

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

ESSAI DE 3<sup>E</sup> CYCLE PRÉSENTÉ À  
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE  
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE  
(PROFIL INTERVENTION)

PAR  
VANESSA GAUDET

LES MOTIVATIONS AU PERFECTIONNISME DANS LES  
TROUBLES ALIMENTAIRES

MAI 2019

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

# UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

**Cet essai de 3<sup>e</sup> cycle a été dirigé par :**

---

Frédéric Langlois, Ph.D., directeur de recherche

Université du Québec à Trois-Rivières

**Jury d'évaluation de l'essai :**

---

Frédéric Langlois, Ph.D.

Université du Québec à Trois-Rivières

---

Marie-Pierre Gagnon-Girouard, Ph.D.

Université du Québec à Trois-Rivières

---

Annie Aimé, Ph.D.

Université du Québec en Outaouais

Ce document est rédigé sous la forme d'un article scientifique, tel qu'il est stipulé dans les règlements des études de cycles supérieurs (Article 138) de l'Université du Québec à Trois-Rivières. L'article a été rédigé selon les normes de publication d'une revue reconnue et approuvée par le Comité d'études de cycles supérieurs en psychologie. Le nom du directeur de recherche pourrait donc apparaître comme coauteur de l'article soumis pour publication.

## Sommaire

Le perfectionnisme, défini comme la tendance chez un individu à s'imposer de hauts standards de performance et à entretenir une autoévaluation sévère de soi-même, a été identifié comme un facteur de risque et de maintien dans les troubles alimentaires (TA). Cossette (2016) propose d'intervenir sur les motivations dans le traitement du perfectionnisme en amenant les individus à passer de motivations moins autodéterminées (plutôt extrinsèques), généralement associées à un perfectionnisme plutôt malsain, vers des motivations plus autodéterminées (plutôt intrinsèques ou basées sur des valeurs personnelles saines). Le perfectionnisme chez les TA semble régulé par des sources externes, donc pour éviter les affects négatifs (honte ou culpabilité) ou pour projeter une image positive de soi-même sur les autres. L'objectif principal de cette étude est de clarifier les profils motivationnels du perfectionnisme chez une clientèle de TA. Les deux sous-objectifs sont de vérifier si le profil motivationnel prédit les symptômes alimentaires et de comparer sur le plan motivationnel les participants ayant les symptômes alimentaires les moins sévères avec les plus sévères. La littérature suggère que le perfectionnisme serait un moyen de protéger l'estime personnelle ou les relations interpersonnelles des personnes qui présentent un TA. Une motivation moins autodéterminée (plus extrinsèque) serait attendue chez une clientèle avec des symptômes alimentaires sévères. Cent neuf femmes de 14 à 65 ans (âge moyen :  $28 \pm 11,06$ ) provenant de deux organismes communautaires de soins aux TA (ANEB et Maison l'Éclaircie) ont complété le Questionnaire des motivations sous-jacentes au perfectionnisme (Cossette, 2016) et la version française du *Eating Disorder*

*Examination Questionnaire* (EDE-Q; Fairburn & Beglin, 2008; traduction de Mobbs & van der Linden, 2006). La première analyse de régression de type « pas-à-pas » effectuée pour l'ensemble de l'échantillon montre que la motivation introjectée et sociale au perfectionnisme sont les deux seuls prédicteurs valides et expliquent respectivement 24 % et 4,5 % de la variance de la tendance des TA [ $F(6, 105) = 14,239, p < 0,01$ ]. Cette même analyse de régression a été effectuée à deux autres reprises, une fois avec le groupe avec l'intensité la plus faible de symptômes alimentaires et une autre fois avec les plus sévères, créant ainsi deux sous-groupes à partir de notre échantillon global. La motivation externe sociale était la seule motivation qui permettait de prédire, avec 11 %, les symptômes alimentaires du groupe présentant une symptomatologie plus faible [ $F(4, 53) = 5,785, p < 0,01$ ], alors que pour le groupe le plus sévère, les deux seules motivations permettant de prédire la tendance aux TA étaient l'amotivation (10,5 %) et la motivation identifiée (7,3 %) [ $F(6, 51) = 3,396, p < 0,05$ ]. Les hypothèses de l'étude sont donc partiellement confirmées. Le résultat le plus surprenant suggère que les participantes présentant la symptomatologie la plus sévère sur le plan alimentaire semblent adopter des comportements perfectionnistes dans un style amotivé ou identifié. Il semble que la motivation identifiée ait été pervertie d'une certaine façon, lorsque l'importance accordée au contrôle est poussée à l'extrême. Néanmoins, les résultats principaux de l'étude suggèrent dans l'ensemble que les besoins comblés par l'utilisation du perfectionnisme sont liés au besoin d'estime personnelle et d'appartenance. Ces données soulèvent de possibles pistes d'interventions thérapeutiques pour diminuer les effets dommageables du perfectionnisme auprès de cette clientèle.

## Table des matières

Sommaire.....	iv
Liste des tableaux .....	viii
Liste des figures.....	ix
Remerciements .....	x
Introduction générale .....	1
Évolution du perfectionnisme .....	2
Troubles alimentaires.....	6
Association entre le perfectionnisme et les troubles alimentaires .....	7
Étude de la motivation dans le perfectionnisme .....	9
Les types de motivation au perfectionnisme dans les troubles alimentaires.....	11
Article scientifique. Motivations sous-jacentes au perfectionnisme dans les troubles alimentaires .....	13
Résumé.....	15
Contexte théorique .....	16
Définition du perfectionnisme .....	16
Le rôle du perfectionnisme dans les troubles alimentaires .....	18
L'étude de la motivation dans le perfectionnisme .....	20
Les types de motivation appliqués au perfectionnisme dans le domaine de l'alimentation .....	21
Amotivation .....	22
Motivation externe matérielle positive .....	22
Motivation externe matérielle négative .....	23
Motivation externe sociale.....	23

Motivation introjectée.....	24
Motivation identifiée.....	27
Motivation intrinsèque.....	29
Impact de la sévérité des symptômes.....	30
Question et hypothèses de recherche.....	31
Méthode.....	32
Déroulement et participants.....	32
Instruments de mesure.....	33
Stratégie d'analyse.....	35
Résultats.....	36
Analyses préliminaires.....	36
Analyses de comparaison des échantillons.....	38
Analyses de régression.....	41
Discussion.....	46
Retour sur l'objectif principal.....	46
Retour sur l'objectif complémentaire.....	49
Références.....	56
Conclusion générale.....	61
Pertinence clinique.....	63
Perspectives pour les recherches futures.....	65
Références générales.....	67
Appendice. Questionnaire des motivations sous-jacentes au perfectionnisme appliqué au domaine de l'alimentation, de la forme du corps et du poids.....	73



## Liste des tableaux

### Tableau

1	Analyse de corrélation entre les différents types de motivation et la mesure de symptômes alimentaires.....	37
2	Analyses de comparaison de moyenne (test- <i>t</i> pour échantillons indépendants) entre les participants de la Maison l'Éclaircie et d'ANEB sur les variables cliniques.....	40
3	Analyses de comparaison de moyenne (test- <i>t</i> pour échantillons indépendants) entre les participants ayant les symptômes alimentaires les plus faibles de ceux ayant les symptômes les plus élevés.....	42
4	Analyse de régression de type « pas-à-pas » prédisant la tendance aux troubles alimentaires à partir des types de motivation au perfectionnisme pour l'ensemble de l'échantillon.....	44
5	Analyse de régression de type « pas-à-pas » prédisant la tendance aux troubles alimentaires à partir des types de motivation au perfectionnisme pour le sous-groupe 1 (intensité faible de symptômes alimentaires).....	45
6	Analyse de régression de type « pas-à-pas » prédisant la tendance aux troubles alimentaires à partir des types de motivation au perfectionnisme pour le sous-groupe 2 (intensité élevée de symptômes alimentaires).....	46

## Liste des figures

### Figure

- 1 Représentation du modèle transdiagnostique de maintien des troubles alimentaires (version traduite en français) (Fairburn, 2008). .....25
- 2 Représentation du modèle de maintien du perfectionnisme (version traduite en français) (Shafran, Cooper, & Fairburn, 2002). .....28

## **Remerciements**

Je souhaite exprimer ma reconnaissance, tout particulièrement, à mon directeur de recherche, monsieur Frédéric Langlois, Ph.D., professeur au Département de psychologie à l'Université du Québec à Trois-Rivières, pour sa disponibilité et son professionnalisme. Je le remercie sincèrement de m'avoir ouvert plusieurs opportunités de recherche, dont la participation à des congrès scientifiques internationaux. Ces expériences ont contribué au développement de mon identité professionnelle et de mon esprit critique.

En deuxième lieu, je souhaite remercier madame Marie-Pierre Gagnon-Girouard, Ph.D., professeure au Département de psychologie à l'Université du Québec à Trois-Rivières, pour sa collaboration à l'avancement de mon projet doctoral. Sa créativité et sa rigueur de travail furent précieuses. D'un point de vue clinique, j'ai aussi eu la chance de la côtoyer et sa grande bienveillance, sa transparence et ses capacités d'analyse sont des caractéristiques inspirantes qu'elle possède.

D'un point de vue plus personnel, je tiens à remercier mes collègues-psychologues, Olivia Daigneault, Marie-Eve Séguin, Jérémie Gosselin et Alexandre Marseille pour leur enthousiasme et leur soutien tout au long de notre parcours universitaire. Les nombreuses occasions d'échange et de plaisir partagés ont rendu mon cheminement des sept dernières années mémorable.

## **Introduction générale**

Le présent essai est composé de trois sections : une introduction, un article scientifique et une conclusion. L'objectif général de l'étude vise à éclaircir les types de motivations qui sont sous-jacentes au perfectionnisme auprès d'une clientèle qui présente des symptômes de trouble alimentaire.

L'introduction va présenter, de manière générale, les diverses variables impliquées dans l'étude. L'évolution des définitions du perfectionnisme sera détaillée ainsi que l'association de ce comportement au sein des troubles alimentaires. La section suivante expliquera la pertinence d'étudier la motivation dans le perfectionnisme et présentera les motivations qui semblent liées à ce comportement.

Ensuite, une recherche empirique présentera le projet doctoral, la méthode utilisée et les principaux résultats. Une discussion suivra dans laquelle les données seront interprétées en fonction des hypothèses et de la littérature. Enfin, une courte conclusion bouclera cet essai doctoral en abordant la pertinence et les implications futures de l'étude.

### **Évolution du perfectionnisme**

Les premiers auteurs abordant le concept de perfectionnisme l'ont présenté comme un construit davantage malsain et associé à la pathologie. Hollender (1978) définit le

perfectionnisme comme un trait de personnalité selon lequel une personne va s'imposer de performer d'une manière qui va au-delà de ce qui serait attendu normalement dans une situation. Burns (1980), quant à lui, définit le perfectionnisme comme un réseau de cognitions qui incluent des attentes, des interprétations d'événements ainsi qu'une évaluation négative de soi et des autres. Il suggère que les personnes qui sont perfectionnistes se fixent des standards irréalistes auxquels ils adhèrent rigidement et qu'ils définissent leur propre estime à travers l'atteinte ou non de ces standards. Selon Slade et Owens (1998), les perfectionnistes n'auraient jamais l'impression d'en faire assez pour être pleinement satisfaits.

Cette façon de concevoir le perfectionnisme de manière uniquement malsaine ne fait pas l'unanimité chez les chercheurs. L'utilisation de mesures ciblant avant tout les manifestations négatives a fait ressortir naturellement ces relations avec la pathologie. Plusieurs auteurs affirment que le perfectionnisme comporterait également une composante normale, fonctionnelle ou saine. Frost, Heimberg, Holt, Mattia et Neubauer (1993) suggèrent qu'il existe une recherche positive d'accomplissement dans le perfectionnisme. Hamachek (1978) a été l'un des premiers à distinguer le perfectionnisme normal du pathologique. Il le caractérise comme un trait de personnalité positif qui aide les gens à se fixer de hauts standards, ce qui motiverait les individus à être plus compétents et à s'accomplir. Les individus doivent cependant être assez flexibles pour évaluer les situations et décider où et quand appliquer ces hauts standards. Plus tard, d'autres auteurs ont laissé sous-entendre cette notion de perfectionnisme sain

et malsain en utilisant divers termes: positif et négatif (Stoeber & Otto, 2006; Terry-Short, Owens, Slade, & Dewey, 1995), fonctionnel et dysfonctionnel (Rhéaume et al. 2000).

Au cours des vingt dernières années, deux modèles multidimensionnels ont été majoritairement utilisés pour mesurer le perfectionnisme. Frost, Marten, Lahart, & Rosenblate (1990) proposent que le perfectionnisme soit défini à l'aide de plusieurs dimensions dont (1) les inquiétudes par rapport aux erreurs; (2) les doutes concernant les actions; (3) les standards personnels élevés; (4) les attentes parentales; (5) les critiques parentales; et (6) l'organisation. Hewitt et Flett (1991), pour leur part, suggèrent un modèle avec trois dimensions définissant le perfectionnisme. Ce comportement peut donc être orienté vers soi (POS), lorsqu'une personne va établir des normes rigoureuses pour elle-même et évaluer son propre comportement strictement. Le perfectionnisme peut aussi être socialement prescrit (PSP), lorsqu'une personne perçoit que ce sont les autres qui ont des normes irréalistes et qui exercent une pression sur soi pour agir de façon parfaite. Enfin, ces auteurs suggèrent que le perfectionnisme peut être imposé aux autres (PIA), c'est-à-dire lorsqu'une personne a des attentes irréalistes sur la performance des autres personnes.

Au-delà des études qui tentent de définir le perfectionnisme, des analyses récentes tendent à démontrer que deux facteurs, à eux seuls, semblent mieux expliquer le perfectionnisme. Il s'agirait de (1) la fixation de standards personnels élevés; et (2) de la

présence de préoccupations pour les erreurs (Cox, Enns, & Clara, 2002; Dunkley, Zuroff, & Blankstein, 2003; Frost et al., 1993; Gaudreau & Thompson, 2010). Ainsi, des analyses factorielles ont démontré que les dimensions décrites ci-haut pouvaient se regrouper à l'intérieur de deux facteurs. En ce sens, les standards personnels élevés, l'organisation, le perfectionnisme orienté vers soi et le perfectionnisme orienté vers les autres constitueraient le premier facteur (standards personnels élevés) alors que les préoccupations par rapport aux erreurs, les attentes parentales, les critiques parentales, le doute concernant les actions et le perfectionnisme socialement prescrit constitueraient le second facteur (préoccupations pour les erreurs) (Bieling, Israeli, & Antony, 2004; Frost et al., 1993). Il est possible de croire que ces deux composantes font respectivement référence à la dimension dite plutôt saine et plutôt malsaine du perfectionnisme.

