaires. En

aucun cas, le nom des participants ne s'est retrouvé sur les questionnaires. Les formulaires de consentement et les questionnaires ont été entreposés de façon séparée.



## *Résultats*

## Statistiques préliminaires

Dans un premier temps, des statistiques descriptives (i.e., moyennes et écart-types) ont été comptabilisées pour chacun des instruments de l'étude, soit pour l'*III* partie A et B, le *NEO-FFI*, le *MCMI-III* et l'*IAST*-trait. Le tableau 2 ci-dessous présente ces résultats. Des tests t pour échantillons indépendants montrent que les hommes et les femmes diffèrent significativement en ce qui a trait aux conséquences cognitives et comportementales associées à l'intolérance à l'incertitude ( $t[135,64] = 2,45, p = 0,016$ ) évaluées par la partie B de l'*III*. Parmi les sous-échelles de la partie B, on retrouve une différence significative entre les hommes et les femmes pour les échelles du doute ( $t[131,75] = 2,76, p = 0,007$ ), de l'inquiétude ( $t[194] = 2,86, p = 0,005$ ) et de la réassurance ( $t[194] = 3,45, p = 0,001$ ). Pour la partie B de l'*III*, les femmes présentent un score moyen plus élevé que celui des hommes. Parmi les sous-échelles des conséquences associées à l'intolérance à l'incertitude, les femmes ont obtenu des scores plus élevés que les hommes pour le doute, les inquiétudes et la réassurance. Ces résultats sont cohérents avec ceux des études antérieures, qui montrent que les femmes présentent des niveaux de manifestations d'intolérance à l'incertitude et d'inquiétudes plus élevés que ceux des hommes (Gosselin et al., 2008; Robichaud, Dugas & Conway, 2003). Les études antérieures montrent toutefois que la structure des construits ne diffère pas en fonction des sexes (voir Gosselin et al., 2008). Compte tenu des différences observées entre les hommes et les femmes au niveau du degré moyen de certaines manifestations d'intolérance à l'incertitude rapportées, la variable sexe a été prise en considération dans chaque analyse visant à confirmer les hypothèses de l'étude.

Tableau 2

Moyennes et écart-types obtenus aux différentes variables de l'étude

Variables	<i>M (femme)</i>	<i>É.-T. (femme)</i>	<i>M (homme)</i>	<i>É.-T. (homme)</i>
III-A	36,30	11,50	33,61	9,21
III-B	74,66	22,73	67,32	17,32
Doute	13,96	4,80	12,18	3,78
Inquiétude	12,31	4,39	10,44	3,55
Réassurance	14,21	4,85	11,72	3,90
Évitement	9,78	4,15	10,12	3,13
Attitudes négatives	13,09	5,75	11,37	5,43
Contrôle	11,32	4,81	11,49	5,11
NEO-FFI				
Névrosisme	21,85	7,90	14,95	6,13
Extraversion	29,95	6,14	30,04	6,13
Ouverture	30,81	6,20	32,14	6,10
Agréabilité	35,20	5,25	32,51	6,87
Conscience	35,23	6,54	32,86	6,39
MCMII-III				
Schizoïde	37,60	24,08	39,82	25,31
Évitant	30,03	23,83	32,84	30,30
Dépressif	27,85	26,11	28,00	29,68
Dépendant	48,60	26,23	49,48	23,54
Histrionique	72,29	22,07	57,13	17,88
Narcissique	65,18	17,84	68,68	17,33
Antisocial	40,48	21,99	32,86	22,43
Sadique	44,37	22,97	34,61	21,92
Compulsif	63,22	14,88	50,14	10,89
Passif-agressif	32,44	21,24	31,88	26,95
Défaitiste	30,67	28,48	31,89	29,82
Schizotypique	32,48	25,01	36,07	29,50

Limite	28,34	23,09	32,98	24,92
Paranoïde	41,50	23,53	34,77	28,29
Anxiété	44,65	30,83	39,48	34,44
Somatisation	20,74	23,31	26,11	29,69
Bipolarité	51,14	20,15	51,23	17,06
Dysthymie	14,17	18,75	18,73	23,79
Dépendance alcool	35,86	24,99	28,30	23,62
Dépendance drogues	50,22	20,97	40,41	19,06
TSPT	21,91	22,23	19,41	23,14
Trouble pensée	26,66	22,79	32,86	26,18
Dépression majeure	16,56	21,74	22,23	26,57
Illusion	26,02	26,36	34,20	27,06
IAST-trait	48,11	12,29	41,35	10,75

*Note.* III = Inventaire d'intolérance à l'incertitude; IAST = Inventaire d'anxiété situationnelle et de trait; NEO-FFI = NEO-Five Factor Inventory; MCMI-III = Inventaire clinique multiaxial de Millon-III

#### Liens entre l'intolérance à l'incertitude et les caractéristiques de la personnalité

Afin d'apporter des premiers éléments de réponses aux hypothèses principales de l'étude, des corrélations ont été réalisées entre les variables mesurant l'intolérance à l'incertitude (scores totaux aux parties A et B de l'III) et celles mesurant les traits de personnalité (échelles du NEO-FFI et du MCMI-III). Le tableau 3 présente les corrélations calculées entre les scores totaux de l'III et les traits de personnalité mesurés par le NEO-FFI. Les résultats indiquent des liens significatifs et positifs entre, d'une part, l'intolérance à l'incertitude (III, partie A) et ses manifestations comportementales et cognitives (III, partie B) et, d'autre part, le névrosisme évalué par le NEO-FFI. De plus, on note des liens significatifs mais négatifs entre, d'une part, la partie A de l'III et les facteurs extraversion, ouverture et agréabilité mesurés par le NEO-FFI et, d'autre part, la partie B de l'III et ces mêmes facteurs.

Tableau 3

Corrélations entre l'III partie A et B et les cinq facettes du *NEO-FFI*

Mesures	Névrosisme	Extraversion	Ouverture	Agréabilité	Conscience
III-A	0,48**	-0,30**	-0,33**	-0,19**	0,01
III-B	0,63**	-0,38**	-0,22**	-0,25**	0,00

Note. III-A = Inventaire d'intolérance à l'incertitude, partie A; III-B = Inventaire d'intolérance à l'incertitude, partie B

\* $p < 0,05$ , \*\* $p < 0,01$

Les tableaux 4 et 5 présentent pour leur part les résultats des corrélations calculées entre les scores d'intolérance à l'incertitude et les traits de personnalité mesurés par le *MCMII-III*. Les résultats indiquent des liens significatifs et positifs entre la partie A de l'III et les traits schizoïde, évitant, dépressif, dépendant, compulsif, passif-agressif et défaitiste. De plus, des liens significatifs et positifs sont aussi notés entre la partie B de l'III et les traits schizoïde, évitant, dépressif, dépendant, sadique, passif-agressif et défaitiste. Les résultats montrent aussi des liens significatifs mais négatifs entre, d'une part, la partie A de l'III et les traits histrionique et narcissique et, d'autres parts, la partie B de l'III et les mêmes traits. Pour les troubles pathologiques de la personnalité et les syndromes cliniques sévères du *MCMII-III*, les résultats montrent des liens significatifs et positifs entre la partie A de l'III et les troubles pathologiques limite et paranoïde et les syndromes d'anxiété, de somatisation, de dysthymie, de trouble de stress post-traumatique, de trouble de la pensée et de la dépression majeure. En plus de corrélérer avec les mêmes dimensions que la partie A, la partie B corrèle aussi avec le trouble schizotypique et la dépendance à l'alcool.

Tableau 4

Corrélations entre l'III partie A et B et les échelles de personnalité du *MCMII-III*

Mesures	Schizoïde	Évitant	Dépressif	Dépendant	Histronique	Narcissique	Antisocial	Sadique	Compulsif	Passif-agressif	Défaitiste
III-A	0,22**	0,32**	0,31**	0,36**	-0,21**	-0,31**	-0,03	0,16*	0,19**	0,18**	0,26**
III-B	0,29**	0,46**	0,47**	0,48**	-0,30**	-0,33**	0,09	0,25**	0,12	0,34**	0,425**

Note. III-A = Inventaire d'intolérance à l'incertitude, partie A; III-B = Inventaire d'intolérance à l'incertitude, partie B  
\* $p < 0,05$ , \*\* $p < 0,01$

Tableau 5

Corrélations entre l'III partie A et B et les échelles des troubles pathologiques de personnalité et des syndromes cliniques sévères du *MCMII-III*

Mesures	Schizo-typique	Limite	Paranoïde	Anxiété	Somatisation	Bipolarité	Dys-thymie	Dépendance alcool	Dépendance drogue	TSPT	Trouble de la pensée	Dépression majeure	Illusion
III-A	0,08	0,19**	0,23**	0,40**	0,38**	-0,04	0,23**	0,17*	0,02	0,28**	0,21**	0,28**	-0,08
III-B	0,25**	0,33**	0,31**	0,53**	0,34**	-0,02	0,31**	0,27**	0,07	0,40**	0,34**	0,28**	0,03

Note. III-A = Inventaire d'intolérance à l'incertitude, partie A; III-B = Inventaire d'intolérance à l'incertitude, partie B  
\* $p < 0,05$ , \*\* $p < 0,01$

## Prédiction de l'intolérance à l'incertitude à partir des traits de personnalité

Six régressions hiérarchiques ont été réalisées afin de prédire l'intolérance à l'incertitude (*III*, partie A) et les manifestations comportementales et cognitives de l'intolérance à l'incertitude (*III*, partie B) à l'aide des traits de personnalité, des troubles pathologiques et des syndromes cliniques mesurés par les échelles du *NEO-FFI* et du *MCMI-III*. Pour chaque analyse, le sexe et l'âge ont été introduits comme prédicteurs dans une première étape, suivis, dans une deuxième étape, des résultats à l'*IAST*-trait afin de contrôler pour l'effet des variables socio-démographiques et du trait d'anxiété. Les traits de personnalité, les troubles pathologiques ou les syndromes cliniques ont été introduits dans une troisième et dernière étape des analyses afin de vérifier leur contribution dans la prédiction de l'intolérance à l'incertitude. Les tableaux 6 à 8 présentent les résultats obtenus aux six régressions. Le niveau alpha choisi pour chaque analyse était de 0,05. Compte tenu de la nature exploratoire de l'étude, aucune correction n'a été appliquée aux tests multiples.

## Prédiction de l'intolérance à l'incertitude à partir des cinq facteurs du NEO-FFI

Les résultats de l'analyse visant à prédire les scores à la partie A de l'*III* par les traits de personnalité du *NEO-FFI* montrent que les variables âge et sexe ( $F[2, 193] = 4,91, p = 0,008; \Delta R^2 = 0,048$ ), ainsi que le trait d'anxiété mesuré par l'*IAST*-trait ( $F[3, 192] = 31,65, p < 0,001; \Delta R^2 = 0,282$ ) ont contribué significativement à la prédiction de la tendance à être intolérant à l'incertitude lors des deux premières étapes de la régression. L'examen des Betas et des tests *t* suggère cependant que la variable sexe ne contribue pas significativement à la prédiction lors de la première étape de régression (voir tableau 6). Les résultats montrent aussi que les traits de personnalité du *NEO-FFI*, entrés dans une dernière étape, ajoutent une contribution significative dans la prédiction de l'intolérance à l'incertitude ( $F[8, 187] = 14,87, p < 0,001; \Delta R^2 = 0,058$ ) et

élèvent le pourcentage de variance expliquée à 38,9 %. L'examen des Betas et des tests  $t$  montrent qu'une fois les variables âge, sexe et trait d'anxiété introduites, les traits conscience et ouverture contribuent significativement à la prédiction. Le névrosisme prédisait toutefois significativement la tendance à être intolérant à l'incertitude avant l'ajout de la variable trait d'anxiété mesurée par l'*IAST*-trait ( $p < 0,001$ ). Concernant la prédiction des scores à la partie B de l'*III*, les résultats montrent que les variables âge et sexe ( $F[2, 193] = 4,74, p = 0,01; \Delta R^2 = 0,047$ ), ainsi que le trait d'anxiété mesuré par l'*IAST*-trait ( $F[3, 192] = 54,27, p < 0,001; \Delta R^2 = 0,412$ ) ont contribué significativement à la prédiction des conséquences cognitives et comportementales associées à l'intolérance à l'incertitude lors des deux premières étapes de la régression. Les résultats montrent aussi que les traits de personnalité du *NEO-FFI*, entrés dans une dernière étape, ajoutent une contribution significative dans la prédiction ( $F[8, 187] = 26,35, p < 0,001; \Delta R^2 = 0,071$ ) et élèvent le pourcentage de variance expliquée à 53,0 %. L'examen des Betas et des tests  $t$  montrent qu'une fois les variables âge, sexe et trait d'anxiété introduites, les traits névrosisme et conscience contribuent significativement à la prédiction. Les traits extraversion, ouverture et agréabilité prédisaient toutefois significativement les manifestations comportementales et cognitives de l'intolérance à l'incertitude avant l'ajout de la variable trait d'anxiété mesurée par l'*IAST*-trait (tous à  $p < 0,001$ ).