Les construits négatifs de fonctionnement et la dimension plutôt malsaine du perfectionnisme présentent des liens assez solides au sein de la littérature. Notamment, diverses psychopathologies telles que la dépression (Preusser, Rice, & Ashby, 1994), le trouble d'anxiété sociale (Juster et al., 1996) et le trouble obsessionnel compulsif (Todorov & Bazinet, 1996) sont associés à la présence de préoccupations pour les erreurs. À l'inverse, la dimension plutôt saine de ce comportement (standards personnels élevés) est associée aux indices positifs de fonctionnement, mais ce, de manière moins unanime (Egan, Wade, & Shafran, 2011; Stoeber & Otto, 2006). Ainsi, certains d'autres construits négatifs ou pathologies peuvent être associés à la fois aux standards personnels élevés et à la présence de préoccupations pour les erreurs, comme c'est le cas



pour les troubles alimentaires (Bardone-Cone et al., 2007; Bastiani, Rao, Weltzin, & Kaye, 1995; Goldner, Cockell, & Srikameswaran, 2002; Frost et al., 1993; Halmi et al., 2000; Hewitt & Flett, 1991; Stoeber & Otto, 2006).

Le perfectionnisme entretient une relation particulière avec les TA, de sorte qu'il a été défini comme un facteur de risque (Fairburn, Cooper, Doll, & Welch, 1999; Fairburn, Shafran, & Cooper, 1999; Fairburn et al., 1998) et un facteur de maintien (Cockell et al., 2002; Egan et al., 2011; Lilenfeld et al., 2000) de ces troubles. Par ailleurs, le perfectionnisme s'exprimerait à travers une quête de contrôle et de perfection dans les domaines de l'alimentation et du poids (Goldner et al., 2002; Shafran, Cooper, & Fairburn, 2002). En d'autres termes, les personnes qui présentent une symptomatologie en lien avec l'alimentation ont tendance à appliquer leurs standards perfectionnistes dans ces domaines (silhouette parfaite, alimentation parfaite, etc.).

### **Troubles alimentaires**

Les TA font référence à l'anorexie mentale, la boulimie ainsi qu'à l'hyperphagie boulimique (accès hyperphagique) et il est possible de classer ces troubles sur un continuum, allant de la sous-alimentation à la suralimentation (American Psychiatric Association [APA], 2013). Respectivement, l'anorexie mentale est caractérisée par une restriction alimentaire menant à un poids très faible, une peur intense de prendre du poids et une altération de la perception du poids ou du corps. La boulimie, quant à elle, est définie par des crises alimentaires récurrentes, soit une ingestion rapide d'une grande

quantité de nourriture. Cette perte de contrôle est généralement suivie de comportements compensatoires récurrents, comme des vomissements provoqués, un usage de laxatif ou un surentrainement. L'estime de soi est influencée de manière excessive par le poids et la forme corporelle, tel que décrit dans les critères diagnostiques de ces deux psychopathologies. L'hyperphagie boulimique est associée à des crises alimentaires récurrentes durant lesquelles l'individu va ingérer très rapidement une grande quantité de nourriture sans la sensation de faim, et ce, jusqu'à souffrir de douleur abdominale. Contrairement à la boulimie, l'hyperphagie n'est pas associée à des comportements compensatoires inappropriés, mais plutôt à des sentiments de culpabilité, de dégoût de soi et de dépression (APA, 2013).

#### **Association entre le perfectionnisme et les troubles alimentaires**

L'étude du perfectionnisme au sein des troubles alimentaires n'est pas récente. Hilde Bruch (1978), pionnière dans le domaine, a amené l'idée que les personnes qui présentent cette symptomatologie faisaient preuve de « superperfection ». Précisément, elle soutient qu'à l'adolescence, l'image du corps peut devenir un moyen de se définir et peut servir à compenser une identité floue et des sentiments d'impuissance ou d'incompétence associés. Elle ajoute que ces affects négatifs seraient principalement liés à l'incapacité de projeter une image parfaite et de pouvoir contrôler l'environnement. Dans le même ordre d'idée, Peter Slade (1982) avance que les adolescents avec une faible estime d'eux-mêmes et des tendances perfectionnistes ressentent le besoin de

contrôler parfaitement ou atteindre le succès dans un domaine de la vie. Selon cet auteur, les personnes qui présentent un TA vont cibler la restriction et la perte de poids.

De nos jours, les modèles explicatifs ont évolué, mais présentent sensiblement les mêmes fondements. Fairburn (2008) présente un modèle explicatif transdiagnostique des troubles alimentaires et propose d'inclure le perfectionnisme, lorsqu'il se présente comme étant un processus de maintien de ce trouble (voir Figure 1 à la page 25). Selon ce modèle, le perfectionnisme serait la tendance à se fixer de hauts standards de performance dans certains domaines et la tendance à baser son estime personnelle en fonction de l'atteinte des dits standards. Chez les TA, ces critères perfectionnistes sont dirigés vers l'alimentation, la forme du corps et du poids et le contrôle de ces domaines. Ceci dit, les standards perfectionnistes sont appliqués dans les domaines valorisés par la personne, et ce, sans tenir compte de ses conséquences négatives (altération des autres domaines de la vie, perte de poids, obsessions, etc.).

L'association entre le perfectionnisme et les troubles alimentaires a été bien établie dans la littérature, de sorte que les personnes qui présentent un TA présentent souvent des traits perfectionnistes. Ainsi, le fait que le perfectionnisme joue un rôle dans le développement et le maintien de ce trouble suggère de l'adresser en tant que cible d'intervention, comme plusieurs auteurs l'ont suggéré par le passé (Goldstein, Peters, Thornton, & Touyz, 2014; Lloyd, Fleming, Schmidt, & Tchanturia, 2014; Steele & Wade, 2008). Notamment, Cossette (2016) a amené l'idée de s'intéresser à la motivation

dans le traitement du perfectionnisme. Les deux grands facteurs du perfectionnisme (standards personnels élevés et préoccupations) laissent sous-entendre que ce comportement pourrait être émis pour différentes raisons, par exemple, dans l'idée d'éviter la présence de préoccupations ou de rechercher activement les hauts standards. Il est possible de croire que ceux qui visent de hauts standards par plaisir ont des motivations différentes de ceux qui veulent éviter l'échec. Ainsi, il serait intéressant de regarder quelles motivations se cachent derrière les comportements perfectionnistes des personnes préoccupées par l'alimentation et le poids.

### **Étude de la motivation dans le perfectionnisme**

Cossette (2016) a récemment présenté une nouvelle conceptualisation du perfectionnisme en l'analysant sous l'angle des motivations. Cette nouvelle conception est basée sur un modèle existant (Vallerand, Fortier, & Guay, 1997) et son élaboration sur un continuum permet de regrouper l'ensemble des motivations possibles à tout comportement humain. Par conséquent, ce modèle permet de considérer les motifs amenant les comportements perfectionnistes dans une perspective plus complète et générale, allant de motivations externes à internes. D'un point de vue clinique, l'approfondissement des raisons sous-jacentes aux comportements perfectionnistes pourrait améliorer l'impact des programmes de psychothérapie pour les personnes ayant un TA. L'objectif ne serait pas de faire disparaître leurs tendances perfectionnistes, mais de les aider à prendre conscience des motivations réelles qui provoquent leurs

comportements et de les amener à se diriger vers des motivations plus saines et possiblement vers un perfectionnisme plus sain.

Plus précisément, la conceptualisation de Cossette (2016), inspirée du modèle de l'autodétermination (Deci & Ryan, 1985; Vallerand et al., 1997), propose l'existence de trois types de motivation : (1) intrinsèque; (2) extrinsèque; et (3) amotivation. Ces dimensions se situent sur un continuum selon le niveau d'autodétermination, qui correspond au sentiment de liberté qu'une personne possède dans l'exécution d'un comportement (Deci, 1980). Ainsi, plus un comportement est autodéterminé, c'est-à-dire choisi librement par l'individu sans l'influence de sources externes (pour éviter un sentiment de culpabilité ou pour être reconnu par autrui), plus il risque d'être associé à des conséquences positives pour cette personne.

Ainsi, une motivation intrinsèque appliquée au perfectionnisme correspondrait à une personne qui adopte des comportements perfectionnistes pour le plaisir de se surpasser ou d'atteindre de hauts standards d'excellence. En revanche, lorsqu'une action perfectionniste est effectuée dans le but d'obtenir une récompense ou d'éviter une conséquence négative, elle est motivée d'une manière extrinsèque. Cette dernière peut être à nouveau subdivisée en trois dimensions différentes. De la plus autodéterminée à la moins autodéterminée, il s'agit de la motivation identifiée, introjectée et externe. La motivation identifiée stipule que l'individu oriente ses comportements perfectionnistes en fonction de ses buts et ses valeurs, alors que la régulation introjectée incite l'individu

à agir d'une façon perfectionniste afin de rehausser son estime personnelle ou d'éviter les émotions négatives (honte, culpabilité). La motivation externe, quant à elle, concerne une action perfectionniste qui est régulée selon des sources externes (récompenses ou punitions). Ces dernières peuvent être d'origine matérielle ou sociale, comme exécuter une action perfectionniste pour obtenir une récompense matérielle (prix ou bourse) ou pour gagner le respect d'autrui. Enfin, l'amotivation se rapporte aux individus qui ne perçoivent pas de relation entre leurs comportements perfectionnistes et les résultats de ceux-ci. Ainsi, ils ciblent la perfection sans en connaître les raisons (Cossette, 2016; Deci, 1975; Deci & Ryan, 1985).

### **Les types de motivation au perfectionnisme dans les troubles alimentaires**

L'identification des définitions opérationnelles des différents types de motivation au perfectionnisme permet de se questionner sur ce qui motive l'adoption de ce comportement chez la clientèle présentant un TA.

Les personnes qui ont des préoccupations alimentaires tendent à se fixer des standards stricts dans les domaines liés à l'alimentation, à la forme du corps et du poids (silhouette parfaite, alimentation parfaite, etc.). D'ailleurs, il est connu que ces personnes sont hautement susceptibles de définir leur estime personnelle selon leur capacité à contrôler et à atteindre ces objectifs (Fairburn, 2008). À cet effet, il est possible de croire que la tendance au perfectionnisme les amène à se fixer de hauts standards de performance dans le but de rehausser leur estime personnelle étant donné

qu'ils ont tendance à se définir en fonction de ces « accomplissements ». Il est possible de croire que le perfectionnisme soit perçu comme un moyen d'éviter une perception négative de soi et, par le fait même, d'offrir une chance de rehausser l'estime personnelle. En ce sens, il est possible de faire un lien avec la motivation introjectée, qui est la tendance à orienter ses comportements dans le but d'éviter d'avoir à composer avec certaines émotions négatives.

La composante « Perfectionnisme socialement prescrit » du modèle multidimensionnel de Hewitt et Flett (1991) serait associée à la tendance aux troubles alimentaires (Hewitt, Flett, & Ediger, 1995). En d'autres mots, les personnes qui présentent des difficultés alimentaires adopteraient des comportements perfectionnistes pour adhérer à un idéal de perfection qui serait exigée par les autres. Cela laisse sous-entendre que les influences sociales (désir d'être approuvé, éviter d'être rejeté, etc.) sont dominantes auprès de cette clientèle. Ainsi, il est possible de faire un lien avec la motivation sociale au perfectionnisme, puisque ces données laissent croire que ces personnes utiliseraient le perfectionnisme dans le but d'être respectées ou de ne pas décevoir les autres.

Ces précisions soutiennent l'intérêt de clarifier les raisons sous-jacentes au perfectionnisme auprès de cette clientèle, compte tenu de son rôle de maintien dans les troubles alimentaires et par extension, de sa possible part de responsabilité dans la chronicisation de cette psychopathologie.

**Article scientifique**

Motivations sous-jacentes au perfectionnisme dans les troubles alimentaires



Motivations sous-jacentes au perfectionnisme dans les troubles alimentaires

Vanessa Gaudet

et

Frédéric Langlois

Université du Québec à Trois-Rivières

*Note des auteurs*

Vanessa Gaudet, D.Ps (c) et Frédéric Langlois, Ph.D., Département de psychologie,  
Université du Québec à Trois-Rivières, Trois-Rivières, Québec, Canada.

Toute correspondance ayant trait à cet article devrait être adressée à Vanessa Gaudet :  
Secrétariat du département de psychologie, UQTR, 3351, boul. des Forges, C.P. 500,  
Trois-Rivières (Québec) G9A 5H7. Téléphone : (819) 376-5011 , ext. 4021. Courriel :  
vanessa.gaudet@uqtr.ca

## Résumé

L'objectif de cette étude est de clarifier les profils motivationnels du perfectionnisme chez une clientèle présentant des troubles alimentaires. La littérature suggère que le perfectionnisme pourrait être un moyen de protéger l'estime personnelle ou les relations interpersonnelles des personnes qui présentent cette problématique. Cossette (2016) suggère d'étudier le perfectionnisme sous l'angle des motivations étant donné la perspective globale que cela offre comparativement à la vision plutôt dichotomique habituelle (dimensions saines et malsaines). Les différentes motivations au perfectionnisme ont été évaluées auprès de 109 participantes (moyenne d'âge:  $28 \pm 11,06$ ) provenant de deux organismes de soins aux TA (ANEB et Maison l'Éclaircie). Les résultats généraux sur l'ensemble de l'échantillon indiquent que la motivation introjectée et la motivation sociale sont les meilleurs prédicteurs de la variance des symptômes de TA. Donc, ces données suggèrent que les participantes adopteraient des comportements perfectionnistes avant tout pour éviter la honte de soi ou pour éviter la honte devant le regard d'autrui. De plus, les personnes ayant les symptômes alimentaires les plus légers adopteraient des comportements perfectionnistes pour des motifs sociaux alors que celles ayant les symptômes alimentaires les plus sévères le feraient dans un style amotivé ou identifié. La présente recherche ouvre de nouvelles pistes de réflexion pouvant bonifier l'intervention auprès de cette clientèle en limitant les effets nocifs du perfectionnisme.

*Mots-clés* : perfectionnisme, trouble alimentaire, anorexie mentale, boulimie, motivation, autodétermination

## Contexte théorique

### Définition du perfectionnisme

Le perfectionnisme se caractérise comme la tendance, chez un individu, à s'imposer de hauts standards de performance (Burns, 1980; Hamachek, 1978; Hollender, 1965; Pacht, 1984) et à entretenir une évaluation sévère de soi-même (Frost, Marten, Lahart, & Rosenblate, 1990). D'ailleurs, les recherches de Frost, Heimberg, Holt, Mattia et Neubauer (1993), appuyées par celles d'autres auteurs (Bieling, Israeli, & Antony, 2004; Cox, Enns, & Clara, 2002; Dunkley, Zuroff, & Blankstein, 2003; Gaudreau & Thompson, 2010), suggèrent que le perfectionnisme s'expliquerait à l'aide de deux grands facteurs : (1) les standards personnels élevés; et (2) les préoccupations pour les erreurs. La première composante, associée souvent au perfectionnisme dit « sain », correspond à une personne en quête d'accomplissement qui se fixe des objectifs élevés. Elle s'apparente aux dimensions des « standards élevés » et de « perfectionnisme orienté vers soi » (établir des normes rigoureuses pour soi-même), provenant des modèles multidimensionnels traditionnels du perfectionnisme (Frost et al., 1990; Hewitt & Flett, 1991). La seconde composante (préoccupations), concerne une autoévaluation trop critique de soi et représente, de façon plus unanime au sein de la littérature, la dimension plutôt malsaine du perfectionnisme. Cette dernière correspond aux conséquences négatives de ce comportement, comme le fait d'être préoccupé par les erreurs (par exemple, une faute minime amène un individu à interpréter qu'il n'a pas atteint ses objectifs) ou d'avoir des doutes concernant ses actions (par exemple, un individu reste

incertain quant à l'accomplissement d'une tâche) (Burns, 1980; Frost et al., 1990; Hamachek, 1978).

Dans l'ensemble, l'association entre les préoccupations perfectionnistes avec la pathologie est beaucoup plus stable dans les études comparativement à l'association entre les standards personnels élevés et les manifestations positives (Egan, Wade, & Shafran 2011; Stoeber & Otto, 2006). Entre autres, le lien entre les dimensions du perfectionnisme et diverses psychopathologies a déjà été établi, notamment avec la dépression (Hill, McIntire, & Bacharach, 1997; Preusser, Rice, & Ashby, 1994), le trouble obsessionnel compulsif (Rhéaume, Freeston, Dugas, Letarte, & Ladouceur, 1995; Todorov & Bazinet, 1996) et le trouble d'anxiété sociale (Bardone-Cone et al., 2007; Bastiani, Rao, Weltzin, & Kaye, 1995).

Le perfectionnisme serait fortement impliqué auprès de la clientèle présentant des troubles alimentaires, de sorte qu'il a été défini comme facteur de risque et de maintien de ce trouble (Bardone-Cone et al., 2007; Jacobi, Hayward, de Zwaan, Kraemer, & Agras, 2004; Lilenfeld, Wonderlich, Riso, Crosby, & Mitchell, 2006; Stice, 2002). Par conséquent, il semble pertinent de mieux comprendre le rôle du perfectionnisme au sein des TA pour éventuellement limiter les effets nocifs du perfectionnisme auprès de cette clientèle.

### **Le rôle du perfectionnisme dans les troubles alimentaires**

Dans les TA en général, le perfectionnisme se manifesterait par la fixation et le maintien de standards personnels élevés dans les domaines liés à l'alimentation, à la forme du corps et du poids et par la tendance à s'autoévaluer en fonction de la capacité à atteindre ces standards personnels élevés (Egan et al., 2011; Shafran, Cooper, & Fairburn, 2002). Par conséquent, les individus poursuivent leur objectif de performance (nombre de calories ingérées, poids sur la balance, intensité d'activité physique, etc.), et ce, malgré l'apparition de conséquences négatives associées (sous-alimentation, perte de poids, pensées obsédantes, etc.). Cette poursuite incessante d'objectifs stricts démontre le caractère dysfonctionnel du perfectionnisme dans les troubles alimentaires.

Par ailleurs, l'implication du perfectionnisme auprès de cette clientèle a déjà été largement documentée dans la littérature, et ce, principalement pour l'anorexie mentale et la boulimie (Bardone-Cone et al., 2007). Les principaux modèles explicatifs sur les troubles alimentaires abordent le perfectionnisme à l'intérieur de leurs théories validées empiriquement (Fairburn, 2008; Fairburn, Cooper, & Shafran, 2003; Gardner & Garfinkel, 1997).

Plusieurs études reconnaissent que les deux dimensions du perfectionnisme (tant les standards personnels élevés que les préoccupations pour les erreurs) sont associés aux TA (Bardone-Cone et al., 2007; Bastiani et al., 1995; Esposito, Stoeber, Damian, Alessandri, & Lombardo, 2017; Frost et al., 1993; Goldner, Cockell, &

Srikameswaran, 2002; Halmi et al., 2000; Hewitt & Flett, 1991; Stoeber & Otto, 2006). On s'attend naturellement à ce que l'association entre les dimensions malsaines du perfectionnisme et les symptômes alimentaires soit bien assumée par la littérature. Toutefois, le fait que la dimension plutôt « saine » soit aussi associée aux TA crée des questionnements. Cela amène l'idée d'étudier le perfectionnisme sous un nouvel angle dans le but de dépasser la vision plutôt dichotomique habituelle (dimensions « saines » et « malsaines »). Entre autres, cela pourrait permettre d'approfondir la compréhension de cette dimension considérée « saine » du perfectionnisme qui se présente dans la clientèle des TA.

Cossette (2016) propose d'étudier le perfectionnisme sous l'angle des motivations dans le but d'étudier ce comportement dans une perspective plus globale. Son modèle regroupe l'ensemble des motivations qui peuvent être sous-jacentes au comportement de perfection. Ces différents motifs sont tirés de la théorie de l'autodétermination (Deci & Ryan, 1985; Vallerand, Fortier, & Guay, 1997), donc d'une conceptualisation connue dans la littérature sur la motivation. Le fait que le perfectionnisme soit expliqué à l'aide de deux grands facteurs (standards personnels élevés et préoccupations) laisse déjà sous-entendre que les comportements perfectionnistes pourraient être exécutés pour différentes raisons. Il est possible de croire que ceux qui visent de hauts standards par plaisir ont des motivations différentes de ceux qui veulent éviter l'échec. Ainsi, il serait intéressant de regarder ce qui se cache derrière les comportements perfectionnistes des personnes préoccupées par l'alimentation et le poids.

### **L'étude de la motivation dans le perfectionnisme**

Ainsi, le modèle adapté aborde les trois types de motivation derrière le perfectionnisme : (1) intrinsèque; (2) extrinsèque; et (3) amotivation. Ces dimensions se situent sur le même continuum d'autodétermination, qui correspond au sentiment de liberté qu'une personne possède dans l'exécution d'un comportement (Deci, 1980). Ainsi, plus un comportement est autodéterminé, c'est-à-dire choisi librement par l'individu sans l'influence de sources externes, plus il risque d'être associé à des conséquences positives pour cette personne.

Plus précisément, une motivation intrinsèque au perfectionnisme correspondrait à une personne qui agit d'une manière parfaite pour le plaisir et pour la satisfaction que cela lui procure. En revanche, lorsque l'action perfectionniste est effectuée dans le but d'obtenir une récompense (recevoir un prix, par exemple) ou d'éviter une conséquence négative (éviter la honte, par exemple), elle est motivée d'une manière extrinsèque. Enfin, l'amotivation se rapporte aux individus qui ne perçoivent pas de relation entre leurs comportements perfectionnistes et les résultats de ceux-ci, donc qui agissent d'une manière parfaite sans savoir pourquoi (Deci, 1980; Deci & Ryan, 1985).

D'un point de vue clinique, l'approfondissement des raisons amenant les personnes qui présentent une problématique alimentaire à entretenir des comportements perfectionnistes pourrait ouvrir la porte à de nouvelles pistes d'intervention. D'une part, une cible clinique consisterait non pas à faire disparaître les tendances perfectionnistes,

mais plutôt à aider les personnes à prendre conscience des motivations réelles qui provoquent les comportements. Un second objectif serait de modifier ces motivations en amenant les individus à passer de motivations non autodéterminées (plutôt extrinsèques) à des motivations plus autodéterminées (plutôt intrinsèques ou basées sur des valeurs personnelles saines). Cela contribuerait à diriger les personnes qui présentent un trouble alimentaire vers une forme de perfectionnisme plus saine et par conséquent, cela pourrait diminuer les effets dommageables associés à ce comportement. En effet, la présence de biais cognitifs tels que la pensée dichotomique qui amène les individus à interpréter leur objectif en termes de réussite ou d'échec ou la tendance à se refixer un objectif encore plus élevé malgré l'atteinte de ce dernier sont des exemples de caractéristiques nuisibles du perfectionnisme.

### **Les types de motivation appliqués au perfectionnisme dans le domaine de l'alimentation**

Les différents types de motivation, tirés du modèle de l'autodétermination (Deci & Ryan, 1985; Vallerand et al., 1997) ont été appliqués dans divers domaines tels que l'éducation, la pratique physique, la satisfaction au travail, etc. Par conséquent, il serait pertinent de se questionner sur la manière dont pourraient se traduire ces types de motivations appliquées au perfectionnisme, et ce, dans le domaine alimentaire de manière générale. Selon le modèle adapté par Cossette (2016), l'ensemble des motivations au perfectionnisme pourrait se regrouper en sept raisons principales, classées selon leur niveau d'autodétermination.



**Amotivation.** Avec le plus faible niveau d'autodétermination, l'amotivation correspond à une personne qui adopte des comportements perfectionnistes dans le domaine de l'alimentation sans en connaître la raison. Est-il possible de croire que les personnes qui présentent un trouble alimentaire adoptent des actions perfectionnistes sans savoir pourquoi? L'étude de Graziano et Sikorski (2014) avance que les personnes préoccupées par l'alimentation et le poids sont susceptibles de ressentir des symptômes dépressifs et que ceux-ci peuvent être le résultat d'un échec constant d'atteindre leurs standards personnels subjectifs. Ainsi, ces individus sont à risque de ressentir un sentiment d'inefficacité personnelle ou de désespoir devant l'échec de l'atteinte de leurs standards. En ce sens, il est possible de croire que la quête de perfection dans le poids et l'alimentation peut se présenter dans un style amotivé lorsque les personnes ne voient plus l'effet de leur action sur leur cible.

**Motivation externe matérielle positive.** Un comportement perfectionniste peut aussi être motivé par la régulation externe matérielle positive, lorsqu'une personne s'impose des exigences personnelles élevées dans l'espoir d'obtenir des récompenses concrètes liées au succès (trophées, diplômes, etc.). Par exemple, une personne présentant un trouble alimentaire pourrait vouloir être la plus mince d'un groupe d'appartenance et en faire une victoire personnelle. Dans ce cas-ci, une personne utiliserait le perfectionnisme pour obtenir un gain concret.

**Motivation externe matérielle négative.** Parallèlement, la motivation derrière le perfectionnisme peut être externe matérielle et négative, c'est-à-dire que les personnes présentant des symptômes alimentaires adoptent des comportements perfectionnistes par peur d'être responsables d'un événement négatif et pour s'en protéger (peur d'un accident, d'un désastre, etc.). Dans ce cas-ci, le perfectionnisme serait utilisé pour répondre à un besoin de sécurité. Cela semble être le cas pour les personnes qui présentent un trouble obsessionnel compulsif, qui adopteraient des comportements perfectionnistes dans l'objectif de se protéger de dangers potentiels en exerçant un contrôle sur l'environnement (Mallinger, 1984). Ce style motivationnel pourrait s'avérer moins présent dans les troubles alimentaires.

**Motivation externe sociale.** La régulation externe sociale se présente lorsqu'une personne détermine sa valeur en fonction du regard des autres et s'impose de hauts standards perfectionnistes dans le but de recevoir l'approbation de l'autre ou d'éviter le rejet. Ces personnes adoptent des comportements perfectionnistes motivés par une peur de décevoir ou pour être respectées par les autres. Les études s'entendent pour soutenir la présence de la composante « Perfectionnisme socialement prescrit » du modèle multidimensionnel de Hewitt et Flett (1991) dans l'anorexie mentale (Bastiani et al., 1995; Cockell et al., 2002) et de façon plus mitigée dans la boulimie (Lilenfeld et al., 2000; Pearson, & Gleaves, 2006; Pratt, Telch, Labouvie, Wilson, & Agras, 2001). En d'autres mots, cela laisse sous-entendre que le perfectionnisme semble être adopté en réponse à des pressions sociales pour certains troubles alimentaires. De plus, les

conclusions de Hewitt, Flett et Ediger (1995) avancent que le perfectionnisme chez les TA semble lié à un besoin de se conformer à un idéal de perfection qui serait exigé par les autres. Cela semble être en lien avec l'idée que le poids et l'apparence physique occupent une place centrale dans le concept de soi de ces individus et par conséquent, cela les pousse à vouloir se montrer à tout prix parfaits devant autrui. Ces données suggèrent, encore une fois, que la motivation sociale pourrait se cacher derrière les TA. Donc, ces données laissent sous-entendre que le perfectionnisme pourrait être utilisé pour combler un désir d'appartenance (être estimé ou aimé par les autres, avoir un statut, etc.).

**Motivation introjectée.** La régulation introjectée consiste à rechercher la perfection pour rehausser l'estime de soi ou pour éviter les émotions négatives comme la culpabilité et la honte. Ce type de motivation concerne les individus qui se fixent de hauts standards dans l'objectif de se prouver qu'ils ont de la valeur ou bien pour éviter d'être déçus d'eux-mêmes lorsqu'ils n'agissent pas d'une manière parfaite. L'introjection serait donc cohérente avec l'idée de Hewitt et Flett (1993) qui avance que de s'efforcer de paraître sans faille peut être une tentative de compenser un manque d'estime de soi. Le modèle de Fairburn (2008) suggère que la perception de soi est excessivement dépendante de la capacité à contrôler et atteindre les hauts standards chez une clientèle préoccupée par l'alimentation et le poids (voir Figure 1).

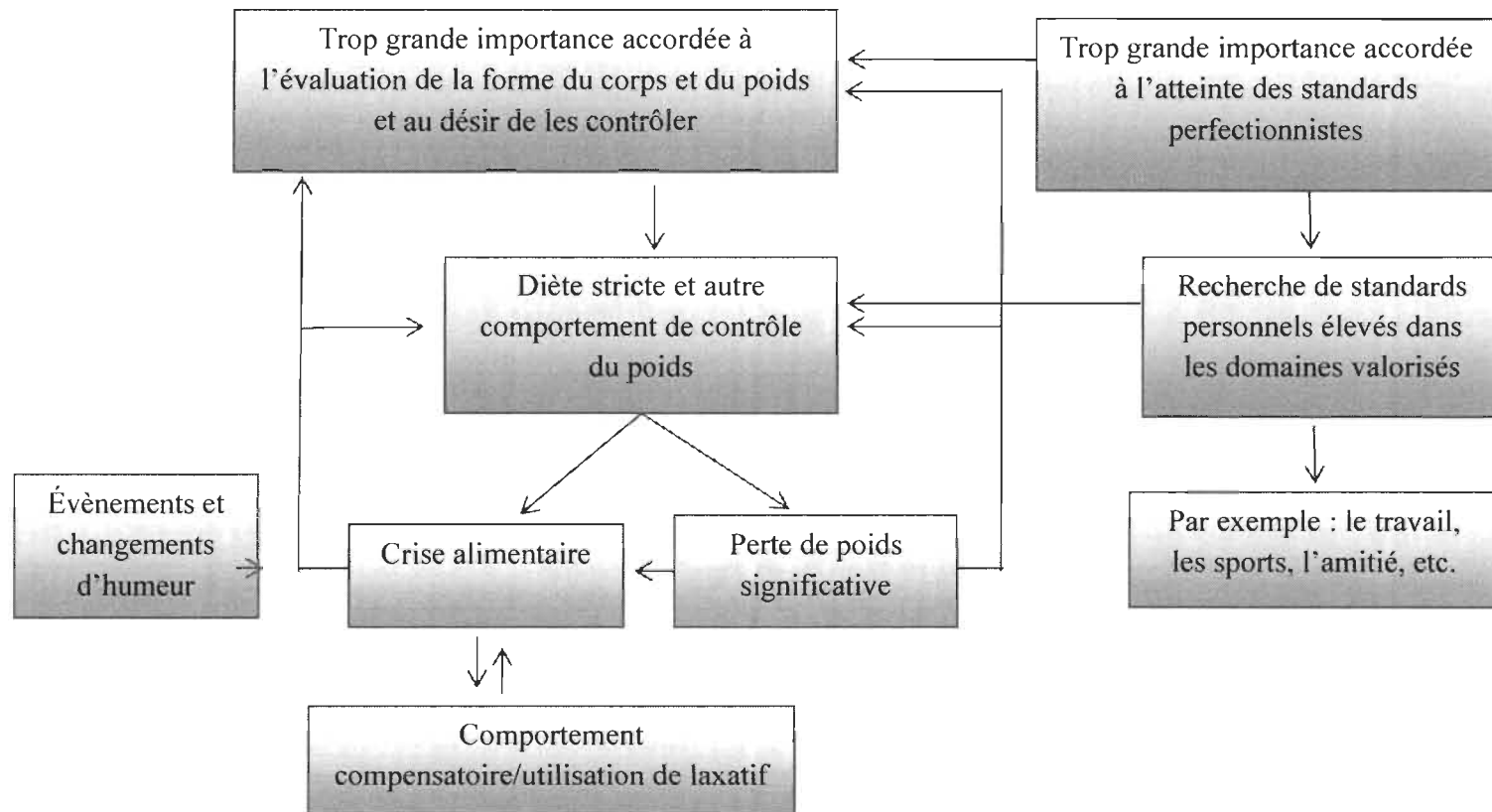


Figure 1. Représentation du modèle transdiagnostique de maintien des troubles alimentaires (version traduite en français) (Fairburn, 2008).