Prédiction de l'intolérance à l'incertitude à partir de la classification psychopathologique du

#### MCFI-III

Les résultats de l'analyse visant à prédire les scores à la partie A de l'*III* par les traits de personnalité du *MCFI-III* montrent que les variables âge et sexe ( $F[2, 192] = 5,08, p = 0,007; \Delta R^2 = 0,05$ ), ainsi que le trait d'anxiété mesuré par l'*IAST*-trait ( $F[3, 191] = 31,85, p < 0,001; \Delta R^2 = 0,283$ ) ont contribué significativement à la prédiction de la tendance à être intolérant à



Tableau 6

Prédiction de l'intolérance à l'incertitude (III) à partir des traits de personnalité du modèle des cinq facteurs (NEO-FFI)

Variables ajoutées	III-A			III-B		
	$\Delta R^2$	$\beta$	$t$	$\Delta R^2$	$\beta$	$t$
Étape 1	0,048			0,047		
Âge		-0,190	-2,700**		-0,151	-2,145*
Sexe		-0,118	-1,678		-0,160	-2,280*
Étape 2	0,282			0,412		
IAST-trait		0,555	9,003****		0,670	12,090****
Étape 3	0,058			0,071		
Névrosisme		0,135	1,527		0,286	3,690****
Extraversion		-0,040	-0,603		-0,100	-1,721
Agréabilité		-0,034	-0,537		-0,080	-1,427
Conscience		0,130	2,119*		0,162	3,020***
Ouverture		-0,175	-2,844***		-0,022	-0,405
R2 total	0,388			0,530		
N	196			196		

Note. III = Inventaire d'intolérance à l'incertitude; IAST = Inventaire d'anxiété situationnelle et de trait

\* $p < 0,05$ , \*\* $p < 0,01$ , \*\*\* $p < 0,005$ , \*\*\*\* $p < 0,001$

l'incertitude lors des deux premières étapes de la régression. L'examen des Betas et des tests  $t$  suggère cependant que la variable sexe ne contribue pas significativement. Les résultats montrent aussi que les traits de personnalité du *MCMI-III*, entrés dans une dernière étape, ajoutent une contribution significative dans la prédiction de l'intolérance à l'incertitude ( $F[14, 180] = 9,315$ ,  $p < 0,001$ ;  $\Delta R^2 = 0,087$ ) et élèvent le pourcentage de variance expliquée à 42,0 %. L'examen des Betas et des tests  $t$  montrent qu'une fois les variables âge, sexe et trait d'anxiété introduites, les traits dépendant, sadique et compulsif semblent contribuer significativement à la prédiction. Les

traits évitant, dépressif, histrionique, narcissique et défaitiste prédisaient toutefois significativement la tendance à être intolérant à l'incertitude avant l'ajout de la variable trait d'anxiété mesurée par l'*IAST*-trait (tous à  $p < 0,001$ ). Concernant la prédiction des scores à la partie B de l'*III*, les résultats montrent que les variables âge et sexe ( $F[2, 192] = 4,99, p = 0,008; \Delta R^2 = 0,049$ ), ainsi que le trait d'anxiété mesuré par l'*IAST*-trait ( $F[3, 191] = 54,71, p < 0,001; \Delta R^2 = 0,413$ ) ont contribué significativement à la prédiction des conséquences cognitives et comportementales reliées à l'intolérance à l'incertitude lors des deux premières étapes de la régression. Les résultats montrent aussi que les traits de personnalité du *MCMI-III*, entrés dans une dernière étape, ajoutent une contribution significative dans la prédiction ( $F[14, 190] = 15,65, p < 0,001; \Delta R^2 = 0,087$ ) et élèvent le pourcentage de variance expliquée à 54,9 %. L'examen des Betas et des tests  $t$  montrent qu'une fois les variables âge, sexe et trait d'anxiété introduites, les mêmes traits que ceux prédisant les scores à la partie A, soit les traits dépendant, sadique et compulsif, semblent contribuer significativement à la prédiction. Les traits schizoïde, évitant, dépressif, histrionique, narcissique, passif-agressif et défaitiste prédisaient toutefois significativement les conséquences cognitives et comportementales reliées à l'intolérance à l'incertitude avant l'ajout de la variable trait d'anxiété mesurée par l'*IAST*-trait (tous à  $p < 0,001$ ) (voir le tableau 7).

Puisque cette recherche se veut exploratoire et que le nombre de participants le permet, des analyses ont été effectuées afin de prédire les scores à la partie A de l'*III* par les troubles pathologiques et les syndromes cliniques du *MCMI-III*. Les résultats de ces analyses montrent que les variables âge et sexe ( $F[2, 192] = 5,08, p = 0,007; \Delta R^2 = 0,05$ ), ainsi que le trait d'anxiété mesuré par l'*IAST*-trait ( $F[3, 191] = 31,85, p < 0,001; \Delta R^2 = 0,283$ ) ont contribué significativement à la prédiction de la tendance à être intolérant à l'incertitude lors des deux

Tableau 7

Prédiction de l'intolérance à l'incertitude (III) à partir des traits de personnalité de la classification psychopathologique du *DSM-IV-TR* (*MCMI-III*)

Variables ajoutées	III-A			III-B		
	$\Delta R^2$	$\beta$	$t$	$\Delta R^2$	$\beta$	$t$
Étape 1	0,050			0,049		
Âge		-0,188	-2,675**		-0,149	-2,119*
Sexe		-0,128	-1,815		-0,169	-2,405*
Étape 2	0,283			0,413		
IAST-trait		0,556	9,008****		0,671	12,107****
Étape 3	0,087			0,087		
Schizoïde		0,104	1,205		0,025	0,335
Évitant		0,032	0,315		0,070	0,791
Dépressif		-0,019	-0,212		0,045	0,574
Dépendant		0,179	2,165*		0,257	3,527****
Histrionique		0,151	1,410		0,046	0,483
Narcissique		0,057	0,672		0,121	1,613
Antisocial		-0,116	-1,258		-0,100	-1,230
Sadique		0,214	2,687***		0,191	2,707**
Compulsif		0,243	2,855***		0,182	2,435*
Passif- Agressif		-0,029	-0,329		0,035	0,444
Défaitiste		-0,095	-0,978		-0,071	-0,833
R2 total	0,420			0,549		
N	196			196		

Note. III = Inventaire d'intolérance à l'incertitude; IAST = Inventaire d'anxiété situationnelle et de trait

\* $p < 0,05$ , \*\* $p < 0,01$ , \*\*\* $p < 0,005$ , \*\*\*\* $p < 0,001$

premières étapes de la régression. L'examen des Betas et des tests  $t$  suggère cependant que la variable sexe ne contribue pas significativement. Les résultats montrent aussi que les troubles pathologiques et les syndromes cliniques du *MCMI-III*, entrés dans une dernière étape, ajoutent une contribution significative dans la prédiction de la tendance à être intolérant à l'incertitude

( $F[16, 178] = 7,995, p < 0,001; \Delta R^2 = 0,085$ ) et élèvent le pourcentage de variance expliquée à 41,8 %. L'examen des Betas et des tests  $t$  montrent qu'une fois les variables âge, sexe et trait d'anxiété introduites, les syndromes de somatisation et de dépression majeure semblent contribuer significativement à la prédiction. Le trouble d'anxiété ainsi que les syndromes de dysthymie et de trouble de stress post-traumatique prédisaient toutefois significativement la tendance à être intolérant à l'incertitude avant l'ajout de la variable des traits d'anxiété mesurée par l'*IAST*-trait (tous à  $p < 0,001$ ). Concernant la prédiction des scores à la partie B de l'*III*, les résultats montrent que les variables âge et sexe ( $F[2, 192] = 4,99, p = 0,008; \Delta R^2 = 0,049$ ), ainsi que le trait d'anxiété mesuré par l'*IAST*-trait ( $F[3, 191] = 54,71, p < 0,001; \Delta R^2 = 0,413$ ) ont contribué significativement à la prédiction des conséquences cognitives et comportementales reliées à l'intolérance à l'incertitude lors des deux premières étapes de la régression. Les résultats montrent aussi que les troubles pathologiques et les syndromes cliniques du *MCCI-III*, entrés dans une dernière étape, ajoutent une contribution significative dans la prédiction ( $F[16, 178] = 11,73, p < 0,001; \Delta R^2 = 0,051$ ) et élèvent le pourcentage de variance expliquée à 51,3 %. L'examen des Betas et des tests  $t$  montrent qu'une fois les variables âge, sexe et trait d'anxiété introduites, les syndromes d'anxiété et de dépression majeure semblent contribuer significativement à la prédiction. Les troubles schizotypique, limite et paranoïde ainsi que les syndromes de somatisation, de dysthymie, de trouble de stress post-traumatique et de trouble de la pensée prédisaient toutefois significativement les conséquences cognitives et comportementales reliées à l'intolérance à l'incertitude avant l'ajout de la variable trait d'anxiété mesurée par l'*IAST*-trait (tous à  $p < 0,001$ ) (voir le tableau 8).

Tableau 8

Prédiction de l'intolérance à l'incertitude (*III*) à partir des troubles pathologiques de personnalité ainsi que des syndromes cliniques sévères de la classification psychopathologique du *DSM-IV-TR (MCMII-III)*

Variables ajoutées	III-A			III-B		
	$\Delta R^2$	$\beta$	<i>t</i>	$\Delta R^2$	$\beta$	<i>t</i>
Étape 1	0,050			0,049		
Âge		-0,188	-2,675**		-0,149	-2,119*
Sexe		-0,128	-1,815		-0,169	-2,405*
Étape 2	0,283			0,413		
IAST-trait		0,556	9,008****		0,671	12,107****
Étape 3	0,085			0,051		
Schizotypique		-0,156	-1,799		-0,040	-0,507
Limite		-0,094	-0,928		0,018	0,193
Paranoïde		0,129	1,629		0,051	0,703
Anxiété		0,044	0,445		0,184	2,059*
Somatisation		0,391	3,436****		0,189	1,816
Bipolarité		0,004	0,057		-0,075	-1,289
Dysthymie		-0,010	-0,103		0,012	0,131
Dépendance alcool		0,048	0,665		0,062	0,930
Dépendance drogues		0,042	0,628		0,040	0,645
TSPT		-0,054	-0,572		-0,087	-1,002
Trouble pensée		-0,003	-0,026		-0,004	-0,043
Dépression majeure		-0,288	-2,176*		-0,286	-2,356*
Illusion		-0,053	-0,638		0,019	0,250
R2 total	0,418			0,513		
<i>N</i>	196			196		

*Note.* III = Inventaire d'intolérance à l'incertitude; IAST = Inventaire d'anxiété situationnelle et de trait

\* $p < 0,05$ , \*\* $p < 0,01$ , \*\*\* $p < 0,005$ , \*\*\*\* $p < 0,001$

Perception des gens quant au développement et à l'évolution de leur intolérance à l'incertitude

Des analyses descriptives (c'est-à-dire fréquences et pourcentage) ont été réalisées pour les données relatives aux questions ajoutées au questionnaire d'intolérance à l'incertitude. Tel que souligné précédemment, ces analyses permettent d'avoir des indications préliminaires quant au contexte d'apparition et à l'évolution du construit. Les résultats de chaque question sont rapportés ci-dessous et la figure 1 les illustre.

*D'après vous, avez-vous de la difficulté à tolérer les situations incertaines?*

Quatre-vingt-quatre (42,9 %) participants ont indiqué avoir de la difficulté à tolérer les situations incertaines comparativement à cent douze (57,1 %) qui ont répondu ne pas percevoir de difficulté à ce niveau. Des tests *t* pour échantillons indépendants montrent que la moyenne des participants se percevant intolérants à l'incertitude diffèrent significativement de celle des participants qui ne se perçoivent pas intolérants en ce qui a trait à la partie A de l'*III* ( $t[149, 21] = -10,21, p < 0,001$ ) et à la partie B de l'*III* ( $t[194] = -9,38, p < 0,001$ ) (voir figure 2). Les deux groupes diffèrent également au niveau de chacune des sous-échelles des conséquences cognitives et comportementales d'intolérance à l'incertitude : surestimation ( $t[194] = -6,05, p < 0,001$ ), évitement ( $t[135,87] = -4,78, p < 0,001$ ), doute ( $t[156,10] = -8,29, p < 0,001$ ), contrôle ( $t[194] = -3,05, p = 0,003$ ), inquiétude ( $t[148] = -10,75, p < 0,001$ ) et réassurance ( $t[194] = -7,85, p < 0,001$ ) (voir figure 3). Les résultats indiquent que pour l'ensemble des variables, les participants se percevant intolérants à l'incertitude présentent un score moyen plus élevé que ceux ne se percevant pas intolérants à l'incertitude.