En d'autres mots, l'estime personnelle serait grandement déterminée par l'habileté à atteindre les standards personnels élevés sur le plan de l'alimentation, de la forme du corps et du poids. Par exemple, une personne qui n'atteint pas le poids qu'elle s'est fixé pourrait interpréter ce fait comme la preuve que sa personne entière est un échec. Ainsi, les traits perfectionnistes des personnes qui présentent un trouble alimentaire seraient liés à des distorsions cognitives qui font qu'elles sont plus susceptibles d'interpréter leurs erreurs comme étant des échecs (Bulik et al., 2003) et de s'en tenir responsables. Par conséquent, cela les maintient dans un cercle vicieux leur faisant vivre une expérience d'échec et contribuant à une image négative d'elles-mêmes (Fairburn, 1997).

Il a été sous-entendu que la présence d'autocritique sévère, une conséquence du perfectionnisme, pourrait amener une évaluation négative de soi, qui elle, pourrait encourager la fixation de hauts standards chez les personnes préoccupées par l'alimentation ou le poids (Wade, O'Shea, & Shafran, 2016). En ce sens, il serait possible de croire que la tendance au perfectionnisme amènerait les personnes ayant un TA à se fixer de hauts standards de performance dans le but d'éviter une perception négative d'elles-mêmes, et par le fait même, de leur donner une chance de rehausser leur estime personnelle. Le fait de se fixer de hauts standards pourrait être perçu comme une occasion d'augmenter leur sentiment de valeur personnelle.

En revanche, si elles n'atteignent pas leurs standards, elles sont susceptibles de s'imposer une autocritique sévère par rapport aux échecs perçus et vouloir encore une

fois tenter de rehausser leur estime personnelle en se fixant de nouveaux standards. Ce cycle met en évidence un cercle vicieux dans lequel ces personnes sont prises (voir Figure 2) (Shafran et al., 2002). Il est possible de croire que l'atteinte de la perfection dans l'alimentation devienne un moyen de répondre à un besoin d'augmenter le sentiment de valeur personnelle ou de se sentir compétent. Ce tableau est donc cohérent avec la motivation introjectée.

**Motivation identifiée.** La régulation identifiée correspond au fait de valoriser et s'engager dans un comportement perfectionniste parce qu'il est lié aux buts et aux valeurs de l'individu. Cette motivation serait autodéterminée, donc l'individu se sentirait libre dans l'exécution de son comportement perfectionniste. Dans le monde de l'alimentation, une personne perfectionniste pourrait avoir un désir d'atteindre une santé optimale (faire des choix alimentaires parfaits ou sains) parce que cela est considéré comme faisant partie du système de valeurs de l'individu. Dans ce cas-ci, une personne viserait la perfection dans l'alimentation pour s'investir à fond dans ce qui est important pour elle.

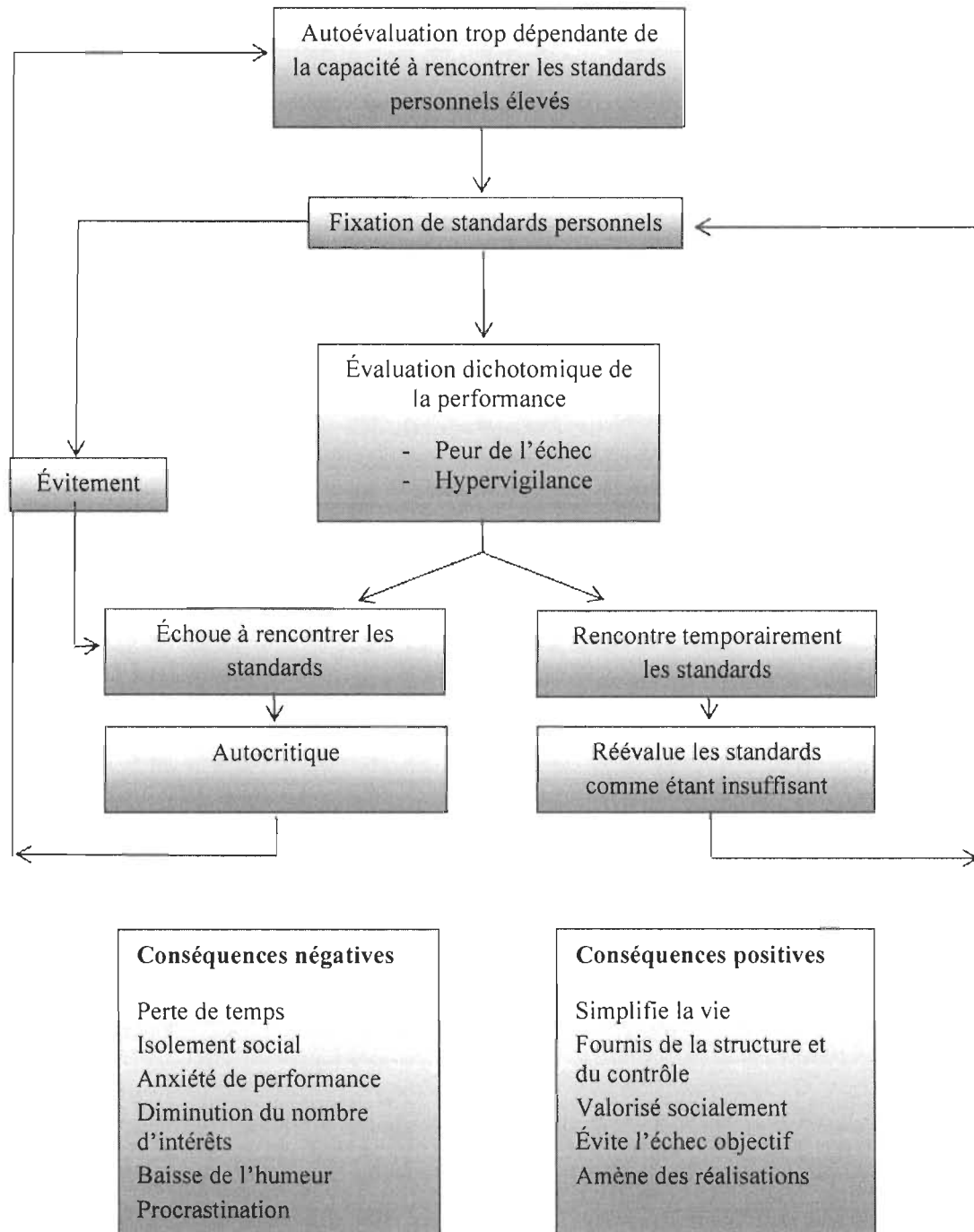


Figure 2. Représentation du modèle de maintien du perfectionnisme (version traduite en français) (Shafran, Cooper, & Fairburn, 2002).

L'orthorexie n'est toujours pas un trouble reconnu comme faisant partie de la 5<sup>e</sup> édition du Manuel diagnostique des troubles mentaux (American Psychiatric Association, 2013). Toutefois, il est possible de le définir par une préoccupation excessive et une adhérence stricte à une diète qui est considérée comme saine et pure par un individu (Bratman & Knight, 2000; Dunn & Bratman, 2016). Dans ce cas, la trop grande importance accordée à la recherche d'une alimentation considérée « parfaite » peut s'avérer malsaine pour un individu, lorsque poussée à l'extrême. En ce sens, il est possible que la motivation identifiée soit pervertie, d'une certaine façon, lorsqu'une valeur comme la santé optimale est investie d'une manière trop rigide et sans considération pour les conséquences négatives associées (préoccupations obsessionnelles, peur d'attraper une maladie, impression d'impureté, sentiment de honte, etc.) (Dunn & Bratman, 2016). Par conséquent, il serait possible de croire que cette motivation au perfectionnisme puisse se présenter derrière une clientèle préoccupée par l'alimentation et le poids.

**Motivation intrinsèque.** Enfin, la motivation intrinsèque, possédant le plus haut niveau d'autodétermination, concerne une personne qui recherche et retire du plaisir à se surpasser ou à atteindre de hauts standards d'excellence. Cela correspond à un individu qui agit d'une façon perfectionniste, car il obtient une satisfaction à se sentir de plus en plus compétent et cela lui permet de ressentir des émotions qu'il apprécie. Il est possible de diviser cette motivation en trois concepts distincts, soit la motivation intrinsèque liée à la connaissance, à l'accomplissement et à la stimulation (Deci & Ryan, 1985).



La motivation liée à la connaissance se présente lorsqu'une personne expérimente une activité pour le plaisir d'apprendre et pour essayer de comprendre quelque chose de nouveau. Dans le domaine de l'alimentation, cela pourrait correspondre au fait de chercher à avoir des compétences qui s'approchent de la perfection, comme par exemple, de vouloir constamment approfondir ses connaissances en matière de nutrition ou d'apport énergétique. En ce qui concerne la motivation liée à l'accomplissement, elle s'expérimente lorsqu'une personne éprouve de la satisfaction à accomplir une tâche ou à créer quelque chose de nouveau. Par exemple, prendre plaisir à exécuter une nouvelle recette et la contempler. Enfin, la motivation liée à la stimulation concerne une personne qui s'engage dans une activité pour expérimenter les sensations associées. Prendre le temps de déguster les aliments et apprécier leur saveur serait un comportement sain lié à ce concept (Deci & Ryan, 1985). Toutefois, il est difficile de croire que les personnes qui présentent un TA éprouvent un réel plaisir intrinsèque dans l'alimentation puisque ce thème est inhérent à la problématique.

### **Impact de la sévérité des symptômes**

Egan, Piek, Dyck, Rees et Hagger (2013) ont démontré des différences significatives entre un échantillon clinique sur des diagnostics à l'axe I (trouble anxieux ou trouble dépressif) et un échantillon de sportifs sur la motivation au changement dans le perfectionnisme. Le groupe clinique adopte des comportements perfectionnistes avant tout pour gagner le respect des autres à travers leurs accomplissements alors que le groupe non clinique adopte des comportements perfectionnistes avant tout pour

eux-mêmes. D'une part, cela laisse sous-entendre qu'il pourrait exister différents styles motivationnels en fonction de l'intensité des symptômes psychopathologiques observés et d'autre part, cela suggère que les raisons au perfectionnisme semblent devenir extrinsèques à l'individu, lorsqu'associées à des symptômes cliniques. Cela est cohérent avec la théorie de l'autodétermination (Deci & Ryan, 1985) qui avance que plus un comportement est motivé de façon intrinsèque, plus il risque d'être associé à des conséquences positives pour un individu. Par conséquent, il est possible de croire que plus un comportement est régulé de façon extrinsèque, plus il risque d'être associé à des conséquences négatives pour un individu. En ce sens, en plus de l'objectif principal de l'étude, il serait intéressant de regarder si différents profils motivationnels se retrouvent en fonction de la gravité des symptômes alimentaires et si ces motifs sont régulés de façon externe à l'individu pour la clientèle présentant la symptomatologie alimentaire la plus sévère.

### **Question et hypothèses de recherche**

L'objectif principal de cette étude vise à clarifier les profils motivationnels au perfectionnisme auprès d'une clientèle préoccupée par l'alimentation, la forme du corps et le poids. Pour ce faire, la question de recherche est formulée ainsi : « Quels sont les profils motivationnels sous-jacents au perfectionnisme dans les troubles alimentaires? » De façon cohérente avec la littérature, la motivation introjectée et la motivation externe sociale au perfectionnisme devraient prédire la plus grande part de la variance des symptômes de TA de cette clientèle.

Une question de recherche complémentaire pourrait être formulée ainsi : « Est-ce que les profils motivationnels au perfectionnisme varient en fonction de l'intensité des symptômes alimentaires? » À ce sujet, de façon cohérente avec la théorie de l'autodétermination, la motivation au perfectionnisme extrinsèque devrait prédire la plus grande part de la variance des symptômes chez les participants présentant le plus haut niveau de symptomatologie alimentaire.

## Méthode

### Déroulement et participants

Cette étude a été approuvée par le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR)<sup>1</sup>. L'échantillon est composé de 109 femmes âgées de 14 à 65 ans (âge moyen :  $28 \pm 11,06$ ). Les 9 hommes qui ont participé à l'étude sont retirés des analyses étant donné leur faible nombre. La grande majorité des participantes est d'origine canadienne (85 %) et leur langue maternelle est le français (98 %). Cinquante-quatre participantes ont été recrutées à partir de la Maison l'Éclaircie et cinquante-cinq proviennent d'ANEB (Anorexie et Boulimie Québec), qui sont deux organismes offrant des soins aux personnes aux prises avec des difficultés alimentaires. Plus précisément, la Maison l'Éclaircie est un organisme communautaire offrant des soins aux personnes qui vivent des comportements s'apparentant à l'anorexie mentale ou à la boulimie. Les participants provenant de cet organisme ont été invités à remplir le questionnaire en version

---

<sup>1</sup> Numéro de certificat éthique : CER-15-217-07.02

manuscrite ou en version électronique lors de leur entrée dans le programme d'aide entre novembre 2015 et mai 2017. ANEB est un organisme sans but lucratif qui offre des services variés et spécialisés aux personnes qui présentent un trouble alimentaire et à leurs proches. Les participants de l'organisme ANEB ont été informés de l'étude à l'aide de la page Facebook et de l'infolettre de ce regroupement, invitant les gens qui sont préoccupés par l'alimentation ou le poids à répondre au questionnaire en ligne sur le logiciel *Survey Monkey* à partir de septembre 2016. Les participants intéressés étaient invités à remplir le questionnaire après avoir lu le formulaire de consentement et consenti librement à participer à l'étude.

### **Instruments de mesure**

L'ensemble des questionnaires détaillés ci-dessous a été complété dans le même ordre, et ce, pour l'ensemble des participantes. Tout d'abord, un questionnaire sociodémographique a permis d'obtenir des renseignements généraux sur les individus : provenance de l'organisme, sexe, âge, langue maternelle, nationalité, état civil, niveau de scolarité et salaire moyen.