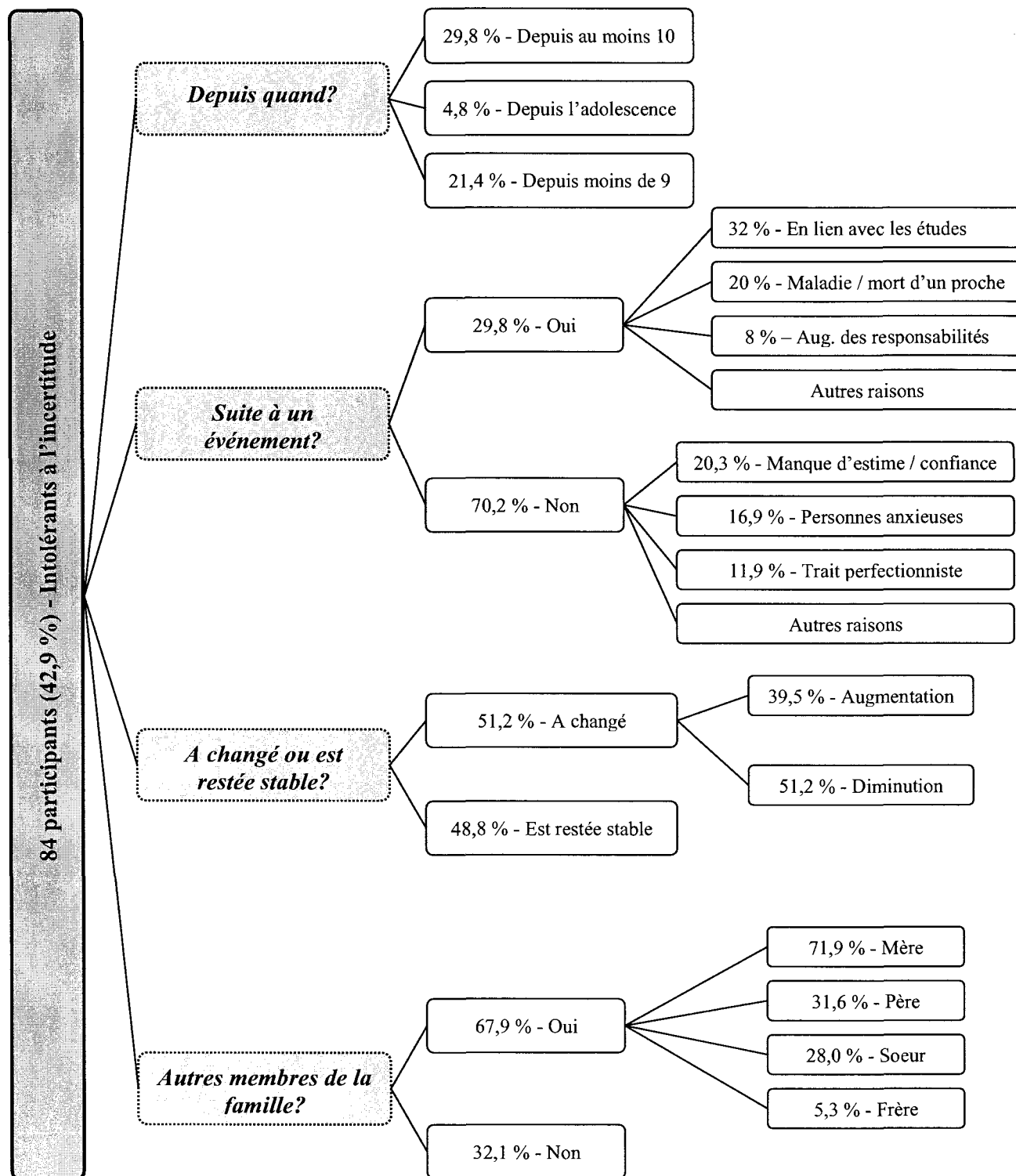


Figure 1. Perception des gens quant au développement et à l'évolution de leur intolérance à l'incertitude.

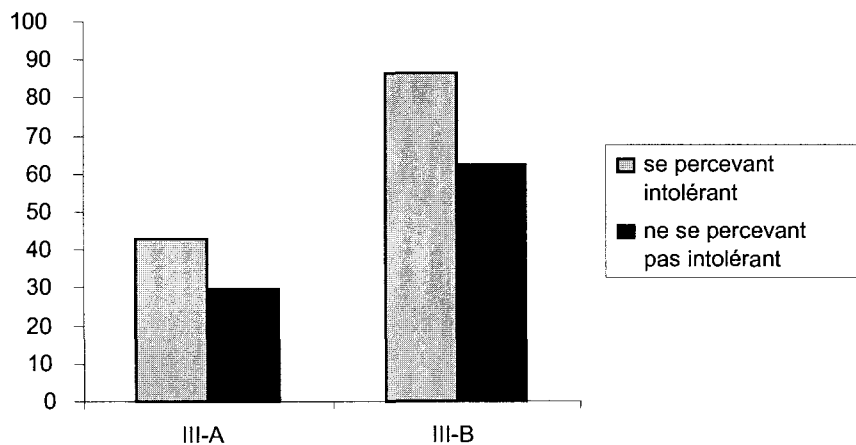


Figure 2. Différences entre les participants se percevant et ne se percevant pas intolérants à l'incertitude pour l'III-A et l'III-B.

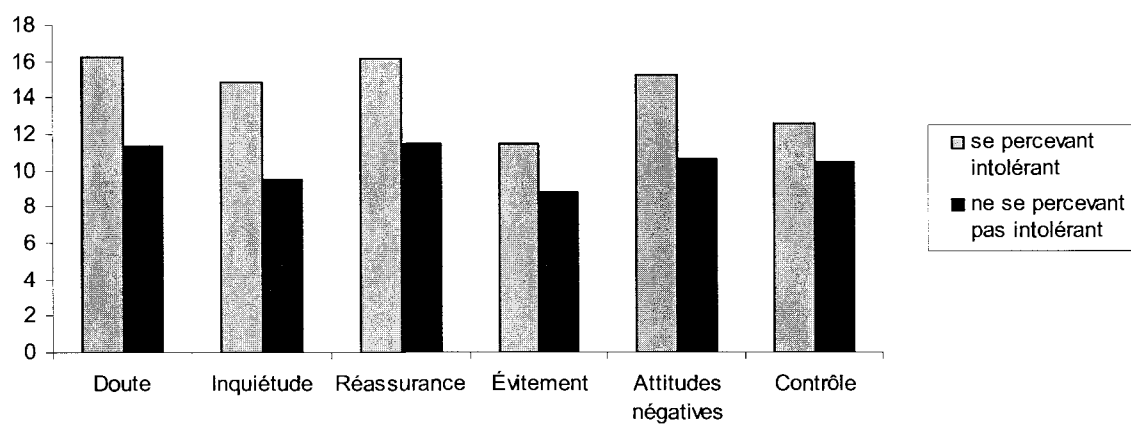


Figure 3. Différences entre les participants se percevant et ne se percevant pas intolérants à l'incertitude pour les six sous-échelles de l'III-B.



*Depuis quand croyez avoir de la difficulté à tolérer les situations incertaines?*

Parmi les participants ayant indiqué être intolérants à l'incertitude, vingt-cinq (29,8 %) se perçoivent intolérants depuis au moins 10 ans ou depuis toujours, quatre d'entre eux (4,8 %) depuis l'adolescence et dix-huit d'entre eux (21,4 %) depuis moins de 9 ans. Les autres réponses font référence à des événements particuliers (ex., depuis le début des études, depuis l'âge adulte, etc.).

*D'après vous, votre inconfort face aux situations incertaines est-il apparu suite à un événement particulier?*

À l'intérieur des participants se percevant intolérants à l'incertitude, vingt-cinq (29,8 %) ont indiqué que leur intolérance était apparue suite à un événement. Certaines raisons ont été plus fréquemment notées. Parmi celles-ci, huit participants (32,0 % des raisons inscrites) ont mentionné un événement en lien avec les études, cinq (20,0 %) ont donné des raisons en lien avec la maladie ou la mort d'un être proche et deux (8,0 %) ont évoqué l'arrivée et l'augmentation des responsabilités. D'autres situations n'ont été mentionnées qu'une seule fois (4,0 %) : déménagement, harcèlement psychologique au travail, victime de violence durant l'enfance, naissance d'un enfant, relation amoureuse, échec et vente d'une entreprise. Cinquante-neuf (70,2 %) participants se percevant intolérants à l'incertitude ont indiqué que leur difficulté à tolérer les situations incertaines n'était pas causée par un événement. Les raisons mentionnées sont diverses. Voici les plus courantes : douze (20,3 % des raisons mentionnées) participants ont attribué leur intolérance à un manque d'estime ou de confiance en eux, dix (16,9 %) d'entre eux ont mentionné être des personnes anxieuses, sept (11,9 %) ont attribué leur intolérance à un trait perfectionniste, deux (3,4 %) ont indiqué comme raison un parent. Les autres raisons indiquées sont : l'inquiétude face aux imprévus et à l'inconnu, un manque ou un désir de contrôle, un

besoin de prévoir, un stress relié aux différents rôles, l'augmentation des responsabilités, l'accumulation d'événements angoissants, le futur, un milieu familial, une mise en doute fréquente des choix fait, une peur de souffrir et d'être malheureux, une peur de l'échec, une pression de la société. Certains participants ont écrit plus d'une raison et peuvent donc se retrouver à l'intérieur de différents groupes.

*Votre inconfort face aux incertitudes semble-t-il avoir changé ou être resté stable avec le temps?*

Parmi les participants se percevant intolérants à l'incertitude, quarante et un (48,8 %) d'entre eux ont indiqué que leur intolérance était restée stable, tandis que quarante-trois (51,2 %) ont perçu un changement avec le temps. Parmi les individus ayant noté un changement au niveau de leur inconfort face aux incertitudes, vingt-deux (51,2 %) ont mentionné une diminution, contrairement à dix-sept (39,5 %) ayant indiqué une augmentation.

*Avez-vous l'impression que d'autres membres de votre famille immédiate ont de la difficulté à tolérer les situations incertaines?*

Parmi les participants qui perçoivent avoir des difficultés à tolérer les situations incertaines, cinquante-sept (67,9 %) ont répondu avoir l'impression que d'autres membres de leur famille ont cette même difficulté, comparativement à vingt-sept (32,1 %) qui n'en ont pas l'impression. Dans les réponses obtenues, quarante et un (71,9 % des personnes ayant répondu par l'affirmative) participants ont mentionné leur mère, dix-huit (31,6 %) leur père, seize (28,0 %) une sœur et trois (5,3 %) un frère. Certains participants ont indiqué plus d'un membre de leur famille.

## *Discussion*

Le but de l'étude réalisée était de vérifier la présence de liens entre l'intolérance à l'incertitude et les caractéristiques de la personnalité provenant du modèle des cinq facteurs (McCrae & Costa, 1996) et de la classification psychopathologique du *DSM-IV-TR* (APA, 2003). Deux hypothèses étaient postulées : (1) l'intolérance à l'incertitude est positivement reliée au facteur névrosisme et négativement reliée aux facteurs conscience et ouverture du modèle des cinq facteurs; (2) l'intolérance à l'incertitude est significativement reliée aux traits évitant, dépendant et obsessionnel-compulsif de la classification du *DSM-IV-TR*. De plus, cette étude visait également à mettre en lumière différents éléments permettant de mieux comprendre le construit d'intolérance à l'incertitude en explorant certains aspects descriptifs de ce construit auprès des participants.

Les résultats provenant des corrélations ne feront pas l'objet d'une discussion, puisque ces analyses ont été utilisées comme étape préliminaire aux régressions. Elles procurent des informations exploratoires quant aux liens présents entre les différentes variables de l'étude, sans toutefois avoir contrôlé pour l'anxiété. De plus, étant donné le nombre élevé de participants, un grand nombre de résultats sont significatifs. Il est donc de mise de rester prudent dans l'interprétation de ces résultats et c'est pour ces raisons que seuls les résultats des régressions seront élaborés dans la discussion. Par rapport aux résultats des statistiques préliminaires, les femmes obtenaient des scores plus élevés pour la partie B de l'*III*, plus particulièrement pour les échelles du doute, des inquiétudes et de la réassurance. Une étude de Robichaud, Dugas et Conway (2003) indique que les femmes ont davantage de ruminations dépressives lorsqu'elles font face à un problème et adoptent des stratégies orientées sur les émotions, tandis que les hommes s'engagent plus dans des stratégies actives de distraction et des stratégies orientées vers le problème.

## Liens entre l'intolérance à l'incertitude et les cinq facteurs du NEO-FFI

Les résultats obtenus confirment partiellement la première hypothèse de l'étude. Telles qu'observées, les corrélations indiquent un lien significatif et positif entre l'intolérance à l'incertitude et le névrosisme, ainsi qu'un lien significatif, mais négatif, entre l'intolérance à l'incertitude et l'ouverture. On note aussi des liens significatifs négatifs avec les facteurs extraversion et agréabilité. Les régressions, pour leurs parts, démontrent que parmi l'ensemble des facteurs de personnalité du *NEO-FFI*, seuls les facteurs conscience et ouverture permettent de prédire l'intolérance à l'incertitude en tant que tendance à percevoir les incertitudes de la vie comme étant inacceptables, après avoir contrôlé pour l'effet de variables sociodémographiques et du trait d'anxiété. Le névrosisme et, encore une fois, la conscience seraient par ailleurs les seuls prédicteurs significatifs des manifestations comportementales découlant de la tendance à être intolérant à l'incertitude rapportés par les participants, après avoir contrôlé pour l'effets de variables sociodémographiques et du trait d'anxiété. En d'autres mots, plus les gens ont tendance à percevoir les incertitudes de la vie comme étant inacceptables, plus ils ont tendance à présenter un niveau élevé de conscience et un niveau faible d'ouverture. Par ailleurs, plus les gens présentent des manifestations élevées d'intolérance à l'incertitude dans le quotidien (i.e. doute, surestimation des probabilités, inquiétudes, contrôle, réassurance, évitement), plus ils ont tendance à présenter des niveaux élevés de névrosisme et de conscience.

Comment expliquer la relation observée entre l'intolérance à l'incertitude et les dimensions de conscience et d'ouverture évaluées? Dans un premier temps, afin de bien comprendre le lien avec la conscience, il importe de revenir sur la définition. Ce facteur donne des indications quant à la capacité de gérer adéquatement ses désirs, ses pulsions et ses tentations. Il évalue le processus de planification, d'organisation et de mise à exécution des tâches. La personne dite consciencieuse

est réfléchi, a de la volonté, est déterminée, scrupuleuse, ponctuelle et fiable. Selon les résultats de cette recherche, les personnes intolérantes à l'incertitude ont davantage tendance à bien gérer leurs désirs, ce qui leur apporte un meilleur contrôle de soi. Elles sont plus réfléchies, déterminées et détiennent une grande volonté. Les résultats obtenus suggèrent que le facteur conscience est relié au niveau d'intolérance à l'incertitude, puisqu'il est de sa nature de rechercher un contrôle fort sur soi et sur ce qui peut arriver à l'individu. Selon Millon et collaborateurs (2006), un niveau trop élevé de conscience peut amener les individus à avoir des exigences trop élevées, un besoin compulsif d'ordre et de propreté ainsi qu'un surmenage dans le travail. Ces caractéristiques font partie des symptômes associés au TOC, qui comme mentionné précédemment, sont eux-mêmes grandement reliés à l'intolérance à l'incertitude (Holaway, Heimberg & Coles, 2005). Ces données viennent soutenir les résultats précédents indiquant la présence d'un lien significatif entre l'intolérance à l'incertitude et le facteur conscience. De plus, l'étude de Neuberg et Newsom (1993) suggère que le besoin de structure diffère entre les individus et que les gens ayant un grand besoin de structure auront davantage de difficultés à tolérer les situations incertaines de la vie quotidienne. D'après les caractéristiques du TOC mentionnées précédemment, il est possible de constater que les personnes ayant cette problématique ont un grand besoin de structure et ont donc plus de difficultés à tolérer l'incertitude.

Pour ce qui est du lien entre l'intolérance à l'incertitude et le facteur ouverture, il importe de préciser que ce facteur est perçu comme étant une tendance à avoir une curiosité pour l'univers interne et externe et à vivre des expériences plus riches. Il est évalué en fonction de l'imagination active, de la sensibilité esthétique, de l'attention prêtée à ses propres sentiments, de la préférence pour la variété, de la curiosité intellectuelle et de l'indépendance de jugement. Les gens dits

ouverts sont plus disposés à concevoir des idées nouvelles, à adopter des valeurs non conventionnelles et à vivre intensément leurs émotions. Les résultats de cette recherche indiquent que les individus intolérants à l'incertitude ont moins d'intérêt pour l'univers interne et ont tendance à vivre des expériences moins riches et diversifiées. Ils sont plus conventionnels et conservateurs dans leurs opinions et leurs comportements. Cependant, les manifestations cognitives et comportementales de l'intolérance à l'incertitude ne sont pas significativement prédites par le facteur d'ouverture. Il est possible de comprendre ces résultats en comparant les deux parties de l'*III*. La partie A évalue la peur face aux incertitudes, tandis que la partie B évalue ce que la personne fait, comment elle agit face aux incertitudes. Il s'avère donc possible que ce trait de personnalité prédispose les gens à développer une tendance à percevoir les incertitudes de la vie comme étant inacceptables, bien que les résultats ne permettent pas, pour l'instant, de conclure en terme de relation causale. À l'inverse, la présence d'une tendance à l'ouverture en bas âge pourrait entre autres amener les gens à s'exposer davantage à de nouvelles expériences et à percevoir les incertitudes de la vie et le futur plus positivement. Cependant, ce facteur de personnalité ne prédit pas comment les gens vont réagir face à une situation incertaine, il indique seulement la présence d'une peur face aux incertitudes. La tendance à être conventionnel et conservateur pour les personnes ayant un faible niveau d'ouverture suggère qu'elles ont un plus grand besoin de certitude et de prévisibilité avant de s'investir dans de nouvelles situations. Ceci vient appuyer le fait que les personnes intolérantes à l'incertitude évitent les changements et la nouveauté, qui sont des situations à caractère hautement incertain. Les données de Berenbaum, Bredemeier et Thompson (2008), de même que celles de Gosselin et ses collaborateurs (2008), vont dans le même sens en proposant que l'intolérance à l'incertitude inclue la dimension de désir de prévisibilité. L'étude de Holaway, Heimberg et Coles (2005) indique que les personnes ayant un TAG recherchent les certitudes afin de diminuer leur niveau

d'anxiété. En présence de situations incertaines, ces personnes éprouvent des malaises physiques (ex., augmentation du rythme cardiaque, maux de tête, sueurs, etc.) et tentent de les diminuer par certains comportements. Elles sont donc moins ouvertes aux nouvelles situations internes et externes. De ce fait, il est possible qu'elles deviennent de plus en plus rigides dans leur façon de se comporter face aux situations incertaines, privilégiant toujours plus l'évitement à l'exposition naturelle.

Enfin, les personnes qui obtiennent un score élevé aux manifestations cognitives et comportementales de l'intolérance à l'incertitude semblent avoir davantage tendance à vivre des émotions négatives, à développer des idées irrationnelles et à gérer avec difficulté leur stress ainsi que certaines situations (facteur névrosisme). Ces caractéristiques font aussi partie de celles des troubles anxieux, lesquelles occasionnent des difficultés à gérer les situations incertaines. Par exemple, les personnes ayant un TAG vont préférer les situations problématiques ayant des conséquences négatives aux situations incertaines (Dugas et al., 1998). Il est donc intéressant de voir encore ici l'importance du besoin de prévisibilité chez les personnes intolérantes à l'incertitude. Ces résultats peuvent aussi être expliqués par le fait que le facteur névrosisme évalue les difficultés de gestion du stress, le contrôle des pulsions, les affects négatifs. Ce sont toutes des caractéristiques qui font appel aux conséquences de l'intolérance à l'incertitude, mais qui ne prédisent pas nécessairement la tendance à avoir peur face à une incertitude. De plus, ce facteur prédisait significativement la tendance à être intolérant à l'incertitude avant d'avoir contrôlé pour le trait d'anxiété. Ce résultat pourrait impliquer que le facteur névrosisme détient un grand nombre de caractéristiques communes avec le trait d'anxiété et donc que la prédiction de sa tendance à avoir peur face aux incertitudes est annulée.



## Liens entre l'intolérance à l'incertitude et les dimensions de la personnalité du MCMI-III

Les résultats obtenus confirment partiellement la deuxième hypothèse. Les corrélations indiquent des liens significatifs et positifs entre l'intolérance à l'incertitude et les traits de personnalité évitant, dépendant et compulsif. Outre les résultats en lien avec les hypothèses, on note aussi des corrélations significatives positives entre l'intolérance à l'incertitude et les traits schizoïde, dépressifs, passif-agressif et défaitiste, ainsi que des liens significatifs négatifs avec les traits histrionique et narcissique. Par ailleurs, les résultats provenant des régressions démontrent que parmi l'ensemble des dimensions du *MCMI-III*, les traits dépendant, sadique et compulsif, ainsi que les troubles somatoforme et de dépression majeure permettent de prédire l'intolérance à l'incertitude après avoir contrôlé pour l'effet de variables sociodémographiques et du trait d'anxiété. Les traits dépendant, sadique et compulsif ainsi que les troubles d'anxiété et de dépression majeure sont les seuls prédicteurs significatifs des manifestations d'intolérance à l'incertitude rapportés par les participants, après avoir contrôlé pour l'effet des mêmes variables. En d'autres mots, plus les gens ont tendance à percevoir les incertitudes de la vie comme étant inacceptables, plus ils ont tendance à présenter des traits de dépendance, de sadisme, de compulsion ainsi qu'un trouble de somatisation et moins ils ont tendance à présenter un trouble de dépression majeure. D'autres parts, plus les gens présentent des manifestations élevées d'intolérance à l'incertitude dans le quotidien (i.e. doute, surestimation des probabilités, inquiétudes, contrôle, réassurance, évitement), plus ils ont tendance à présenter les mêmes traits de personnalité ainsi qu'un trouble d'anxiété et moins ils ont tendance à présenter un trouble de dépression majeure.

Afin de bien comprendre les résultats provenant des régressions, chacune des relations significatives obtenues sera approfondie. Premièrement, le lien entre l'intolérance à l'incertitude

et le trait dépendant est approfondi. L'échelle dépendante est caractérisée par l'attente passive qu'autrui vienne combler le besoin de sécurité. En relation interpersonnelle, ces individus ont un manque d'autonomie et d'initiative, ils occupent un rôle passif et succombent aux désirs des autres afin de maintenir leur affection. Les résultats de cette recherche suggèrent donc que les personnes intolérantes à l'incertitude ont tendance à combler leurs besoins et trouver leur source de sécurité chez les autres, à être plus passives ainsi qu'à avoir un moins grand niveau d'initiative et d'autonomie. Il est intéressant de noter que les comportements d'initiative et d'autonomie sont source d'inconnus, ce qui fait appel au besoin de certitude et de prévisibilité chez les individus intolérants à l'incertitude. Le besoin de la présence de l'autre chez les personnes dépendantes mentionné ci-haut pourrait être expliqué par les difficultés reliées à l'intolérance à l'incertitude. Effectivement, on note une plus grande fréquence de la perception de problèmes dans des situations (Freeston et al., 1994) et une inefficacité de résolution de problème (Dugas et al., 2004; Freeston et al., 1994). Il est donc possible de penser que ces individus font davantage appel à autrui dans leurs résolutions de problème, qui sont eux-mêmes plus fréquentes. De plus, les personnes intolérantes à l'incertitude ont un grand besoin de réassurance, ce qui les aide à diminuer leur anxiété (Gosselin, 2006). Les résultats obtenus suggèrent que les personnes intolérantes combler leurs besoins par l'entremise d'autrui, et par le fait même ceux-ci seraient donc leur source de réassurance.

Deuxièmement, le lien avec le trait compulsif pourrait, quant à lui, s'expliquer par le fait que l'échelle compulsive évalue le niveau de prudence, de contrôle et de perfectionnisme d'une personne. Ces personnes éprouvent un conflit entre une hostilité envers autrui et une peur de désapprobation sociale. Elles résolvent cette ambivalence en refoulant leurs ressentiments, en se conformant de façon excessive aux règlements et en se mettant des exigences très élevées envers

elles-mêmes et autrui. Selon les résultats obtenus par cette recherche, les personnes intolérantes à l'incertitude sont plus prudentes, contrôlantes et perfectionnistes. En étant plus prudentes, elles font moins face à des situations nouvelles et incertaines. De même, les individus qui sont plus contrôlants et perfectionnistes sont plus prévoyants et font moins face à l'imprévu et aux nouvelles situations. Ces résultats concordent avec ceux de Baillargeon, Morin, Routhier, Hébert et Gosselin (2008) qui montrent que l'intolérance à l'incertitude et le perfectionnisme sont souvent présents de façon concomitante. Ces résultats sont aussi cohérents avec ceux des études citées précédemment indiquant que l'intolérance à l'incertitude serait grandement reliée aux symptômes du TOC (Holaway, Heimberg & Coles, 2005; Steketee, Frost & Cohen, 1998).

Selon les résultats obtenus par les régressions, le lien entre l'intolérance à l'incertitude et le trait de personnalité évitant n'a pas été confirmé. Cependant, avant d'avoir contrôlé pour les variables sexe, âge et trait d'anxiété, le trait évitant prédisait significativement la tendance à être intolérant à l'incertitude. Il est donc possible que ce type de personnalité possède un trop grand nombre de caractéristiques communes avec le concept d'anxiété, ce qui expliquerait le manque de signifiante après avoir contrôlé pour le trait d'anxiété. Les données des corrélations viennent appuyer cette hypothèse, puisque le trait évitant rapporte les plus fortes corrélations, autant pour la partie A que la partie B de l'III. Une étude de Shea et collaborateurs (Shea et al., 2004) démontre que les personnes ayant un trouble de personnalité évitante ont davantage tendance à développer un trouble anxieux. Ces personnes ont donc davantage de chances de présenter des traits anxieux dans leur personnalité. Une autre hypothèse explicative pourrait être que l'intolérance à l'incertitude n'a pas d'influence sur le trait évitant et inversement, mais qu'ils ont plutôt des sources communes. Une étude de Joyce, McKenzie et Luty (2003) suggère la présence de facteurs de risques au développement d'une personnalité évitante. Leurs résultats démontrent

que plus il y a négligence au niveau parental ou plus le niveau d'abus durant l'enfance est élevé, plus la probabilité d'apparition d'une personnalité évitante augmente. Ces auteurs observent un troisième facteur de risque, qui est la combinaison de la négligence parentale et du niveau d'abus présent durant l'enfance. La négligence parentale est le facteur de risque le plus important des trois selon l'étude de Joyce et collaborateurs (Joyce, McKenzie & Luty, 2003). Il serait intéressant d'examiner si ces facteurs de risques ont aussi une influence sur le niveau d'intolérance à l'incertitude.