Le Questionnaire de perfectionnisme (Langlois et al., 2009) a permis de mesurer les manifestations saines et malsaines du perfectionnisme des participantes de l'échantillon. La consistance interne du questionnaire a été calculé dans le présent échantillon et elle est satisfaisante pour la mesure de la recherche de hauts standards personnels (7 items :  $\alpha = 0,78$ ) et excellente pour les conséquences du perfectionnisme

(13 items :  $\alpha = 0,93$ ), construit se rapprochant de la notion des préoccupations perfectionnistes.

Le Questionnaire des motivations sous-jacentes au perfectionnisme (Cossette, 2016) a été utilisé pour mesurer les différentes motivations sous-jacentes au perfectionnisme (voir en Appendice). Les analyses confirmatoires ont supporté la présence de sept motivations sous-jacentes au perfectionnisme, soit (1) la motivation intrinsèque; (2) la motivation identifiée; (3) la motivation introjectée; (4) la motivation externe sociale; (5) la motivation matérielle positive; (6) la motivation matérielle négative; et (7) l'amotivation. Il est possible de considérer l'ensemble de ces profils motivationnels en fonction de deux facteurs latents, soit les motivations autodéterminées ou non autodéterminées. La motivation intrinsèque et identifiée seraient autodéterminées, c'est-à-dire choisies librement et en cohérence avec l'individu, alors que les autres motivations seraient non-autodéterminées. Le questionnaire possède une bonne validité convergente et divergente ainsi qu'une bonne cohérence interne pour chacun de ces sept facteurs rendant l'instrument fidèle (Cossette, 2016).

La version française du *Eating Disorder Examination Questionnaire* (EDE-Q; Fairburn & Beglin, 2008; traduction française de Mobbs & van der Linden, 2006) a été utilisée pour mesurer les comportements alimentaires problématiques. En fonction des analyses du présent échantillon, la consistance interne des quatre facteurs (restriction,

préoccupation alimentaire, préoccupation pour le poids et préoccupation pour la silhouette) est considérée *Satisfaisante à Très bonne*, soit de 0,71 à 0,91.

### **Stratégie d'analyse**

Des analyses de comparaison de moyenne (test-*t* pour échantillons indépendants et  $\chi^2$ ) sont exécutées de façon préliminaire entre les participantes de la Maison l'Éclaircie et ceux d'ANEB. L'objectif est de pouvoir statuer si, indépendamment de leur provenance, l'ensemble des participantes partagent des caractéristiques sociodémographiques et cliniques suffisamment semblables pour faire partie d'un même échantillon. On s'attend naturellement à ce que l'échantillon de la Maison l'Éclaircie présente des scores de symptômes alimentaires plus sévères, car ils proviennent d'un service clinique spécialisé, alors qu'ANEB possède des critères d'inclusion plus vastes pour ses services.

Des analyses de corrélation seront effectuées entre certaines variables (provenance de l'organisme, âge, langue, nationalité, état civil, scolarité et salaire moyen) et les variables principales de l'étude (l'ensemble des motivations et le score global de TA) afin de déterminer si certaines variables doivent être contrôlées pour les analyses ultérieures. Ensuite, l'échantillon sera divisé en deux en fonction de la médiane de la tendance aux troubles alimentaires, ce qui formera deux groupes d'intensité différente de symptômes alimentaires. Des analyses de comparaisons de moyennes seront effectuées entre ces deux groupes afin de s'assurer de la présence de différences significatives.

Enfin, trois analyses de régression sont prévues, une première sera effectuée sur l'échantillon complet, la seconde avec le groupe avec l'intensité la plus faible de symptômes alimentaires et la dernière avec le groupe avec l'intensité la plus élevée afin de voir si ce sont les mêmes motivations qui prédisent la variance des symptômes alimentaires. Ce type de régression permet de présenter en ordre d'importance les motivations qui permettent de prédire une part significative de variance de la symptomatologie alimentaire.

## **Résultats**

### **Analyses préliminaires**

Les postulats de base des régressions ont été respectés (distribution normale et scores indépendants). Une analyse de corrélation entre les différents types de motivation et la mesure de tendance aux troubles alimentaires a permis de valider, d'une part, la présence d'un lien significatif entre les deux variables principales de l'étude et, d'autre part, que l'association entre les différentes motivations correspond au modèle attendu (Deci & Ryan, 1985, 2000) (voir Tableau 1). D'autres analyses de corrélation ont permis de statuer que l'effet de certaines variables (provenance des répondants, âge, langue maternelle, nationalité, état civil et niveau de scolarité) doit être contrôlé dans les analyses ultérieures étant donné leur forte association avec certaines variables principales de l'étude.

Tableau 1

*Analyse de corrélation entre les différents types de motivation et la mesure de symptômes alimentaires*

	Motivation intrinsèque	Motivation identifiée	Motivation introjectée	Motivation sociale	Motivation matérielle positive	Motivation matérielle négative	Amotivation
Tendance TA	0,370**	0,384**	0,570**	0,424**	0,245*	0,292**	0,187
Motivation intrinsèque		0,606**	0,560**	0,382**	0,288**	0,312**	0,104
Motivation identifiée			0,525**	0,506**	0,515**	0,464**	0,155
Motivation introjectée				0,497**	0,337**	0,360**	0,275**
Motivation sociale					0,626**	0,532**	0,232*
Motivation matérielle positive						0,512**	0,320**
Motivation matérielle négative							0,311**
Amotivation							

Notes. N = 109

\* $p < 0,05$     \*\* $p < 0,01$



### **Analyses de comparaison des échantillons**

Ce type d'analyse est lancé à deux reprises. La première va comparer les résultats des participantes provenant de la Maison l'Éclaircie à ceux d'ANEB et la seconde va comparer les résultats de ceux ayant les symptômes alimentaires d'intensité faible à ceux d'intensité élevée.

Donc, sur le plan sociodémographique, lorsque l'on compare l'échantillon de la Maison l'Éclaircie et d'ANEB, uniquement des différences au niveau de l'âge des participantes ( $t(107) = 2,703, p < 0,05$ ) et du niveau de scolarité sont observées ( $\chi^2(7) = 18,104, p < 0,05$ ). Ainsi, les répondants provenant de la Maison l'Éclaircie étaient significativement plus jeunes (âge moyen :  $26 \pm 9,602$ ) et seraient moins scolarisés (diplôme d'études collégiales). En contrepartie, les participantes d'ANEB seraient plus âgées (âge moyen :  $31 \pm 11,775$ ) et seraient diplômées d'un certificat universitaire. En somme, les participantes de la Maison l'Éclaircie et d'ANEB partageraient une proportion semblable d'individus de même langue maternelle ( $\chi^2(2) = 2,000, p > 0,05$ ), de même nationalité ( $\chi^2(4) = 2,335, p > 0,05$ ), de même état civil ( $\chi^2(4) = 4,345, p > 0,05$ ) et de même catégorie salariale ( $\chi^2(5) = 6,817, p > 0,05$ ). Sur le plan des caractéristiques cliniques, les participantes de la Maison l'Éclaircie et d'ANEB présentent des niveaux semblables de perfectionnisme, tant sur le plan des tendances que des conséquences. De plus, comme attendu, le score global de symptomatologie alimentaire est significativement plus important chez les participantes de la Maison l'Éclaircie que chez celle d'ANEB, et ce, sur l'ensemble des sous-échelles

du EDE-Q (restriction, préoccupation alimentaire, préoccupation pour le poids et préoccupation pour la silhouette) (voir Tableau 2).

Étant donné que les analyses de comparaisons de moyenne n'ont pas démontré de différence significative sur la plupart des variables sociodémographiques et cliniques et afin d'augmenter la puissance statistique, un seul et même échantillon est créé avec l'ensemble des participantes, peu importe leur provenance.

En deuxième lieu, ces mêmes analyses de comparaison de moyennes sont relancées entre l'échantillon ayant les symptômes alimentaires d'intensité faible et ceux d'intensité élevé. Ces deux groupes sont obtenus après avoir divisé l'échantillon global par la médiane en fonction de la sévérité des symptômes alimentaires. Il s'agit donc toujours des mêmes participantes. Donc, au niveau des variables sociodémographiques, une seule différence significative est observée entre les deux groupes (intensité faible et élevée de symptômes alimentaires) et il s'agit de la provenance des répondants (ANEB et Maison l'Éclaircie) ( $\chi^2(1) = 7,712, p < 0,05$ ).

Tableau 2

*Analyses de comparaison de moyenne (test-t pour échantillons indépendants) entre les participants de la Maison l'Éclaircie et d'ANEb sur les variables cliniques*

Variable	Maison l'Éclaircie		ANEb		<i>t</i>
	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	
Tendances perfectionnistes	28,14 ( <i>n</i> = 54)	4,20	28,49 ( <i>n</i> = 55)	4,75	0,399
Conséquences du perfectionnisme	48,43 ( <i>n</i> = 53)	10,59	46,60 ( <i>n</i> = 55)	12,73	-0,813
Restriction	3,84 ( <i>n</i> = 54)	1,40	2,89 ( <i>n</i> = 55)	1,76	-3,108*
Préoccupation pour l'alimentation	3,53 ( <i>n</i> = 54)	1,24	2,60 ( <i>n</i> = 55)	1,71	-3,253*
Préoccupation pour le poids	4,88 ( <i>n</i> = 54)	1,26	3,69 ( <i>n</i> = 55)	1,74	-4,085**
Préoccupation pour la silhouette	5,33 ( <i>n</i> = 54)	0,88	4,14 ( <i>n</i> = 55)	1,68	-4,613**
TA global	4,40 ( <i>n</i> = 54)	0,92	3,33 ( <i>n</i> = 55)	1,58	-4,279**

Notes. \**p* < 0,05    \*\**p* < 0,01

Ainsi, 34 personnes de la Maison l'Éclaircie et 20 personnes d'ANEb forment le groupe d'intensité élevée de symptômes alimentaires. Ces données font du sens étant donné que la Maison l'Éclaircie cible des personnes en traitement pour les troubles alimentaires contrairement à la clientèle d'ANEb qui est moins ciblée. Donc, les deux groupes sont semblables au niveau des variables suivantes : âge ( $t(107) = 1,070$ ,  $p > 0,05$ ), langue maternelle ( $\chi^2(2) = 2,000$ ,  $p > 0,05$ ), nationalité ( $\chi^2(4) = 7,852$ ,  $p > 0,05$ ), état civil ( $\chi^2(4) = 2,673$ ,  $p > 0,05$ ), niveau de scolarité ( $\chi^2(6) = 8,869$ ,  $p > 0,05$ ) et catégorie salariale ( $\chi^2(5) = 4,015$ ,  $p > 0,05$ ). Sur le plan des caractéristiques cliniques, il y a une différence significative entre les deux groupes sur l'ensemble des mesures, tel qu'attendu. Par conséquent, les scores sont significativement différents sur la mesure de perfectionnisme, tant les tendances que les conséquences ainsi que sur l'ensemble des mesures de TA (restriction, préoccupation alimentaire, préoccupation pour le poids et préoccupation pour la silhouette) (voir Tableau 3).

### **Analyses de régression**

Les analyses de régression suivantes sont toujours effectuées de la même manière. Dans la première étape, les variables sociodémographiques qui sont corrélées avec les variables principales de l'étude sont mises dans le modèle afin de contrôler leur variance. La deuxième étape consiste à ajouter l'ensemble des motivations au perfectionnisme dans le modèle et de lancer l'analyse de type « pas-à-pas ».

Tableau 3

*Analyses de comparaison de moyenne (test-t pour échantillons indépendants) entre les participants ayant les symptômes alimentaires les plus faibles de ceux ayant les symptômes les plus élevés*

Variable	Intensité faible de symptômes		Intensité élevée de symptômes		<i>t</i>
	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	
Tendances perfectionnistes	27,07 ( <i>n</i> = 55)	4,74	29,59 ( <i>n</i> = 54)	3,80	-3,054*
Conséquences du perfectionnisme	42,92 ( <i>n</i> = 54)	11,96	52,07 ( <i>n</i> = 54)	9,54	-4,394**
Restriction	2,31 ( <i>n</i> = 55)	1,30	4,42 ( <i>n</i> = 54)	1,25	-8,596**
Préoccupation pour l'alimentation	1,84 ( <i>n</i> = 55)	1,05	4,31 ( <i>n</i> = 54)	0,84	-13,571**
Préoccupation pour le poids	3,16 ( <i>n</i> = 55)	1,55	5,43 ( <i>n</i> = 54)	0,53	-10,172**
Préoccupation pour la silhouette	3,74 ( <i>n</i> = 55)	1,47	5,74 ( <i>n</i> = 54)	0,35	-9,701**
TA global	2,77 ( <i>n</i> = 55)	1,13	4,98 ( <i>n</i> = 54)	0,40	-13,512**

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

Les résultats démontrent que, pour l'ensemble de l'échantillon, le bloc 1 (provenance des répondants, âge, nationalité et niveau de scolarité) explique 17,8 % de la variance et c'est la provenance (ANEB ou Maison l'Éclaircie) qui constitue un prédicteur statistiquement significatif. À la deuxième étape, les motivations introjectée et externe sociale au perfectionnisme expliquent respectivement 24 % et 4,5 % de variance de la tendance des troubles alimentaires [ $F(6, 105) = 14,239, p < 0,01$ ] (voir Tableau 4). Les autres types de motivation ne permettent pas de prédire d'une façon significative la mesure de symptomatologie alimentaire.

Des analyses de régression de type « pas-à-pas » ont été relancées pour regarder si des motivations différentes permettaient de prédire la tendance aux TA pour des niveaux d'intensité de symptômes différents. Le Tableau 5 présente les résultats de la régression pour le groupe ayant le moins de symptômes alimentaires. Les résultats indiquent que le bloc 1 (provenance des répondants, âge et niveau de scolarité) explique 21 % de la variance et que seule la provenance est statistiquement significative. Dans le bloc 2, la motivation externe sociale au perfectionnisme est le seul profil motivationnel qui explique une partie de la variance de la tendance aux troubles alimentaires, et ce, pour 11 % [ $F(4, 53) = 5,785, p < 0,01$ ].

Tableau 4

*Analyse de régression de type « pas-à-pas » prédisant la tendance aux troubles alimentaires à partir des types de motivation au perfectionnisme pour l'ensemble de l'échantillon*

Variable prédictive	Symptômes alimentaires	
	$\beta$	$\Delta R^2$
Étape 1 (constante)		
Provenance	0,285**	0,178**
Âge	0,088	
Nationalité	-0,120	
Scolarité	-0,090	
Étape 2		
Motivation introjectée	0,377**	0,240**
Motivation sociale	0,253**	0,045**
R <sup>2</sup>		0,463
R <sup>2</sup> ajusté		0,431

Notes. N = 109

\* $p < 0,05$     \*\* $p < 0,01$

Tableau 5

*Analyse de régression de type « pas-à-pas » prédisant la tendance aux troubles alimentaires à partir des types de motivation au perfectionnisme pour le sous-groupe 1 (intensité faible de symptômes alimentaires)*

Variable prédictive	Intensité faible de symptômes	
	$\beta$	$\Delta R^2$
Étape 1 (constante)		
Provenance	0,458**	0,210**
Âge	0,038	
Scolarité	-0,012	
Étape 2		
Motivation sociale	0,342**	0,110**
R <sup>2</sup>		0,321
R <sup>2</sup> ajusté		0,265

Notes.  $n = 55$

\* $p < 0,05$     \*\* $p < 0,01$

En revanche, pour l'échantillon qui présente davantage de symptômes alimentaires, les résultats indiquent que le bloc 1 (provenance des répondants, langue maternelle, état civil et niveau de scolarité) explique 11,6 % de la variance et aucune de ces variables n'est statistiquement significative. Ensuite, au bloc 2, c'est l'amotivation et la motivation identifiée au perfectionnisme qui sont les deux seuls prédicteurs, expliquant respectivement 10,5 % et 7,3 % de variance de la tendance aux TA [ $F(6, 51) = 3,396$ ,  $p < 0,05$ ] (voir Tableau 6).