Troisièmement, il sera question du lien avec le trait sadique. L'échelle sadique est définie par l'obtention du plaisir et de la satisfaction par l'humiliation ainsi que la violation des droits et des sentiments d'autrui. Selon Kernberg (1975), les personnes ayant ce trait de personnalité déchargent leur agressivité autant sur les autres que sur elles-mêmes et elles ont une organisation de la personnalité dite limite. L'organisation limite comprend plusieurs caractéristiques, dont un manque de tolérance à l'angoisse. Cet auteur définit le manque de tolérance à l'angoisse par la formation de nouveaux symptômes, de conduites inhabituelles ou d'une régression du moi face à toute charge d'angoisse. Cette observation de Kernberg renforce la possibilité d'un lien entre le trait sadique et l'intolérance à l'incertitude, comme les données de cette recherche ont indiqué. Afin de mieux comprendre la nature du lien entre ces deux concepts, il est intéressant d'approfondir davantage la perspective d'organisation limite de la personnalité proposée par Kernberg (1975). Cette organisation serait basée sur une idéalisation primitive, c'est-à-dire une tendance à voir les autres comme étant totalement bons. Cette idéalisation primitive créerait chez l'enfant (et ultérieurement chez l'adulte) des images de personnes irréelles, totalement bonnes et puissantes, ce qui affecterait le développement du surmoi en le rendant très sévère et radical. La personne ayant un surmoi sévère a davantage tendance à être critique envers elle-même ainsi

qu'envers autrui. Il est possible de croire qu'un tel esprit critique tolérerait difficilement l'incertitude et serait davantage porté à rechercher des éléments de réassurance et de fermeture cognitive pour atteindre la figure idéalisée. Ceci serait une bonne piste de recherche à explorer.

Quatrièmement, le lien avec le trouble somatoforme est exploré. Le trouble somatoforme est défini par l'expression des difficultés psychologiques en des maux physiques. Ces personnes ont des périodes de fatigue et de faiblesse et peuvent se plaindre de douleurs indéterminées dans différentes parties du corps. Les résultats de la présente recherche indiquent que les personnes intolérantes à l'incertitude ont tendance à refléter leurs difficultés psychologiques par le biais de sensations physiques. L'échelle somatisation prédit significativement la tendance à avoir peur des incertitudes, mais non ce que la personne fait avec la présence d'incertitude. Selon une étude de Langlois, Ladouceur, Gosselin et Freeston (2004), les pensées intrusives en lien avec les maladies partagent plusieurs caractéristiques avec les pensées obsessionnelles et les inquiétudes, qui sont reliées à l'intolérance à l'incertitude. Les personnes ayant un trouble somatoforme ont davantage tendance à avoir des pensées et des inquiétudes reliées à la maladie physique, puisqu'elles ont un plus grand nombre de maladie et de douleurs que la moyenne des gens. Ces pensées en lien avec la maladie sont davantage de type obsessionnel. De plus, des stratégies d'évitement sont associées aux intrusions cognitives égodistones (c'est-à-dire que la problématique procure une souffrance pour la personne), tandis que des stratégies centrées sur les problèmes sont associées aux intrusions basées sur des réalités et sont égodynamiques (c'est-à-dire que la problématique ne procure pas une souffrance pour la personne). Les pensées obsessionnelles apportent une souffrance à la personne qui les vit et sont donc égodynamiques. Il pourrait donc être possible que les personnes ayant un score élevé à l'échelle somatoforme adopteraient davantage de stratégies d'évitement que des stratégies orientées sur le problème et résoudreiraient donc moins bien les

situations problématiques. Il serait intéressant d'approfondir cette hypothèse et d'étudier le type de stratégie privilégié par les personnes ayant un trouble somatoforme ainsi que leur efficacité. Il serait probable que ces personnes utiliseraient davantage des stratégies d'évitement cognitif. Cette échelle ne prédisait pas significativement les manifestations cognitives et comportementales de l'intolérance à l'incertitude, et une des hypothèse de ce résultat est que cette échelle pourrait être spécifiquement reliée à certaines manifestations et non à l'ensemble de ces manifestations. De plus, les individus intolérants à l'incertitude sont plus tendus, indécis, agités et ont davantage d'inconforts physiques. Ils auraient beaucoup de préoccupations et appréhenderaient davantage les problèmes, ce qui rejoint la partie A de l'III. Une étude de Carleton, Sharpe et Asmundson (2007) indique que l'intolérance à l'incertitude est grandement reliée à l'anxiété, mais que ces deux concepts demeurent indépendants. Il n'est donc pas étonnant de retrouver un lien entre les caractéristiques de l'anxiété et celles de l'intolérance à l'incertitude.

Cinquièmement, le lien avec le trouble de dépression majeure pourrait être mieux compris par la différence dans la nature des symptômes dépressifs et anxieux. L'échelle de dépression majeure fait référence aux individus qui ont plusieurs symptômes dépressifs, qui ont perdu espoir face au futur, qui ont des idéations suicidaires et qui développent une forme de résignation désespérée. Ils n'éprouvent plus de plaisir, sont constamment dans la souffrance et sont pessimistes. Les résultats de cette recherche proposent que les personnes intolérantes à l'incertitude démontrent moins de ces symptômes dépressifs. Ces résultats vont à l'encontre de l'étude de Dupuy et Ladouceur (2008), qui indique que les personnes ayant un diagnostic comorbide de TAG et de dépression majeure ont un niveau plus élevé d'intolérance à l'incertitude. Cependant, les résultats de Dupuy et Ladouceur (2008) ne précisent pas la relation entre l'intolérance à l'incertitude et la dépression majeure sans comorbidité. Il est donc possible

qu'un plus haut niveau d'intolérance à l'incertitude soit relié à une interaction entre le TAG et la dépression. À ce sujet, une étude de Demers et Gosselin (2008) montre que la tendance à douter, à éviter et à s'inquiéter en situations incertaines seraient des manifestations d'intolérance à l'incertitude davantage présentes lorsqu'il y a à la fois présence d'un TAG et d'une dépression majeure comparativement à la présence d'un seul de ces diagnostics. Lors de la présence de comorbidité, il est possible de penser que les caractéristiques du TAG entraîneraient la dépression et qu'elle n'aurait pas les mêmes caractéristiques que lorsqu'elle est présente seule. Il est intéressant de noter que l'intolérance à l'incertitude est axée sur des préoccupations en lien avec le futur, tandis que les ruminations dépressives sont axées davantage sur le passé. Il est donc possible que les gens intolérants à l'incertitude aient davantage des cognitions orientées vers le futur, ce qui laisserait peu de place aux ruminations dépressives, sauf en présence d'une dépression majeure. De plus, il est à noter que les participants de cette présente recherche ne proviennent pas d'une population clinique, comme c'est le cas pour l'étude de Dupuy et Ladouceur de même que celle de Demers et Gosselin. Les individus dans l'échantillon de cette recherche avaient donc beaucoup moins de symptômes en lien avec l'échelle de dépression majeure.

Sixièmement, l'échelle d'anxiété prédit significativement les manifestations cognitives et comportementales de l'intolérance à l'incertitude. Ce résultat peut être expliqué par le fait que les personnes qui ont un haut niveau d'anxiété ont davantage tendance à utiliser des stratégies d'évitement, ce qui fait appel à la partie B de l'III. Cette échelle mesurerait donc davantage ce que les personnes font avec leurs peurs face aux incertitudes de la vie que la tendance à avoir peur.

## Résultats exploratoires

Les résultats provenant des questions exploratoires démontrent qu'un peu moins de la moitié des participants se considère intolérante à l'incertitude. Ce résultat est élevé et pourrait indiquer qu'il y a présence de troubles anxieux dans l'échantillon, sans qu'il n'y ait eu de correction pour cet effet. Cependant, il se peut aussi que l'intolérance à l'incertitude soit présente sans qu'il n'y ait pour autant l'existence d'un trouble anxieux chez une personne. Ces résultats apportent donc l'hypothèse que ce construit n'est pas nécessairement pathologique. Ceci pourrait faire l'objet de recherches futures. Les résultats aux différentes questions sont examinés afin d'apporter des indications préliminaires quant au développement, à l'évolution et à l'incidence familiale de l'intolérance à l'incertitude. Parmi les participants se percevant intolérants à l'incertitude, le tiers reconnaît avoir une difficulté avec les situations incertaines depuis au moins dix ans et environ le cinquième depuis neuf ans et moins. Ces résultats soutiennent en partie l'hypothèse de Dugas, Burh et Ladouceur (2004), proposant que l'intolérance à l'incertitude prenne racine dès l'enfance. Toutefois, seulement 22 participants (26,2 %) perçoivent être intolérants à l'incertitude depuis l'enfance ou depuis toujours, ce qui représente moins de la moitié des participants. Il est à noter que 22 de ces participants (26,2 %) n'ont pas répondu à cette question. Selon les résultats obtenus, il semblerait que l'intolérance à l'incertitude puisse être présente dès l'enfance pour certains individus, tandis que pour d'autres elle pourrait se développer plus tard dans le développement de la personne. Ceci vient appuyer l'étude de Gosselin et Martin (2008), qui indique que l'intolérance à l'incertitude est aussi présente chez les enfants de 8 à 12 ans et semble associée au niveau d'inquiétude de ce groupe d'âge.

Pour le développement de l'intolérance à l'incertitude, environ le tiers des participants se percevant intolérants à l'incertitude rapporte que leur intolérance est apparue suite à un



événement (ex., les études, la maladie ou la mort d'un être proche, l'arrivée et l'augmentation des responsabilités), comparativement aux deux tiers qui l'attribuent à des caractéristiques stables (ex., un manque d'estime ou de confiance en eux, un trait anxieux, un trait perfectionniste). Des études antérieures proposent la présence d'un lien entre le TAG et la présence d'événements de vie négatifs. Effectivement, Nisita, Petracca et Akiskal (1990) rapportent qu'une grande proportion d'individus ayant développé un TAG associait le début de leur problématique à un événement de vie. Blazer, Hughes et George (1987) indiquent que la présence d'un ou de plusieurs événements négatifs importants et survenus de façon inattendue au cours d'une vie est associée à un plus grand risque de développer un TAG. De plus, Newman et Bland (1994) observent que les personnes ayant un TAG rapportent avoir vécu plusieurs événements traumatisants. L'intolérance à l'incertitude étant grandement reliée au TAG, il est possible de comprendre les résultats de cette présente recherche indiquant que certains participants associent le début de leur intolérance à l'incertitude à un événement de vie. Pour les participants ayant associé leur intolérance à l'incertitude à des caractéristiques stables déjà existantes en eux, ils viennent appuyer l'hypothèse que l'intolérance à l'incertitude est reliée à certaines caractéristiques de la personnalité. Effectivement, la personnalité est caractérisée par sa stabilité et sa durabilité dans le temps. Donc, peu importe le moment d'apparition de l'intolérance à l'incertitude, les caractéristiques qui pourraient être prédisposantes seraient présentes chez l'individu. D'après ces résultats, il est possible de suggérer que l'intolérance à l'incertitude est un schème cognitif de base qui peut soit se développer tôt dans la vie ou encore à la suite d'un événement. Dans le premier cas où ce schème cognitif se développerait en bas âge, il serait alors associé au développement de la personnalité. Pour ceux chez qui ce schème cognitif se développe à la suite d'un événement de vie, il est possible que des caractéristiques de la personnalité

associées à l'intolérance à l'incertitude aient créé une vulnérabilité à être plus intolérants et qu'un événement difficile devienne le déclencheur.

L'évolution de l'intolérance à l'incertitude dans le temps a aussi été étudiée. Selon les données recueillies, la moitié des individus considère que leur intolérance à l'incertitude est restée relativement stable dans le temps, tandis que l'autre moitié considère qu'elle a changé et ce, peu importe le moment d'apparition de cette problématique. Pour les individus ayant noté une stabilité dans leur niveau d'intolérance à l'incertitude, il est fort possible qu'une caractéristique de la personnalité y soit associée, comme mentionné précédemment. Parmi les participants ayant remarqué un changement dans le temps au niveau de leur intolérance à l'incertitude, un peu plus du tiers a constaté une augmentation, comparativement à la moitié ayant indiqué une diminution. Il est donc possible qu'un trait de personnalité rende un individu plus vulnérable à développer une intolérance face aux incertitudes de la vie, ce qui expliquerait que cette intolérance puisse augmenter avec le temps. Il est aussi possible que la personne développe des moyens pour contrôler cette intolérance, ce qui expliquerait le résultat d'une diminution chez certains individus. Il serait intéressant d'élaborer davantage sur le sujet et d'étudier comment l'intolérance à l'incertitude a pu diminuer chez certaines personnes. Plusieurs questions peuvent être posées. Par exemple, est-ce que ces personnes ont suivi des thérapies? Se sont-elles trouvées des moyens à force d'être exposées aux événements de vie?

Par la suite, un peu plus des deux tiers des participants se percevant intolérants à l'incertitude prétendent qu'au moins une autre personne de leur famille immédiate éprouve cette même difficulté. La mère est la personne la plus souvent nommée (presque les trois quarts du temps) et est mentionnée en premier dans la presque totalité des cas. Environ le tiers des participants

indique leur père, un peu plus du quart inscrit une sœur et peu d'entre eux mentionnent un frère. Parmi tous les étudiants se percevant intolérants à l'incertitude (incluant les participants n'ayant noté aucun membre de leur famille immédiate), environ la moitié d'entre eux indique que leur mère a la même problématique. Plus des deux tiers notent que cette intolérance se retrouve chez au moins un des deux parents. Ces résultats suggèrent que le niveau d'intolérance à l'incertitude chez les enfants pourrait être relié à celui d'un parent et dans la plupart des cas à celui de la mère. Ceci vient appuyer l'idée que le niveau d'intolérance à l'incertitude des mères semble associé au niveau d'intolérance de leur enfant (Bouchard et al., 2006). Cette hypothèse peut être expliquée par différents facteurs. Il est possible qu'une composante génétique joue un rôle dans la transmission de l'intolérance à l'incertitude. Une autre explication pourrait provenir de l'apprentissage provenant du modelage chez l'enfant. Effectivement, une étude de Silverman, Cerny, Nelles et Burke (1988) propose que l'exposition à un parent anxieux donnerait un modèle d'appréhension et de crainte à l'enfant et le prédisposerait donc au développement de l'anxiété. Il se peut aussi que l'environnement familial en bas âge joue un rôle important. Une étude de Angst et Vollrath (1991) rapporte que les individus ayant un TAG avaient eu davantage de problèmes familiaux tels que des conflits avec les parents, des conflits entre les parents, un manque d'attention des parents et un faible prestige de la famille. De plus, la présence d'abus verbaux, physiques ou sexuels à l'enfance ou à l'adolescence est associée à un plus grand niveau de TAG (Flisher, Kramer, Hoven & Greenwald, 1997; Mancini, Van Ameringen & Macmillan, 1995). Enfin, Gosselin et Viscogliosi (2008) suggèrent que certains comportements parentaux perçus à l'enfance, comme la surprotection et le rejet, seraient associés à la présence d'intolérance à l'incertitude. Il serait intéressant d'approfondir ces données en vérifiant si une composante de transmission intergénérationnelle est présente, et si tel est le cas, de quelle façon elle intervient.

## Implications cliniques des résultats

Bien qu'il faille être prudent avant de tirer trop hâtivement des implications cliniques suite aux résultats de cette étude préliminaire, certaines pistes de réflexion sur le sujet peuvent être avancées afin de supporter la pertinence des résultats obtenus, mais surtout pour démontrer l'utilité de réaliser d'autres études sur le sujet qui confirmeront et compléteront les résultats de cette thèse. Les résultats en lien avec les hypothèses démontrent des liens significatifs entre l'intolérance à l'incertitude et certains traits de personnalité, ce qui peut suggérer que les personnes intolérantes aux incertitudes de la vie partagent des caractéristiques communes. En d'autres termes, un individu possédant certains traits de personnalité pourrait avoir davantage tendance à devenir intolérant aux incertitudes ou, inversement, un individu intolérant à l'incertitude pourrait avoir davantage tendance à consolider certains traits de personnalité. Selon l'étude de Trull et Sher (1994), des patrons de personnalité obtenus par le modèle des cinq facteurs pourraient même aider aux diagnostics des troubles de l'axe I du modèle psychopathologique. Les troubles de l'axe I sont d'une grande importance, puisque habituellement, l'élément déclencheur de la consultation d'une personne se retrouve parmi les syndromes cliniques. Ces données pourraient aider les cliniciens qui n'ont pas accès à des tests psychométriques à repérer plus rapidement certaines problématiques chez les gens et agir en conséquence. Elles pourraient aussi aider à identifier la présence du TAG lorsqu'il y a présence de comorbidité. De plus, en connaissant les traits qui sont plus spécifiques aux personnes intolérantes à l'incertitude, les intervenants pourraient intervenir plus adéquatement et efficacement. Effectivement, les stratégies thérapeutiques utilisées pourraient être différentes pour un individu dépendant que pour une personne évitante par exemple.

L'étude de Neuberg et Newsom (1993) vient appuyer l'idée de la présente recherche en indiquant la présence de traits caractéristiques chez les individus intolérants à l'incertitude. Cette étude suggère que les gens ayant un grand besoin de structure auront plus de difficultés à tolérer les situations incertaines. Effectivement, les résultats indiquent la présence de différences individuelles dans le besoin de structure. La préférence à recourir à une structure simple interfère dans l'organisation de l'information; les informations sont organisées de façon moins complexe que la moyenne des gens, elles ont un ordre stéréotypé et les idées sont davantage homogènes. Il est intéressant de noter que l'intolérance à l'incertitude interfère aussi dans le traitement de l'information en provoquant des erreurs de perception et des difficultés de résolution de problèmes (Dugas et al., 2004, Freeston et al., 1994). Il est donc de mise que les cliniciens soient sensibilisés à cette problématique chez cette clientèle et qu'ils adaptent leur pratique en conséquence. Ils doivent donc s'assurer que leurs interventions soient claires et concises. Par ailleurs, il est possible que l'intolérance à l'incertitude soit, comme le stipule Carleton et al. (2007), une des peurs les plus fondamentales se développant tôt et qui influence le développement des traits de la personnalité. Si tel est le cas, il pourrait être bénéfique de repérer, dès l'enfance, ceux qui démontrent une intolérance à ce niveau et d'intervenir avant que la personnalité en soit affectée. Par exemple, il pourrait être favorable d'exposer régulièrement l'enfant à de nouvelles expériences (jeux créatifs, exposition à différents milieux, activités parascolaires, etc.), ce qui par le fait même l'exposerait aux incertitudes et donc favoriserait l'habitation à ce type de situation.

D'après les résultats exploratoires, environ les deux tiers des participants se percevant intolérants à l'incertitude mentionnent qu'au moins un autre membre de leur famille immédiate rencontre la même problématique. Parmi ces participants, la majorité a mentionné leur mère. Il

serait donc pertinent que des interventions soient effectuées chez les mères, puisque les jeunes enfants apprennent beaucoup par imitation. Donc, si les mères ont appris à gérer leur intolérance, elles risquent moins de la transmettre à leurs enfants. De plus, elles seraient outillées pour aider leurs enfants si ceux-ci viennent à développer une intolérance à l'incertitude. Des interventions pourraient aussi être bénéfiques auprès des enfants afin d'identifier par quel mécanisme principal l'intolérance à l'incertitude pourrait se transmettre du parent à l'enfant. Par la suite, le parent pourrait être impliqué dans les interventions afin de lui montrer le mode de transmission de son intolérance à l'incertitude et de trouver une façon plus adaptée d'interagir avec son enfant.

#### Limites et forces de l'étude

##### *Limites de l'étude*

Premièrement, un biais d'échantillonnage pourrait être présent. Cette étude a été réalisée auprès d'étudiants de l'Université de Sherbrooke. Les participants recrutés forment donc une population étudiante, dont l'âge est similaire. Les résultats ne peuvent être généralisés à différents groupes d'âge. Par ailleurs, plusieurs programmes d'étude ont été sollicités, mais environ la moitié des participants provient du département de psychologie. Il est donc possible que cette recherche comporte un biais d'échantillonnage, bien que des analyses préliminaires ayant comparé les étudiants en psychologie aux autres étudiants n'aient pas démontré de différence. De plus, une différence significative a été observée au niveau de la différence entre les hommes et les femmes. Lors des régressions, le sexe a été introduit comme prédicteur dans une première étape afin de contrôler son effet. Cependant, les corrélations préliminaires ne tiennent pas compte de cette différence. Il serait intéressant de vérifier ces résultats auprès d'une population plus élargie et avec un plus grand échantillon.

Une deuxième limite de cette étude se situe au niveau de l'expérimentation. Deux méthodes ont été utilisées auprès des participants : remplir les questionnaires directement en classe après le cours ou les remplir à l'extérieur et les rapporter par la suite. Il est possible qu'un biais dans les données ait été causé par l'utilisation des deux modalités de recrutement, puisqu'aucun contrôle n'a été effectué pour comparer les résultats des participants ayant répondu à l'extérieur des classes versus ceux qui ont répondu en classe. Il est cependant possible que ceux qui ont accepté de répondre à l'extérieur des classes aient des caractéristiques différentes et ait été plus interpellés par le sujet de l'étude. Cette procédure a peut-être permis d'avoir davantage de diversité au niveau de l'intolérance (plus de personnes intolérantes) que si l'échantillonnage n'avait été uniquement fait par les passations dans les classes. Cependant, les résultats ne tiennent pas compte des différentes modalités de passation. Il aurait été intéressant de vérifier s'il y a présence de différences significatives entre les résultats ayant été obtenus en classe versus ceux ayant été obtenus à l'extérieur des classes. Ces analyses n'ont pas pu être réalisées, puisque le protocole de base de cette recherche ne prévoyait qu'une seule méthode de passation et aucun moyen d'identifier les différents questionnaires n'a donc été mis sur pied.

En troisième lieu, il est important de mentionner que les questionnaires utilisés pour cette étude sont des questionnaires autorapportés. Ce type de questionnaire peut apporter des données intéressantes, mais il fait appel à la mémoire de chaque participant. Il peut donc entraîner un biais dû à des difficultés de rappel ou de jugement comparativement à une méthode par observation par exemple.

Quatrièmement, une limite peut être reliée aux analyses effectuées. Face aux résultats obtenus dans cette étude, plusieurs analyses ont été effectuées, sans toutefois avoir contrôlé pour l'alpha.

Cependant, il est important de rappeler que cette étude se veut en premier lieu exploratoire. De plus, il est à noter que la plupart des résultats seraient demeurés significatifs même après avoir appliqué une correction pour l'alpha.

Le protocole expérimental utilisé ne permet pas de conclure quant au sens et à la nature de la relation entre les variables étudiées. Cependant, selon les résultats obtenus aux questions exploratoires, l'intolérance à l'incertitude semble se développer à différents moments et pour différentes raisons selon les individus. Il est donc plausible que la personnalité ait un rôle à jouer dans le développement de cette intolérance aux incertitudes de la vie. D'autres études sont toutefois nécessaires afin de préciser les résultats obtenus.

#### *Forces de l'étude*

Cette étude utilise des questionnaires bien validés et fortement utilisés. Ceci permet, entre autres, de s'assurer de la validité des résultats et de comparer plus facilement les résultats de cette étude aux autres études. De plus, un contrebalancement des questionnaires a été effectué afin de contrôler pour l'effet de la fatigue et la variance attribuable à l'ordre des questionnaires. D'autre part, cette recherche détient une puissance statistique élevée pour une étude corrélacionnelle vu le nombre élevé de participants. Cette puissance élevée a permis de réaliser plusieurs analyses tout en s'assurant d'une bonne validité.

Cette recherche est la première qui questionne ouvertement les gens sur leur intolérance à l'incertitude. Ceci a l'avantage d'apporter une multitude d'informations qui n'aurait pas été disponible autrement et qui permet d'évaluer le construit en entier. De plus, ces informations permettent d'obtenir une vision plus développementale du construit d'intolérance à l'incertitude



que les autres études qui analysent ce concept en lien avec les troubles anxieux. De plus, cette étude utilise deux modèles de la personnalité, ce qui permet d'élargir la compréhension de l'intolérance à l'incertitude aux traits de personnalité non cliniques. Les résultats de cette recherche permettent d'ajouter une mesure de validation de l'*III*, puisque les résultats des participants se percevant intolérants à l'incertitude sont significativement plus élevés pour la partie A et B de l'*III*.

*Conclusion*

Suite aux hypothèses de cette thèse, les résultats ont permis de constater l'existence d'un lien significatif positif entre l'intolérance à l'incertitude et le névrosisme du modèle des cinq facteurs de McCrae et Costa (1996) ainsi qu'un lien significatif négatif entre l'intolérance à l'incertitude et l'ouverture. De plus, les traits conscience et ouverture permettent de prédire significativement l'intolérance à l'incertitude après avoir contrôlé pour l'effet de variables socio-démographiques et du trait d'anxiété. Par la suite, les résultats démontrent des liens significatifs positifs entre l'intolérance à l'incertitude et les traits de personnalité évitant, dépendant et compulsif du *DSM-IV-TR* (APA,2003). De plus, les traits dépendant et compulsif permettent de prédire significativement l'intolérance à l'incertitude après avoir contrôlé pour l'effet des mêmes variables. Ces données permettent de mieux cerner l'apport de chaque trait de personnalité en ayant contrôlé pour l'anxiété, qui est très proche du concept d'intolérance à l'incertitude.

Les résultats aux questions exploratoires apportent des indications intéressantes. Parmi les participants de l'étude, un peu moins de la moitié (42,9 %) se perçoit intolérants à l'incertitude. Environ le tiers de ces participants a indiqué avoir une difficulté avec les situations incertaines depuis au moins dix ans et environ le cinquième depuis neuf ans et moins. À peu près le tiers d'entre eux perçoit que leur intolérance à l'incertitude est apparue suite à un événement. La moitié des individus considère que leur intolérance est restée relativement stable dans le temps, tandis que l'autre moitié considère qu'elle a changé à travers les années. Parmi les participants ayant remarqué un changement, un peu plus du tiers a constaté une augmentation et la moitié a constaté une diminution. Un peu plus des deux tiers prétendent qu'au moins une autre personne de leur famille immédiate est intolérante à l'incertitude.