Tableau 6

*Analyse de régression de type « pas-à-pas » prédisant la tendance aux troubles alimentaires à partir des types de motivation au perfectionnisme pour le sous-groupe 2 (intensité élevée de symptômes alimentaires)*

Variable prédictive	Intensité élevée de symptômes	
	$\beta$	$\Delta R^2$
Étape 1 (constante)		
Provenance	-0,052	0,134
Langue	0,307	
État civil	0,092	
Scolarité	-0,231	
Étape 2		
Amotivation	0,389**	0,105*
Motivation identifiée	0,289*	0,073*
R <sup>2</sup>		0,312
R <sup>2</sup> ajusté		0,220

Notes.  $n = 54$

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

## Discussion

### Retour sur l'objectif principal

Un des premiers objectifs de l'étude était de vérifier quels profils motivationnels pouvaient se retrouver derrière le perfectionnisme d'une clientèle ayant des symptômes alimentaires. Les résultats des analyses montrent que, pour l'ensemble de l'échantillon et dans le domaine de l'alimentation et du poids, ces individus adopteraient des comportements perfectionnistes avant tout pour protéger leur estime personnelle, pour

éviter certaines émotions négatives (honte ou culpabilité), ou pour protéger leurs relations interpersonnelles et éviter d'être rejeté. Ces données supportent les hypothèses principales, de sorte que les enjeux principaux sous-jacents aux comportements perfectionnistes seraient en lien avec l'évitement de la honte de soi (motivation introjectée) et pour éviter la honte devant le regard des autres (motivation sociale).

Il est intéressant de remarquer que ces deux profils motivationnels se situent côte à côte sur le continuum motivationnel, ce qui est cohérent avec la littérature sur les motivations (Deci & Ryan, 1985, 2000). Selon Deci et Ryan (2008), ces deux profils font partie des motivations dites contrôlées, donc qui se présentent lorsqu'une personne ressent une pression ou une exigence externe dans l'adoption d'un comportement. La motivation introjectée, bien qu'elle implique que la personne veuille éviter sa propre honte, demeure une motivation externe dans le sens où elle est effectuée par pression et donc non autodéterminée. En général, plus l'on se rapproche de la motivation intrinsèque sur le continuum de l'autodétermination, plus la motivation devient autonome, donc l'individu se sent libre de choisir pleinement ses actions. Ainsi, une personne ayant une motivation externe sociale aurait moins intégré les contraintes externes qu'une personne ayant une motivation introjectée. Donc, cette dernière aurait tendance à orienter ses comportements dans le but d'éviter la honte qu'elle pourrait ressentir devant le regard d'autrui. La personne pourrait croire que ses relations sont en danger (besoin d'appartenance). Plus une personne se rapproche de l'introjection, plus la honte serait intériorisée et plus la personne chercherait à protéger son estime personnelle

plutôt que son désir d'appartenance. Ainsi, les résultats de l'étude démontrent que les personnes préoccupées par l'alimentation et le poids semblent présenter ces deux types de motivation, et qu'elles agiraient donc d'une manière perfectionniste pour protéger à la fois son estime personnelle et ses relations avec les autres.

Plus précisément, cette analyse des motivations derrière le perfectionnisme semble nous informer des besoins que la personne cherche à combler avec ce comportement. Derrière une motivation externe sociale pourrait se cacher un désir d'affiliation (être approuvé ou être estimé par les autres) et derrière une motivation introjectée pourrait se cacher une intention de prouver sa valeur. Dans l'ensemble, les résultats de l'étude suggèrent l'idée que les personnes qui sont préoccupées par l'alimentation et le poids utiliseraient le perfectionnisme pour protéger leur affiliation (relations sociales, désir d'appartenance, etc.) et pour protéger leur estime personnelle (sentiment de compétence, avoir de la valeur, etc.). Cela est cohérent avec la littérature énoncée précédemment sur le rôle du perfectionnisme dans les troubles alimentaires, qui soutient d'une part, que ce comportement puisse être exercé à la suite de pressions sociales laissant sous-entendre un désir d'affiliation ou d'appartenance (Hewitt et al., 1995) et d'autre part, que le perfectionnisme pourrait être une occasion de rehausser l'estime personnelle (Fairburn et al., 2003; Shafran et al., 2002). Mais est-il plus dommageable pour un individu d'utiliser le perfectionnisme pour répondre à des besoins d'estime personnelle ou des enjeux d'affiliation? L'idée de regarder les profils motivationnels qui ressortent selon l'intensité des symptômes alimentaires (faible et élevé) pourrait aider à y voir plus clair.

### **Retour sur l'objectif complémentaire**

Un autre objectif poursuivi par l'étude était de découvrir s'il existe une différence sur le plan motivationnel en fonction de l'intensité des symptômes alimentaires. Comme avancé par l'étude de Egan et al. (2013), des différences motivationnelles existeraient entre des populations cliniques et non cliniques, d'où l'idée d'aller plus loin dans cette exploration chez une clientèle préoccupée par l'alimentation et le poids. Il est connu que plus un comportement est autodéterminé, donc dirigé par des motifs intrinsèques ou identifiés, plus il est généralement associé à des conséquences positives (satisfaction, plaisir, etc.) (Deci & Ryan, 1985). Par conséquent, il est possible de croire que plus un comportement est non autodéterminé, donc choisi pour des raisons extrinsèques (éviter de déplaire, obtenir une récompense, etc.), plus il est susceptible d'occasionner des conséquences négatives (tension interne, éloignement des valeurs, etc.). Il serait donc attendu que plus une personne présente des symptômes alimentaires sévères, plus sa motivation au perfectionnisme serait extrinsèque.

Les résultats observés ne vont pas dans le même sens que l'hypothèse de départ. Ainsi, l'échantillon le moins sévère sur le plan symptomatique serait motivé de façon externe sociale dans l'adoption de comportement perfectionniste, alors que l'échantillon ayant les symptômes les plus sévères adopterait des comportements perfectionnistes dans un style amotivé ou identifié. En d'autres termes, cela suggère que les gens les plus préoccupés sur le plan alimentaire utiliseraient le perfectionnisme dans ce domaine sans

en connaître les raisons ou parce que cela est cohérent avec leurs buts ou leur système de valeurs.

Ces résultats sont très intéressants, de sorte qu'ils reflètent un volet qui ne semble pas cohérent en apparence avec la littérature sur le sujet. En ce sens, il est connu que plus une motivation se rapproche de la motivation intrinsèque sur le continuum de l'autodétermination, plus cette motivation devient autonome, donc choisie librement par l'individu (Deci & Ryan, 2008). La motivation identifiée au perfectionnisme correspondrait au désir d'être parfait dans le domaine de l'alimentation parce que c'est ce qui est cohérent avec les buts et les valeurs de l'individu. Ainsi, comment comprendre qu'une motivation autodéterminée puisse se retrouver derrière l'utilisation du perfectionnisme auprès d'une clientèle de symptômes alimentaires sévères? Il est possible de croire que la motivation identifiée ait été pervertie d'une certaine façon par les participantes. La trop grande importance accordée à la recherche d'une alimentation considérée « parfaite » ou au contrôle dans ces domaines semblent expliquer l'apparition de la motivation identifiée dans les résultats. Dans ce cas, la quête de contrôle dans l'alimentation semble investie d'une manière trop rigide et sans considération pour les conséquences négatives associées (perte de poids, pensées obsédantes, comportements compensatoires inappropriés, etc.). Il est possible de croire qu'une certaine rigidité cognitive puisse caractériser ces individus ayant des symptômes alimentaires sévères, particulièrement lorsqu'elles s'investissent à fond dans le contrôle de leur alimentation. Par ailleurs, la trop grande importance accordée à l'évaluation de la forme du corps et du

poids et au désir de les contrôler est le principal élément explicatif des TA du modèle de Fairburn (2008). Il est donc possible de supposer qu'une des caractéristiques principales de la problématique semble être devenue inhérente à ce qui est considéré comme important et cohérent pour les participantes.

Dans le même ordre d'idées, ces individus pris dans ce cercle vicieux sont à risque de vivre des sentiments d'impuissance, ce qui nous oriente vers l'amotivation, qui est ressortie également comme motivation au perfectionnisme chez les plus symptomatiques. Par définition, l'amotivation possède le plus faible niveau d'autodétermination, donc l'individu n'a pas un grand sentiment de liberté dans l'exécution de son comportement perfectionniste. Il est possible qu'un style amotivé se présente suite à l'échec perçu de l'action perfectionniste sur la cible souhaitée. Par exemple, une personne qui utiliserait le perfectionnisme comme un moyen de compenser une faible estime personnelle ou parce que ce domaine est identifié comme important pour elle pourrait se rendre compte que ce moyen s'avère inefficace et poursuivre l'utilisation du perfectionnisme tout de même par impuissance devant un constat d'inefficacité. Dans ces circonstances, l'individu poursuivrait ses comportements perfectionnistes, mais ne saurait plus pourquoi. Notamment, l'étude de Graziano et Sikorski (2014) suggère que des symptômes dépressifs peuvent apparaître suite au sentiment d'avoir échoué à atteindre ses standards personnels subjectifs. Il est possible de croire que ces individus seraient de bons candidats pour débiter un processus thérapeutique étant donné la prise de conscience quant à l'inefficacité de leurs stratégies

et le contact avec des affects dépressifs entourant l'impuissance. Par conséquent, il est cohérent que le perfectionnisme soit utilisé dans un style amotivé auprès d'une clientèle de symptômes alimentaires sévères.

En ce qui concerne les individus présentant une symptomatologie moins sévère sur le plan alimentaire, les résultats démontrent que ces derniers seraient motivés d'une manière externe sociale dans leur perfectionnisme. Ainsi, ces individus exécuteraient des comportements perfectionnistes dans le but d'être avant tout appréciés ou approuvés par les autres. Il est possible de constater que ceux ayant les symptômes alimentaires les plus légers se retrouvent dans des enjeux de peur du rejet (honte devant le regard d'autrui). Dans cet échantillon, les personnes pourraient ne pas avoir encore intériorisé l'idée qu'ils sont rejetables. En d'autres termes, le perfectionnisme visant à combler un besoin d'affiliation (être approuvé ou être estimé par les autres) semble être moins dommageable étant donné que les participantes qui agissent sous l'impulsion de cette motivation ont des symptômes alimentaires d'intensité faible. Bien entendu, avant d'interpréter davantage, d'autres variables devraient être considérées telles que l'âge, le type de TA ou la durée des comportements alimentaires problématiques. Malgré tout, ces résultats suggèrent que la honte devant le regard d'autrui pourrait être moins dommageable pour un individu.

Il est possible de faire un lien avec la honte interne, qui correspond à la honte basée sur la façon dont une personne se juge et la honte externe, qui correspond à la honte

basée sur la façon dont une personne a l'impression que les autres la jugent (Gilbert, 1998). Selon l'étude de Troop, Allan, Serpall et Treasure (2008), la clientèle avec des symptômes d'anorexie expérimentait davantage de honte externe par rapport à ceux présentant des symptômes de boulimie. Ainsi, les personnes qui présentent une anorexie mentale présenteraient de la honte externe et celle-ci serait en lien avec l'importante perte de poids qui est souvent associée à ce trouble. La honte interne serait davantage associée à la boulimie et cela s'expliquerait au niveau de la trop grande importance accordée à la forme du corps et du poids. Donc, bien que la honte de soi semble être plus dommageable comparativement à la honte face au regard d'autrui derrière l'utilisation du perfectionnisme dans notre échantillon (puisque'elle ressort dans le groupe ayant les symptômes les plus élevés), il serait prématuré de généraliser ces résultats. Il est possible de croire que la honte se manifeste de différentes façons en fonction des différents diagnostics de trouble alimentaire, par conséquent, cela pourrait avoir une influence sur les raisons pour lesquelles le perfectionnisme est utilisé. Donc, ces données viennent nuancer nos interprétations et appuient l'idée d'explorer dans le cadre d'étude ultérieure si le perfectionnisme s'exprime de différente façon en fonction des différents troubles alimentaires.

Malgré les pistes de réflexion que suggère cette étude, celle-ci gagnerait à être répliquée, car elle comporte des limites. Le fait que l'étude soit basée sur un recrutement effectué dans deux organismes de soins aux troubles alimentaires limite la possibilité de généralisation. L'échantillon de l'étude ne reflète probablement pas l'ensemble des



troubles existant sur le continuum alimentaire. Il serait pertinent de pouvoir valider auprès d'autres populations de TA si les motivations au perfectionnisme ressortent de façon cohérente à celles identifiées dans le cadre de cette recherche-ci et même de regarder si ces motivations diffèrent en fonction du type de trouble alimentaire. Par ailleurs, ajouter des hommes et des femmes provenant de divers milieux augmenterait certainement la possibilité de généraliser les résultats d'une manière plus juste. D'ailleurs, augmenter le nombre de participants permettrait de limiter les impacts de la perte de puissance statistique, principalement lorsque l'échantillon est divisé en deux. En effet, il est possible que d'autres motivations au perfectionnisme permettent de prédire la tendance aux TA, mais ces dernières ne sont peut-être pas ressorties dans les analyses en raison de la taille d'échantillon restreinte. Enfin, comme la honte ressentie semble se présenter d'une façon différente à travers les différents troubles alimentaires, il serait intéressant de regarder si cela a un impact sur les motivations au perfectionnisme.

Pour conclure, l'étude visait à clarifier les types de motivation au perfectionnisme au sein de la clientèle préoccupée par l'alimentation et le poids. L'exploration des motivations qui se cachent derrière ce comportement permet d'élargir les cibles d'intervention possible dans le traitement des TA. En ce sens, clarifier les raisons sous-jacentes au comportement perfectionniste permet de cibler le besoin (besoin d'affiliation, besoin d'estime, etc.) que les individus tentent de combler en adoptant de comportements perfectionnistes. Malgré ces limites méthodologiques, la présente recherche ouvre de nouvelles pistes de réflexion pouvant bonifier l'intervention auprès

de cette clientèle. Les analyses de l'ensemble de l'échantillon indiquent, comme attendu, que le perfectionnisme de type introjecté et externe social explique une partie des tendances aux troubles alimentaires. Les résultats suggèrent aussi de porter attention à un style amotivé et à une possible forme de motivation identifiée perversie qui pourrait se manifester à travers une trop grande importance accordée au contrôle dans le domaine de l'alimentation.

## Références

- American Psychiatric Association. (2013). *DSM-5 : Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5<sup>e</sup> éd.). Washington, DC: Author.
- Antony, M. M., Purdon, C. L., Huta, V., & Swinson, R. P. (1998). Dimensions of perfectionism across the anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*, *36*, 1143-1154. doi: 10.1016/S0005-7967(98)00083-7
- Bardone-Cone, A. M., Wonderlich, S. A., Frost, R. O., Bulik, C. M., Mitchell, J. E., Uppala, S., & Simonich, H. (2007). Perfectionism and eating disorders: Current status and future directions. *Clinical Psychology Review*, *27*, 384-405. doi: 10.1016/j.cpr.2006.12.005
- Bastiani, A. M., Rao, R., Weltzin, T., & Kaye, W. H. (1995). Perfectionism in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, *17*, 147-152. doi: 10.1002/1098-108X(199503)17:2<147::AID-EAT2260170207>3.0.CO;2-X
- Bieling, P. J., Israeli, A., & Antony, M. M. (2004). Is perfectionism good, bad, or both? Examining models of the perfectionism construct. *Personality and Individual Differences*, *36*, 1373-1385. doi: 10.1016/S0191-8869(03)00235-6
- Bulik, C. M., Tozzi, F., Anderson, C., Mazzeo, S. E., Aggen, S., & Sullivan, P. F. (2003). The relation between eating disorders and components of perfectionism. *The American Journal of Psychiatry*, *160*, 366-368. doi: 10.1176/appi.ajp.160.2.366
- Burns, D. D. (1980). The perfectionist's script for self-defeat. *Psychology Today*, *14*, 34-52.
- Bratman, S., & Knight, D. (2000). *Health food junkies: Overcoming the obsession with healthful eating*. New York, NY: Broadway Books. doi: 10.18569/tempus.v5i2.983
- Cockell, S. J., Hewitt, P. J., Seal, B., Sherry, S., Goldner, E. M., Flett, G. L., & Remick, R. A. (2002). Trait and self-presentational dimensions of perfectionism among women with anorexia nervosa. *Cognitive Therapy and Research*, *26*(6), 745-758. doi: 10.1023/A:1021237416366
- Cossette, A. (2016). *Validation d'un questionnaire mesurant les motivations sous-jacentes au perfectionnisme* (Thèse de doctorat inédite). Université du Québec à Trois-Rivières, QC.
- Cox, B. J., Enns, M. W., & Clara, I. P. (2002). The multidimensional structure of perfectionism in clinically distressed and college student samples. *Psychological Assessment*, *14*, 365-373.

- Deci, E. L. (1980). *The psychology of self-determination*. Lexington, MA: Lexington Books.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York, NY: Plenum Press.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The 'what' and 'why' of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11(4), 227-268. doi: 10.1207/S15327965PLI1104\_01
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2008). Favoriser la motivation optimale et la santé mentale dans les divers milieux de vie. *Canadian Psychological Association*, 49, 24-34. doi: 10.1037/0708-5591.49.1.24
- Dunkley, D. M., Zuroff, D. C., & Blankstein, K. R. (2003). Self-critical perfectionism and daily affect: Dispositional and situational influences on stress and coping. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 234-252. doi: 10.1037/0022-3514.84.1.234
- Dunn, T. M., & Bratman, S. (2016). On orthorexia nervosa: A review of the literature and proposed diagnostic criteria. *Eating Behavior*, 21, 11-17. doi: 10.1016/j.eatbeh.2015.12.006
- Egan, S. J., Piek, J. P., Dyck, M. J., Rees, C. S., & Hagger, M. S. (2013). A clinical investigation of motivation to change standards and cognitions about failure in perfectionism. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 41, 565-578. doi: 10.1017/S135246581200063X
- Egan, S. J., Wade T. D., & Shafran, R. (2011). Perfectionism as a transdiagnostic process: A clinical review. *Clinical Psychology Review*, 31, 203-212. doi: 10.1016/j.cpr.2010.04.009
- Esposito, R. M., Stoeber, J., Damian, L. E., Alessandri, G., & Lombardo, C. (2017, Octobre). Eating disorder symptoms and the 2 X 2 model of perfectionism: Mixed perfectionism is the more maladaptive combination. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 1-7.
- Fairburn, C. G. (1997). Eating disorders. Dans D. M. Clark & C. G. Fairburn (Éds), *Science and practice of cognitive behavior therapy* (pp. 209-241). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. New York, NY: Guilford Press.

- Fairburn, C. G., & Beglin, S. (2008). Eating disorder examination questionnaire (EDE-Q 6.0). Dans C. G. Fairburn (Éd.), *Cognitive behavior therapy and eating disorders* (pp. 309-314). New York, NY: Guilford Press.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, *41*, 509-528. doi: 10.1016/S0005-7967(02)00088-8
- Frost, R. O., Heimberg, R. G., Holt, C. S., Mattia, J. I., & Neubauer, A. L. (1993). A comparison of two measures of perfectionism. *Personality and Individual Differences*, *14*, 119-126. doi: 10.1016/0191-8869(93)90181-2
- Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C., & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, *14*, 449-468. doi: 10.1007/BF01172967
- Gardner, D. M., & Garfinkel, P. E. (1997). *Handbook of treatment for eating disorders*. New York, NY: Guilford Press.
- Gaudreau, P., & Thompson, A. (2010). Testing a 2 × 2 model of dispositional perfectionism. *Personality and Individual Differences*, *48*, 532-537. doi: 10.1016/j.paid.2009.11.031
- Gilbert, P. (1998). What is shame? Some core issues and controversies. Dans P. Gilbert & B. Andrews (Éds), *Shame: Interpersonal behavior, psychopathology and culture* (pp. 3-38). New York, NY: Oxford University Press.
- Goldner, E. M., Cockell, S. J., & Srikaneswaran S. (2002). Perfectionism and eating disorders. Dans G. L. Flett & P. L. Hewitt (Éds), *Perfectionism: Theory, research, and treatment* (pp. 319-340). Washington, DC: American Psychological Association. doi: 10.1037/10458-013
- Graziano, M., & Sikorski, J. F. (2014). Levels of disordered eating: Depression, perfectionism, and body dissatisfaction. *Journal of Psychological Research*, *19*, 119-128.
- Halmi, K. A., Sunday, S. R., Strober, M., Kaplan, A., Woodside, D. B., Fichter, M., ... Kaye W.H. (2000). Perfectionism in anorexia nervosa: Variation by clinical subtype, obsessionality, and pathological eating behavior. *American Journal of Psychiatry*, *157*, 1799-1805. doi: 10.1176/appi.ajp.157.11.1799
- Hamachek, D. E. (1978). Psychodynamics of normal and neurotic perfectionism. *Psychology: A Journal of Human Behavior*, *15*, 27-33.

- Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (1991). Perfectionism in the self and social contexts: Conceptualization, assessment, and association with psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology*, *60*, 456-470. doi: 10.1037/0022-3514.60.3.456
- Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (1993). *Perfectionistic self-presentation and maladjustment*. Article présenté à la conférence annuelle de l'American Psychological Association, Toronto, Canada.
- Hewitt, P. L., Flett, G. L., & Ediger, E. (1995). Perfectionism trait and perfectionistic self-presentation in eating disorder attitudes, characteristics, and symptoms. *International Journal of Eating Disorders*, *18*, 317-326. doi: 10.1002/1098-108X(199512)18:4<317::AID-EAT2260180404>3.0.CO;2-2
- Hill, R. W., McIntire, K., & Bacharach, V. R. (1997). Perfectionism and the big five factors. *Journal of Social Behavior and Personality*, *12*, 257-270.
- Hollender, M. H. (1965). Perfectionism. *Comprehensive Psychiatry*, *6*(2), 94-103.
- Jacobi, C., Hayward, C., de Zwaan, M., Kraemer, H. C., & Agras, W. S. (2004). Coming to terms with risk factors for eating disorders: Application of risk terminology and suggestions for general taxonomy. *Psychological Bulletin*, *130*, 19-65. doi: 10.1037/0033-2909.130.1.19
- Langlois, F., Rhéaume, J., Gosselin, P., Boucher, O., Lapointe-Brassard, M.-L., Ladouceur, R., ... Vanasse Larochelle, J. P. (2009). *Evaluation of perfectionism*. Communication présentée à la Société québécoise de recherche en psychologie, Chicoutimi, Québec.
- Lilenfeld, L. R., Stein, D., Bulik, C. M., Strober, M., Plotnicov, K. H., Pollice, C., ... Kaye, W. H. (2000). Personality traits among currently eating disordered, recovered, and never-ill first-degree female relatives of bulimic and control women. *Psychological Medicine*, *30*, 1399-1410.
- Lilenfeld, L. R., Wonderlich, S., Riso, L. P., Crosby, R., & Mitchell, J. (2006). Eating disorders and personality: A methodological and empirical review. *Clinical Psychology Review*, *26*, 299-320. doi: 10.1016/j.cpr.2005.10.003.
- Mallinger, A. E. (1984). The obsessive's myth of control. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, *12*, 147-165. doi: 10.1521/jaap.1.1984.12.2.147
- Mobbs O., & van der Linden M. (2006). *Traduction française du questionnaire sur l'alimentation (Eating Disorder Examination Questionnaire, EDE-Q)*. Version non-publiée.

- Pacht, A. R. (1984). Reflections on perfection. *American Psychologist*, *39*, 386-390.
- Pearson, C. A., & Gleaves, D. H. (2006). The multiple dimensions of perfectionism and their relation with eating disorder features. *Personality and Individual Differences*, *41*(2), 225-235. doi: 10.1016/j.paid.2006.01.013
- Pratt, E. M., Telch, C. F., Labouvie, E. W., Wilson, G. T., & Agras, W. S. (2001). Perfectionism in women with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, *29*, 177-186.
- Preusser, K. J., Rice, K. G., & Ashby, J. S. (1994). The role of self-esteem in mediating the perfectionism-depression connection. *Journal of College Student Development*, *35*, 88-93.
- Rhéaume, J., Freeston, M. H., Dugas, M. J., Letarte, H., & Ladouceur, R. (1995). Perfectionism, responsibility and obsessive compulsive symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, *33*, 785-794. doi: 10.1016/0005-7967(95)00017-R
- Shafran, R., Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (2002). Clinical perfectionism: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, *40*, 773-791. doi: 10.1016/S0005-7967(01)00059-6
- Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, *128*, 825-848. doi: 10.1037//0033-2909.128.5.825
- Stoeber, J., & Otto, K. (2006). Positive conceptions of perfectionism: Approaches, evidence, challenges. *Personality and Social Psychology Review*, *10*, 295-319. doi: 10.1207/s15327957pspr1004\_2
- Todorov, C., & Bazinet, A. (1996). Le perfectionnisme : aspects conceptuels et cliniques. *Revue canadienne de psychiatrie*, *41*, 291-298. doi: 10.1177/070674379604100506
- Troop, N. A., Allan, S., Serpall, L., & Treasure J. L. (2008). Shame in women with a history of eating disorders. *European Eating Disorders Review*, *16*(6), 480-488.
- Vallerand, R. J., Fortier, M. S., & Guay, F. (1997). Self-determination and persistence in a real-life setting: Toward a motivational model of high school dropout. *Journal of Personality and Social Psychology*, *72*, 1161-1176. doi: 10.1037/0022-3514.72.5.1161
- Wade, T. D., O'Shea, A., & Shafran R. (2016). Perfectionism and eating disorders. Dans F. M. Sirois & D. S. Molnar (Éds), *Perfectionism, health, and well-being* (pp. 205-222). Suisse: Springer International Publishing.

## **Conclusion générale**



L'objectif principal de l'étude était de clarifier quelles motivations au perfectionnisme étaient reliées à la symptomatologie du trouble alimentaire. Le second objectif était de déterminer si ces motivations changent en fonction de l'intensité des symptômes alimentaires.

Les résultats suggèrent que la motivation introjectée et la motivation sociale au perfectionnisme seraient celles qui prédisent le mieux la variance de la symptomatologie des TA. Ainsi, les comportements perfectionnistes dans l'alimentation émis pour éviter la honte de soi et la honte devant le regard d'autrui sont associés aux troubles alimentaires. Par ailleurs, les personnes qui présentent des symptômes alimentaires plus sévères adopteraient des comportements perfectionnistes de manière amotivée ou identifiée, alors que les moins sévères sur le plan alimentaire le feraient pour des raisons sociales. De manière générale, les résultats vont dans le sens de la littérature et de nos hypothèses initiales, à l'exception de l'apparition de l'amotivation et de la motivation identifiée dans l'utilisation du perfectionnisme chez les plus symptomatiques. Il faut considérer que ces données sont issues de deux milieux d'intervention communautaires des TA et que, par conséquent, cela vient limiter la généralisation des résultats.

L'étude est novatrice puisqu'il s'agit, à notre connaissance, de la première étude qui s'intéresse aux motivations sous-jacentes au perfectionnisme dans les troubles

alimentaires. De manière générale, cette étude renforce la pertinence de s'intéresser à la motivation dans le traitement du perfectionnisme et plus précisément au développement d'un modèle de traitement du perfectionnisme qui pourrait être basé sur les motivations qui lui sont sous-jacentes. L'objectif de ce traitement serait de conscientiser les individus aux motivations qui se cachent derrière leur perfectionnisme et de les aider à identifier le besoin (d'estime, d'affiliation, etc.) qui est comblé par le perfectionnisme. Ensuite, l'idée serait d'accompagner la personne dans un travail thérapeutique visant à combler ce besoin d'une façon plus saine. L'objectif ultime serait d'amener la personne à passer d'une motivation moins autodéterminée (pression externe) vers une motivation plus autodéterminée (basée sur des valeurs intrinsèques saines), comme l'idée de développer un sain dépassement de soi. Les résultats de la présente étude nous indiquent qu'une attention particulière pourrait être accordée au fait de corriger la présence de « fausses motivations identifiées » comme la trop grande importance accordée au contrôle de l'alimentation et du poids.

### **Pertinence clinique**

Les résultats de l'étude suggèrent d'autres pistes de réflexion intéressantes sur l'intervention auprès de la clientèle des troubles alimentaires. D'une part, nos données avancent que chez les personnes présentant une symptomatologie plus légère de TA, la recherche de perfection dans le monde alimentaire est motivée de façon sociale. Par conséquent, il est possible de croire que lorsqu'un client veut bien paraître aux yeux des autres, le travail thérapeutique pourrait être moins difficile. Cela est cohérent avec le

modèle des motivations, qui suggère que la honte n'aurait pas encore été intériorisée par la personne (Deci & Ryan, 1985). Par conséquent, adresser la peur du rejet et les craintes sous-jacentes dans le but d'accompagner la personne vers une meilleure gestion des relations interpersonnelles risque d'être bénéfique pour cette clientèle.

De plus, les résultats de l'étude suggèrent que les symptômes alimentaires les plus sévères sont associés à un perfectionnisme émis dans un style amotivé ou identifié. Il faut se rappeler que la motivation identifiée correspond à l'idée de s'investir à fond dans un domaine parce que cela est cohérent avec ses buts et ses valeurs (Deci & Ryan, 1985). Bien entendu, il est peu probable que les personnes qui présentent un TA ressentent une réelle motivation identifiée saine au perfectionnisme dans les domaines liés à l'alimentation, à la forme du corps et au poids. Ceci dit, il semble que la trop grande importance accordée au désir d'avoir une alimentation, une silhouette ou un poids parfait ou au contrôle de ces domaines puisse faire ressortir la motivation identifiée comme étant en cohérence avec ces individus.