À la lueur de ces résultats, il serait intéressant d'approfondir les connaissances sur ce domaine afin d'apporter des traitements plus appropriés et des pistes de prévention.

#### Pistes de recherches futures

Il serait pertinent d'étudier les effets sur l'intolérance à l'incertitude d'un changement au niveau de traits de personnalité ciblés par cette étude. Par exemple, vérifier si une augmentation du facteur d'ouverture ou une diminution des traits dépendants a un impact sur le niveau d'intolérance à l'incertitude. Inversement, il serait intéressant de voir s'il y a présence d'un effet sur les traits de personnalité lorsqu'un changement au niveau de l'intolérance à l'incertitude est effectué. Ceci permettrait de mieux définir le lien entre ces variables.

D'autre part, il serait important d'effectuer des études plus approfondies sur l'apparition, le développement et l'évolution de l'intolérance à l'incertitude. Effectivement, il pourrait être intéressant de vérifier si, par exemple, une intervention axée sur l'intolérance à l'incertitude auprès des mères de jeunes enfants a un impact sur le niveau d'intolérance à l'incertitude de leur enfant. Au niveau du développement, environ le tiers des participants qui se disent intolérants à l'incertitude mentionne que cette problématique est apparue suite à un événement. Ces personnes avaient-elles des prédispositions à développer une telle problématique? Certains événements sont-ils plus propices au développement de l'intolérance à l'incertitude? De plus, les résultats de la présente recherche démontrent qu'environ la moitié des participants se percevant intolérants à l'incertitude a perçu un changement à ce niveau dans le temps. Environ la moitié de ceux-ci prétendent avoir observé une diminution. Cependant, il n'est pas mentionné par quels moyens ils ont réussi à diminuer leur intolérance, si ces personnes partagent des caractéristiques communes

et exclusives, etc. Ces informations pourraient apporter un éclairage pour le traitement d'une telle problématique.

Une piste de recherche en lien avec l'apparition de l'intolérance à l'incertitude est celle de facteurs prédisposants. Une étude de Joyce et collaborateurs (Joyce, McKenzi & Luty, 2003) suggère qu'un facteur de risque grandement relié à la personnalité évitante est la négligence parentale. Puisque la personnalité évitante est positivement corrélée à l'intolérance à l'incertitude, il serait intéressant d'examiner si ce facteur de risque est aussi en lien avec le développement de l'intolérance à l'incertitude. Plusieurs questions émergent de ce constat. Est-ce que la présence de négligence parentale pourrait mener au développement de l'intolérance à l'incertitude? Est-ce que la négligence parentale a un impact sur le niveau d'ouverture de l'enfant? La négligence parentale augmente-t-elle le niveau d'inquiétude des enfants? Il serait de mise d'explorer davantage cette avenue.

Une autre piste de recherche intéressante est le lien entre l'intolérance à l'incertitude et les symptômes de dépression majeure, puisque les résultats obtenus dans cette recherche sont contradictoires avec ceux de Dupuy et Ladouceur (2008) comme mentionné plus haut. Un des symptômes de la dépression majeure est la fatigue ou la perte d'énergie presque tous les jours. Une hypothèse des résultats obtenus pourrait être que cette perte d'énergie occasionnée par la dépression majeure est si importante qu'elle occasionne une diminution de l'intolérance, comme c'est le cas pour les fonctions cognitives.

Afin d'amener des pistes de prévention de l'intolérance à l'incertitude et des manifestations associées à celle-ci, il est pertinent d'approfondir le lien trouvé entre l'intolérance à l'incertitude

et le trait d'ouverture du *NEO-FFI*. Effectivement, la présence d'une tendance à l'ouverture en bas âge pourrait amener les personnes à s'exposer davantage à de nouvelles expériences internes et externes et ainsi percevoir les incertitudes de la vie courante et le futur plus positivement. Ces personnes seraient donc davantage habituées aux nouvelles expériences et auraient un moins grand besoin de prévisibilité. Comment peut-on inciter le développement de l'ouverture? Quels impacts le développement de ce trait aurait-il? Les réponses à ces questions pourraient aider l'avancement de la prévention de l'intolérance à l'incertitude.

## *Références*

- American Psychiatric Association. (2003). *Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux*, (Guelfi, J.D. et al., trad.), (4<sup>e</sup> éd., texte révisé). Masson, Paris; APA.
- Angst, J. & Vollrath, M. (1991). The natural history of anxiety disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 84, 446-452.
- Bagby, R. M., Costa, P. T., Widiger, T. A., Ryder, A. G. & Marshall, M. (2005). DSM-IV Personality Disorders and the Five-Factor Model of Personality: A Multi-Method Examination of Domain-and Facet-Level Predictions. *European Journal of Personality*, 19, 307-324.
- Baillargeon, A., Morin, K., Routhier, S., Hébert, R. & Gosselin, P. (2008, avril). Perfectionnisme dysfonctionnel, responsabilité excessive, intolérance à l'incertitude et indécision: rôle distinctif aux niveaux des obsessions et des compulsions. Communication présentée au colloque annuel du Département de psychologie de l'Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Québec.
- Berenbaum, H., Bredemeier, K. & Thompson, R. J., (2008). Intolerance of uncertainty : Exploring its dimensionality and associations with need for cognitive closure, psychopathology, and personality. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 117-125.
- Bienvenu, O. J., Murray, B. & Stein, M. B. (2003). Personality and anxiety disorders : a review. *Journal of Personality Disorders*, 17, 139-151.
- Bienvenu, O. J., Nestadt, G., Samuel, J. F., Costa, P. T., Howard, W. T. & Eaton, W. W. (2001) Phobic, panic, and major depressive disorders and the five-factor model of personality. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 189, 154-161.
- Bienvenu, O. J., Samuels, J. F., Costa, P. T., Reti, I. M., Eaton, W. W. & Nestadt, G. (2004). Anxiety and depressive disorders and the five-factor model of personality: a higher-and lower-order personality trait investigation in a community sample. *Depression and Anxiety*, 20, 92-97.
- Blazer, D. C., Hughes, D. & George, L. K. (1987). Stressfull life events and the onset of a generalized anxiety syndrome. *American Journal of Psychiatry*, 144, 1178-1183.
- Borkovec, T. & Rachman, S. (1978). The utility of analogue research. *Analogue Research*, 253-261.
- Bouchard, J., Thériault, J., Tremblay-Picard, M., Blouin, S. & Gosselin, P. (2006, avril). Intolérance à l'incertitude et inquietudes: lien entre le niveau des mères et celui des adolescents dans une population non clinique. Communication présentée au Colloque annuel de Département de psychologie de l'Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Québec.
- Bruin, G. O., Rassin, E. & Muris, P. (2006). Worrying in the Lab: Does Intolerance of Uncertainty Have Predictive Value? *Behaviour Change*, 23, 138-147.
- Budner, S. (1962). Intolerance of ambiguity as a personality variable. *Journal of personality*, 30, 29-50.



- Carleton, R. N., Norton, P. J. & Asmundson, G. J. G. (2007). Fearing the unknown : A short version of the Intolerance of Uncertainty Scale. *Journal of Anxiety Disorders, 21*, 105-117.
- Carleton, R. N., Sharpe, D. & Asmundson, G. J. G. (2007). Anxiety sensitivity and intolerance of uncertainty: Requisites of the fundamental fears? *Behaviour Research and Therapy, 45*, 2307-2316.
- Costa, P. T. & McCrae, R. R. (1992). *NEO-PI/NEO-FFI Professional Manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Demers, C. & Gosselin, P. (2008, mars). Intolérance à l'incertitude auprès de gens présentant à la fois les symptômes du Trouble d'anxiété généralisée et ceux de la Dépression majeure. Communication présentée au congrès annuel de la Société Québécoise pour la Recherche en Psychologie, Trois-Rivières, Québec.
- Dugas, M. J., Burh, K. & Ladouceur, R. (2004). The Role of Intolerance of Uncertainty in Etiology and Maintenance. Dans R. H. Heimberg, C. L. Turk & D.S. Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* (pp. 143-163). New York: The Guilford Press.
- Dugas, M. J., Freeston, M. H. & Ladouceur, R. (1997). Intolerance of Uncertainty and Problem Orientation in Worry. *Cognitive Therapy and Research, 21*, 593-606.
- Dugas, M. J., Gagnon, F., Ladouceur, R. & Freeston, M. H. (1998). Generalized anxiety disorder : a preliminary test of a conceptual model. *Behaviour Research an Therapy, 36*, 215-226.
- Dugas, M. J., Gosselin, P. & Ladouceur, R. (2001). Intolerance of Uncertainty and Worry: Investigating Specificity in a Nonclinical Sample. *Cognitive Therapy and Research, 25*, 551-558.
- Dugas, M. J. & Ladouceur, R. (2000). Treatment of GAD; Targeting Intolerance of Uncertainty in Two Types of Worry. *Behavior Modification, 24*, 635-657.
- Dupuy, J. B. & Ladouceur, R. (2008). Cognitive processes of generalized anxiety disorder in comorbid generalized anxiety disorder and major depressive disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 22*, 505-514.
- Flisher, A. J., Kramer, R. A., Hoven, C. W. & Greenwald, S. (1997). Psychosocial characteristics of physically abused children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 36*, 123-131.
- Freeston, M. H., Rhéaume, J., Letarte, H., Dugas, M. J. & Ladouceur, R. (1994). Why do people worry? *Personality and Individual Differences, 17*, 791-802.
- Frenkel-Brunswick, E. (1948). Intolerance of ambiguity as an emotional and perceptual personality variable. *Journal of Personality, 18*, 108-123.

- Garyfallos, G., Adamopoulou, A., Darastergiou, A., Voikli, M., Milis, V., Donias, S., Giouzeapas, J. & Parashos, A. (1999). Psychiatric Comorbidity in Greek Patients with Generalized Anxiety Disorder. *Psychopathology*, 32, 308-318.
- Gauthier, J. & Bouchard, S. (1993). Adaptation canadienne-française de la forme révisée du State-Trait Anxiety Inventory de Spielberger. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 25, 559.
- Gosselin, P. (2006). Le Trouble d'anxiété généralisée. Dans O. Fontaine & P. Fontaine (Eds.), *Manuel pratique de thérapie cognitivo-comportementale* (pp.301-344). France : Editions Retz.
- Gosselin, P. & Dugas, M. J. (2000). Experimental manipulation of intolerance of uncertainty: A study of theoretical model of worry. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 933-941.
- Gosselin, P., Dugas, M. J. & Ladouceur, R. (2002). Inquiétude et résolution de problèmes sociaux : le rôle de l'attitude négative face au problème. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 12, 49-58.
- Gosselin, P., Dugas, M. J., Ladouceur, R. & Freeston, M. H. (2001). Évaluation des inquiétudes: validation d'une traduction française du Penn State Worry Questionnaire. *L'Encéphale*, 27, 475-484.
- Gosselin, P. & Laberge, B. (2003). Les facteurs étiologiques du trouble d'anxiété généralisée : état actuel des connaissances sur les facteurs psycho-sociaux. *L'Encéphale*, 29, 351-361.
- Gosselin, P., Ladouceur, R., Evers, A., Laverdière, A., Routhier, S. & Tremblay-Picard, M. (2008). Evaluation of intolerance of uncertainty : Development and validation of a new self-report measure, *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 1427-1439.
- Gosselin, P. & Martin, A. (2008). *Why do children worry? A preliminary investigation of cognitive mechanisms related to their tendency to worry*. Manuscrit soumis pour publication.
- Gosselin, P. & Viscogliosi, C. (2008, novembre). Parental rearing behaviors and cognitive mechanisms related to GAD: A preliminary study using retrospective reports. Communication présentée au congrès annuel de l'Association for Behavioral and Cognitive Therapies, Orlando, USA.
- Grant, B. F., Hasin, D. S., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Chou, S. P., Ruan, W. J. & Huang, B. (2005). Co-occurrence of 12-month mood and anxiety disorders and personality disorders in the US : results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Journal of Psychiatric Research*, 39, 1-9.
- Grenier, S., Barrette, A. M. & Ladouceur, R. (2005). Intolerance of Uncertainty and Intolerance of Ambiguity: Similarities and differences. *Personality and Individual Differences*, 39, 593-600.

- Grenier, S. & Ladouceur, R. (2004). Manipulation de l'intolérance à l'incertitude et inquiétudes. *Revue canadienne des sciences du comportement*, 36, 56-65.
- Holaway, R. M., Heimberg, R. G. & Coles, M. E. (2005). A comparison of intolerance of uncertainty in analogue obsessive-compulsive disorder and generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 20, 158-174.
- Joyce, P. R., McKenzie, J. M. & Luty, S. E. (2003). Temperament, childhood environment and psychopathology as risk factors for avoidant and borderline personality disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37, 756-764.
- Kernberg, O. F. (1975). *Borderline conditions and pathological narcissism*. New York : Jason Aronson.
- Krohne, H. W. (1989). The concept of coping modes: relating cognitive person variables to actual coping behavior. *Advances in Behaviour Research & Therapy*, 11, 235-248.
- Lachance, S., Ladouceur, R. & Dugas, M. J. (1999). Éléments d'explication de la tendance à s'inquiéter. *Applied Psychology : An intertational review*, 48, 187-196.
- Ladouceur, R., Dugas, M. J., Freeston, M. H., Rhéaume, J., Blais, F., Boisvert, J-M., Gagnon, F. & Thibodeau, N. (1999). Specificity of Generalized Anxiety Disorder Symptoms and Process. *Behavior Therapy*, 30, 191-207.
- Ladouceur, R., Gosselin, P. & Dugas, M. J. (2000). Experimental manipulation of intolerance of uncertainty: a study of a theoretical model of worry. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 933-941.
- Ladouceur, R., Talbot, F. & Dugas, M. J. (1997). Behavioral Expressions of Intolerance of Uncertainty in Worry. *Behavior Modification*, 21, 355-371.
- Langlois, F., Ladouceur, R., Gosselin, P. & Freeston, M. H. (2004). Characteristics of illness intrusions in a non-clinical sample. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 683-696.
- Laugesen, N., Dugas, M. J. & Bukowski, W. M. (2003). Understanding Adolescent Worry: The Application of a Cognitive Model. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 31, 55-64.
- Maack, D. J., Deacon, B. J. & Abromowitz, J. S. (2005). Intolerance of Uncertainty and the Anxiety Disorders: Questioning the Construct Validity of the Intolerance of Uncertainty Scale. Communication présentée à la ABCT convention, Washington, D.C.
- Mancini, C., Van Ameringen, M. & Macmillan, H. (1995). Relationship of childhood sexual and physical abuse to anxiety disorders. *Journal of the Nervous and Mental Disease*, 183, 309-314.

- Matassa, C., Dupuy, E., Bélanger, E., Senécal, J., Brassard, A. & Gosselin, P. (2008, mars). Attachement amoureux et anxiété généralisée chez les jeunes adultes. Communication présentée au congrès annuel de la Société Québécoise pour la Recherche en Psychologie, Trois-Rivières, Québec.
- Mavissakalian, M. R., Hamann, M. S., Haidar, S. A. & Groot, C. M. (1995). Correlates of DSM-III Personality disorder in Generalized Anxiety Disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 9, 103-115.
- McCrae, R. R. & Costa, P. T., Jr (1990). *Personality in adulthood*. New York: Guilford.
- McCrae, R. R. & Costa, P. T., Jr (1996). Toward a New Generation of Personality Theories: Theoretical Contexts for the Five-Factor Model. Dans Wiggins, J. S. (Cd), *The five-factor model of personality: theoretical perspectives* (^^. 51-87). Guilford, New York.
- McCrae, R. R. & Costa, P. T., Jr (2006). Perspectives de la théorie des cinq facteurs (TCF): traits et cultures. *Psychologie française*, 51, 227-244.
- McCrae, R. R. & John, O. P. (1992). An Introduction to the Five-Factor Model and Its Applications. *Journal of Personality*, 60, 175-215.
- Millon, T. Millon, C. & Davis, R. (1994). *Manuel for the MCMI-III*. Minneapolis: National Computer Systems.
- Millon, T., Millon, C., Davis, R. & Grossman, S. (2006). *MCMI-III Manual, Millon clinical multi-axial inventory-III*.
- Neuberg, S. L. & Newsom, J. T. (1993). Personal Need for Structure: Individual Differences in the Desire for Simple Structure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 113-131.
- Newman, S. C. & Bland, R. C. (1994). Life events and the 1-year prevalence of major depressive episode, generalized anxiety disorder, and panic disorder in a community sample. *Comprehensive Psychiatry*, 35, 76-82.
- Nisita, C., Petracca, A., Akiskal H. S. & Galli, L. (1990). Delimitation of generalized anxiety disorder: clinical comparisons with panic and major depressive disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 31, 409-415.
- Norton, P. (2005). A psychometric analysis of the Intolerance of Uncertainty Scale among four racial groups. *Journal of Anxiety Disorders*, 19, 699-707.
- Pervin, L. A. & John, O. P. (1999). *Handbook of personality: theory and reaserch* (2<sup>e</sup> éd.). New York : Guilford Press.
- Racine, S., & Nadeau, L. (1995). *Interaction entre les troubles de la personnalité et la toxicomanie*. Document inédit, Département de psychologie, Université de Montréal.

- Robichaud, M., Dugas, M. J. & Conway, M. (2003). Gender differences in worry and associated cognitive-behavioral variables. *Journal of Anxiety Disorders, 17*, 501-516.
- Shea, M. T., Stout, R. L., Yen, S., Pagano, M. E., Skodol, A. E., Morey, L. C., Gunderson, J. G., McGlashan, T. H., Grilo, C. M., Sanislow, C. A., Bender, D. S. & Zanarini, M. C. (2004) Associations in the Course of Personality Disorders and Axis I Disorders Over Time. *Journal of Abnormal Psychology, 113*, 499-508.
- Silverman, W. K., Cerny, J. A., Nelles, W. B. & Burk, A. E. (1988). Behavior problem in children of parents with anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 27*, 779-784.
- Smith, T. W. & Williams, P. G. (1992). Personality and Health: Advantages and Limitations of the Five-Factor Model. *Journal of Personality, 60*, 395-423.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R., Vagg, P. R. & Jacobs, G. A. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory* (Form Y). Palo Alto, CA: Mind Garden.
- Steketee, G., Frost, R. O. & Cohen, I. (1998). Beliefs in Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 12*, 525-537.
- Tolin, D. F., Abramowitz, J. S., Brigidi, B. D. & Foa, E. B. (2003). Intolerance of uncertainty in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 17*, 233-242.
- Trull, T. J. & Sher, K. J. (1994). Relationship Between the Five-Factor Model of Personality and Axis I Disorders in a Nonclinical Sample. *Journal of Abnormal Psychology, 103*, 350-360.
- Webster, D. M. & Kruglanski, A. W. (1994). Individual Differences in Need for Cognitive Closure. *Journal of Personality and Social Psychology, 67*, 1049-1062.

*Appendice A*  
Questionnaire d'informations générales

## QUESTIONNAIRE D'INFORMATIONS GÉNÉRALES

1. Âge : \_\_\_\_\_ ans
2. Sexe :  Féminin  
 Masculin
3. Quel est votre niveau de scolarité en cours?
  - Baccalauréat, précisez le programme : \_\_\_\_\_
  - Maîtrise, précisez le programme : \_\_\_\_\_
  - Doctorat, précisez le programme : \_\_\_\_\_
  - Autres, précisez : \_\_\_\_\_
  - Ne s'applique pas
4. Quel est votre dernier niveau de scolarité complété?
  - Primaire
  - Secondaire
  - Collégial, précisez le programme : \_\_\_\_\_
  - Universitaire, précisez le programme : \_\_\_\_\_
    - Baccalauréat
    - Maîtrise
    - Doctorat
    - Autres, précisez : \_\_\_\_\_
  - Autres, précisez : \_\_\_\_\_
5. Étudiez-vous à temps plein ou à temps partiel?
  - Temps plein
  - Temps partiel
  - Ne s'applique pas
6. Quel est votre statut civil actuel? (cochez une seule case)
  - Conjoint(e) de fait
  - Marié(e)
  - Séparé(e)
  - Divorcé(e)
  - Célibataire
  - Veuf(ve)

Si vous êtes en couple présentement, s.v.p. précisez la durée de votre relation?  
\_\_\_\_\_ an(s), \_\_\_\_\_ mois

7. Est-ce que vous avez des enfants?

- Oui
- Non

Si oui, combien? \_\_\_\_\_

Combien d'enfants vivent avec vous pendant la semaine? \_\_\_\_\_

En commençant par le plus âgé, quel est l'âge de vos enfants? \_\_\_\_\_



*Appendice B*  
Questions ajoutées au questionnaire d'intolérance à l'incertitude

## II - SE

**1. D'après vous, avez-vous de la difficulté à tolérer les situations incertaines (p.ex. choses non prévues, attente d'une bonne ou mauvaise nouvelle, ne pas savoir ce qui va se passer à l'avance, l'inconnu)?**

- Oui
  - Non (Si **non**, passez à la question 4).
- Si **oui**, depuis quand? \_\_\_\_\_

**2. D'après vous, votre inconfort face aux situations incertaines est-il apparu suite à un événement particulier?**

- Oui
  - Non
- Si **oui**, lequel? \_\_\_\_\_

Si **non**, voyez-vous d'autres raisons qui expliqueraient que vous tolérez mal les imprévus ou les incertitudes? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**3. Votre inconfort face aux incertitudes semble-t-il avoir changé ou être resté stable avec le temps?**

- Resté stable
- A changé

Si votre tolérance aux choses incertaines ou imprévus a changé, comment avez-vous l'impression qu'elle a changée? Voyez-vous des explications possibles?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**4. Avez-vous l'impression que d'autres membres de votre famille immédiate (mère, père, sœur, frère) ont de la difficulté à tolérer les situations incertaines?**

Oui

Non

Si **oui**, précisez qui (sans nommer les noms) : \_\_\_\_\_

*Appendice C*  
Formulaire de consentement

## **FORMULAIRE DE CONSENTEMENT**

### **Intolérance à l'incertitude et personnalité**

#### **Responsable du projet**

Elisabeth Duplessis, étudiante au doctorat en psychologie à l'Université de Sherbrooke, est responsable de ce projet sous la supervision de Patrick Gosselin. Vous pouvez rejoindre M. Gosselin au 819-821-8000 #63811, pour toutes informations supplémentaires ou problèmes reliés au projet de recherche.

#### **Objectif du projet et justification du recours à des êtres humains**

L'objectif de ce projet est d'évaluer les liens entre les incertitudes et certaines variables du tempérament afin d'approfondir les connaissances sur ce domaine. Le groupe ciblé est les étudiants de l'Université de Sherbrooke puisque cette recherche se veut exploratoire dans une population normale.

#### **Nature de ma participation et droit de retrait**

Votre participation implique que vous remplissiez, à une seule occasion, des questionnaires portant sur les incertitudes, le tempérament et l'anxiété ainsi que des informations générales (e.g., âge). La durée prévue est d'environ 50 minutes. Il est entendu que votre participation à ce projet est volontaire et que vous restez libre, à tout moment, de mettre fin à cette participation sans avoir à fournir de raison ni à subir de préjudice.

#### **Avantages, inconvénients et risques pouvant découler de la participation**

La participation à cette recherche contribuera à l'avancement des connaissances concernant la compréhension de la difficulté à tolérer les situations incertaines, ce qui permettra aux professionnels de la santé de mieux intervenir. Comme inconvénients, vous devrez consacrer environ 50 minutes de votre temps afin de compléter les questionnaires. Il est possible de ressentir une certaine fatigue suite à la lecture de ceux-ci ou de ressentir une certaine anxiété ou malaise relié à la lecture des questions. Le cas échéant, vous pourrez en discuter avec l'expérimentatrice ou contacter M. Gosselin au 819-821-8000 #63811.

#### **Confidentialité des données, résultats de la recherche et publication**

Les données recueillies seront conservées, sous clé, pour une période n'excédant pas cinq ans. Après cette période, les données seront détruites. Le nom des participants n'apparaîtra que sur le formulaire de consentement. Aucune information ne permettant d'identifier les participants n'apparaîtra ni sur les questionnaires, ni dans aucune communication. Les résultats individuels ne seront communiqués à personne. Le formulaire de consentement et les questionnaires seront conservés séparément dans un endroit sous clé. Il est possible que les informations recueillies fassent l'objet de publications scientifiques. Dans de tels cas, rien ne permettra d'identifier les participants de l'étude. Si vous le désirez, vous pourrez être informé(e) des résultats obtenus en contactant le chercheur responsable.

**Consentement libre et éclairé**

Je, soussigné(e) \_\_\_\_\_, déclare avoir lu le présent formulaire. Je comprends la nature et le motif de ma participation. Par la présente, j'accepte librement de participer à ce projet.

\_\_\_\_\_  
Signature du (de la) participant(e)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
jour mois année

**Déclaration du responsable**

Je, soussigné(e) \_\_\_\_\_, certifie avoir expliqué à la participante ou au participant intéressé(e) les termes du présent formulaire, et avoir répondu aux questions posées à cet égard; avoir clairement indiqué à la personne qu'elle reste, à tout moment, libre de mettre un terme à sa participation au projet de recherche décrite ci-dessus. Je m'engage à garantir le respect des objectifs de l'étude et à respecter la confidentialité.

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

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
jour mois année

\_\_\_\_\_  
Pour tout problème, vous pouvez discuter avec la ou le responsable du projet ou expliquer vos préoccupations à Madame Dominique Lorrain qui préside le comité d'éthique de la recherche de la Faculté des lettres et des sciences humaines de l'Université de Sherbrooke. Vous pourrez la rejoindre, en composant le numéro suivant : (819) 821-8000 poste 62644, ou par courriel : Cer\_lshshebrooke.ca.