Dans le même ordre d'idées, il semble que la place du contrôle devient égo-syntone et partie intégrante du système de valeurs de la personne qui présente une symptomatologie alimentaire. Il est possible de croire que l'individu qui présente un TA en vient à pervertir même ses valeurs personnelles de manière à les rendre au service de sa pathologie. Il s'avère que le trouble alimentaire devient aussi une partie de l'identité de la personne qui partage ces préoccupations. Travailler l'estime personnelle aiderait

certainement à varier les bases sur lesquelles ces individus se définissent. Par conséquent, cela risque de limiter la trop grande identification de la personne à son trouble et aussi, l'importance accordée à la rencontre des hauts standards perfectionnistes. Cela renforce la pertinence d'intervenir d'une manière préventive et précoce auprès de cette clientèle afin d'éviter que les raisons au perfectionnisme deviennent trop intégrées à la personne et agissent à titre de maintien de ce trouble.

Les troubles alimentaires sont expliqués, entre autres, par l'idée qu'une trop grande importance est accordée à l'évaluation de la forme du corps et du poids et au désir de contrôler ces domaines (Fairburn, 2008). Par conséquent, il est intéressant de soulever que le désir de contrôle est pathologique en soi chez les TA, mais nous avançons l'idée que ces personnes peuvent ressentir un certain gain lorsqu'elles s'approchent de ce contrôle. Cela illustre à quel point une personne qui présente cette psychopathologie vivra forcément une forme d'ambivalence au changement, puisque la thérapie lui demandera de diminuer l'importance qu'elle accorde au contrôle, alors que cela lui apparaît comme inhérent à ses valeurs. Donc, ces données semblent appuyer l'importance de considérer et de normaliser l'ambivalence au changement de cette clientèle.

### **Perspectives pour les recherches futures**

Il serait intéressant de reproduire la présente étude avec un plus grand nombre de participants et même avec une clientèle alimentaire plus élargie. L'échantillonnage

pourrait être envisagé de façon à rejoindre l'ensemble des troubles sur le continuum alimentaire. Cela augmenterait d'une part, la possibilité de généralisation des résultats, et, d'autre part, une importance pourrait être accordée aux différents diagnostics afin de statuer si les profils motivationnels au perfectionnisme varient selon les différents troubles ou les différents profils alimentaires (restrictif, compensatoire ou purgatif). Cela pourrait nous donner des pistes d'intervention sur les différents enjeux motivationnels qui se cachent derrière le perfectionnisme des sous-groupes diagnostiques de TA. Ainsi, poursuivre la recherche sur ces thèmes pourrait être utile pour bonifier les traitements actuels des troubles alimentaires et, bien sûr, limiter les effets nocifs du perfectionnisme auprès de cette clientèle.

## Références générales

- American Psychiatric Association. (APA, 2013). *DSM-5 : Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5<sup>e</sup> éd.). Washington, DC: Author.
- Bardone-Cone, A. M., Wonderlich, S. A., Frost, R. O., Bulik, C. M., Mitchell, J. E., Uppala, S., & Simonich, H. (2007). Perfectionism and eating disorders: Current status and future directions. *Clinical Psychology Review, 27*, 384-405.
- Bastiani, A. M., Rao, R., Weltzin, T., & Kaye, W. H. (1995). Perfectionism in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 17*, 147-152. doi: 10.1002/1098-108X(199503)17:2<147::AID-EAT2260170207>3.0.CO;2-X
- Bieling, P. J., Israeli, A., & Antony, M. M. (2004). Is perfectionism good, bad, or both? Examining models of the perfectionism construct. *Personality and Individual Differences, 36*, 1373-1385. doi: 10.1016/S0191-8869(03)00235-6
- Bruch, H. (1978). *The golden cage: The enigma of anorexia nervosa*. Cambridge, MA: Harvard University Press. doi: 10.1001/archpedi.1978.02120320088033
- Burns, D. D. (1980). The perfectionist's script for self-defeat. *Psychology Today, 14*, 34-52.
- Cockell, S. J., Hewitt, P. J., Seal, B., Sherry, S., Goldner, E. M., Flett, G. L., & Remick, R. A. (2002). Trait and self-presentational dimensions of perfectionism among women with anorexia nervosa. *Cognitive Therapy and Research, 26*, 745-758. doi: 10.1023/A:1021237416366
- Cossette, A. (2016). *Validation d'un questionnaire mesurant les motivations sous-jacentes au perfectionnisme* (Thèse de doctorat inédite). Université du Québec à Trois-Rivières, QC.
- Cox, B. J., Enns, M. W., & Clara, I. P. (2002). The multidimensional structure of perfectionism in clinically distressed and college student samples. *Psychological Assessment, 14*, 365-373.
- Deci, E. L. (1975). *Intrinsic motivation*. New York, NY: Plenum Press.
- Deci, E. L. (1980). *The psychology of self-determination*. Lexington, MA: Lexington Books.

- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York, NY: Plenum Press.
- Dunkley, D. M., Zuroff, D. C., & Blankstein, K. R. (2003). Self-critical perfectionism and daily affect: Dispositional and situational influences on stress and coping. *Journal of Personality and Social Psychology, 84*, 234-252. doi: 10.1037/0022-3514.84.1.234
- Egan, S. J., Wade T. D., & Shafran, R. (2011). Perfectionism as a transdiagnostic process: A clinical review. *Clinical Psychology Review, 31*, 203-212. doi: 10.1016/j.cpr.2010.04.009
- Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. New York, NY: Guilford Press.
- Fairburn, C. G., & Beglin, S. (2008). Eating disorder examination questionnaire (EDE-Q 6.0). Dans C. G. Fairburn (Éd.), *Cognitive behavior therapy and eating disorders* (pp. 309-314). New York, NY: Guilford Press.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., & Welch, S. L. (1999). Risk factors for anorexia nervosa. *Archives of General Psychiatry, 56*, 468-476. doi: 10.1001/archpsyc.56.5.468
- Fairburn, C. G., Doll, H. A., Welch, S. L., Hay, P. J., Davies, B. A., & O'Conner M. E. (1998). Risk factors for binge eating disorder: A community-based, case-control study. *Archives of General Psychiatry, 55*, 425-432. doi: 10.1001/archpsyc.55.5.425
- Fairburn, C. G., Shafran, R., & Cooper, Z. (1999). A cognitive behavioural theory of anorexia nervosa. *Behaviour Research and Therapy, 37*, 1-13. doi: 10.1016/S0005-7967(98)00102-8
- Frost, R. O., Heimberg, R. G., Holt, C. S., Mattia, J. I., & Neubauer, A. L. (1993). A comparison of two measures of perfectionism. *Personality and Individual Differences, 14*, 119-126. doi: 10.1016/0191-8869(93)90181-2
- Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C., & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research, 14*, 449-468. doi: 10.1007/BF01172967
- Gaudreau, P. & Thompson, A. (2010). Testing a 2 × 2 model of dispositional perfectionism. *Personality and Individual Differences, 48*, 532-537. doi: 10.1016/j.paid.2009.11.031



- Goldner, E. M., Cockell, S. J., & Srikaneswaran S. (2002). Perfectionism and eating disorders. Dans G. L. Flett & P. L. Hewitt (Éds), *Perfectionism: Theory, research, and treatment* (pp. 319-340). Washington, DC: American Psychological Association. doi: 10.1037/10458-013
- Goldstein, M., Peters, L., Thornton, C. E., & Touyz, S. W. (2014). The treatment of perfectionism within the eating disorders: A pilot study. *European Eating Disorders Review, 22*, 217-221. doi: 10.1002/erv.2281
- Halmi, K. A., Sunday, S. R., Strober, M., Kaplan, A., Woodside, D. B., Fichter, M., ... Kaye W.H. (2000). Perfectionism in anorexia nervosa: Variation by clinical subtype, obsessionality, and pathological eating behavior. *American Journal of Psychiatry, 157*, 1799-1805. doi: 10.1176/appi.ajp.157.11.1799
- Hamachek, D. E. (1978). Psychodynamics of normal and neurotic perfectionism. *Psychology: A Journal of Human Behavior, 15*, 27-33.
- Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (1991). Perfectionism in the self and social contexts: Conceptualization, assessment, and association with psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology, 60*, 456-470. doi: 10.1037/0022-3514.60.3.456
- Hewitt, P. L., Flett, G. L., & Ediger, E. (1995). Perfectionism trait and perfectionistic self-presentation in eating disorder attitudes, characteristics, and symptoms. *International Journal of Eating Disorders, 18*, 317-326. doi: 10.1002/1098-108X(199512)18:4<317::AID-EAT2260180404>3.0.CO;2-2
- Hollender, M. H. (1978). Perfectionism: A neglected personality trait. *Journal of Clinical Psychiatry, 39*(5), 384-394.
- Juster, H. R., Heimberg, R. G., Frost, R. O., Holt, C. S., Mattia, J. I., & Faccenda, K. (1996). Social phobia and perfectionism. *Personality and Individual Differences, 21*, 403-410. doi: 10.1016/0191-8869(96)00075-X
- Lilenfeld, L. R., Stein, D., Bulik, C. M., Strober, M., Plotnicov, K. H., Pollice, C., ... Kaye, W. H. (2000). Personality traits among currently eating disordered, recovered, and never-ill first-degree female relatives of bulimic and control women. *Psychological Medicine, 30*, 1399-1410. doi: 10.1017/S0033291799002792
- Lloyd, S., Fleming, C., Schmidt, U., & Tchanturia, K. (2014). Targeting perfectionism in anorexia nervosa using a group-based cognitive behavioral approach: A pilot study. *European Eating Disorders Review, 22*, 366-372. doi: 10.1002/erv.2313

- Mobbs O., & van der Linden M. (2006). *Traduction française du questionnaire sur l'alimentation (Eating Disorder Examination Questionnaire, EDE-Q)*. Version non-publiée.
- Preusser, K. J., Rice, K. G., & Ashby, J. S. (1994). The role of self-esteem in mediating the perfectionism-depression connection. *Journal of College Student Development*, *35*, 88-93.
- Rhéaume, J., Freeston, M. H., Ladouceur, R., Bouchard, C., Gallant, L., Talbot, F., & Vallières, A. (2000). Functional and dysfunctional perfectionists: Are they different on compulsive-like behaviors? *Behaviour Research and Therapy*, *38*, 119-128. doi: 10.1016/0005-7967(95)00017-R
- Shafran, R., Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (2002). Clinical perfectionism: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, *40*, 773-791. doi: 10.1016/S0005-7967(01)00059-6
- Slade, P. (1982). Towards a functional analysis of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *British Journal of Clinical Psychology*, *21*, 167-179. doi: 10.1111/j.2044-8260.1982.tb00549.x
- Slade, P. D., & Owens, R. G. (1998). A dual process model of perfectionism based on reinforcement theory. *Behavioral Modification*, *22*, 372-390. doi: 10.1177/01454455980223010
- Steele, A. L., & Wade, T. D. (2008). A randomised trial investigating guided self-help to reduce perfectionism and its impact on bulimia nervosa: A pilot study. *Behavior Research and Therapy*, *46*, 1316-1323. doi: 10.1016/j.brat.2008.09.006
- Stoeber, J., & Otto, K. (2006). Positive conceptions of perfectionism: Approaches, evidence, challenges. *Personality and Social Psychology Review*, *10*, 295-319. doi: 10.1207/s15327957pspr1004\_2
- Terry-Short, L. A., Owens, G. R., Slade, P. D., & Dewey, M. E. (1995). Positive and negative perfectionism. *Personality and Individual Differences*, *18*, 663-668. doi: 10.1016/0191-8869(94)00192-U
- Todorov, C., & Bazinet, A. (1996). Le perfectionnisme : aspects conceptuels et cliniques. *Revue canadienne de psychiatrie*, *41*, 291-298. doi: 10.1177/070674379604100506

Vallerand, R. J., Fortier, M. S., & Guay, F. (1997). Self-determination and persistence in a real-life setting: Toward a motivational model of high school dropout. *Journal of Personality and Social Psychology*, *72*, 1161-1176. doi: 10.1037/0022-3514.72.5.1161

## **Appendice**

Questionnaire des motivations sous-jacentes au perfectionnisme appliqué au domaine de l'alimentation, de la forme du corps et du poids

## ATTITUDES Perfectionnistes

Sur une échelle de 1 à 10, comment qualifieriez-vous votre niveau de perfectionnisme dans le domaine lié à l'alimentation, à la forme du corps et du poids :

Je ne suis pas du tout perfectionniste					Je suis moyennement perfectionniste					Le perfectionnisme me correspond tout à fait				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10				

Ne me correspond pas du tout	Correspond très peu	Correspond un peu	Correspond moyennement	Correspond assez	Correspond beaucoup	Correspond exactement
1	2	3	4	5	6	7

Dans ce domaine, je suis perfectionniste...

1	...parce que ça me rapproche de la première place et des privilèges concrets qui s'y rattachent.	1	2	3	4	5	6	7
2	...parce que je me sens coupable lorsque je ne peux pas atteindre mes critères de réussite.	1	2	3	4	5	6	7
3	...bien que je ne vois pas ce que cela me donne.	1	2	3	4	5	6	7
4	...parce que me rapprocher de la perfection me fait vivre une énergie agréable.	1	2	3	4	5	6	7
5	...parce que ça me permet d'éviter la désapprobation de mes proches.	1	2	3	4	5	6	7
6	...parce que ça me permet d'éviter des dangers ou accidents qui pourrait me nuire ou nuire mes à proches.	1	2	3	4	5	6	7
7	...parce que ça me permet de m'investir à fond dans ce qui est important pour moi.	1	2	3	4	5	6	7
8	...parce que ça me permet d'être respecté par les autres.	1	2	3	4	5	6	7
9	...parce que ça me permet d'accéder à des mentions d'excellence, des trophées, des bonus, etc.	1	2	3	4	5	6	7
10	...parce que ça me permet d'être considéré par certaines personnes.	1	2	3	4	5	6	7
11	...même si je n'ai pas de bonnes raisons de l'être.	1	2	3	4	5	6	7
12	...parce que c'est un bon moyen de réaliser mes projets.	1	2	3	4	5	6	7
13	...parce que ça me rassure de ne pas briser ou abîmer mes choses par accident.	1	2	3	4	5	6	7
14	...parce que je suis déçu de moi-même lorsque je n'agis pas de façon parfaite.	1	2	3	4	5	6	7
15	...pour montrer aux autres ce que je vau.	1	2	3	4	5	6	7
16	...parce qu'au bout il y a quelque chose à gagner (p. ex., médaille, mention d'excellence, prix, argent, bourse d'études, bonus, prime salariale, prime de rendement).	1	2	3	4	5	6	7
17	...parce que ça me permet de ressentir des émotions que j'aime.	1	2	3	4	5	6	7

	Ne me correspond pas du tout	Correspond très peu	Correspond un peu	Correspond moyennement	Correspond assez	Correspond beaucoup	Correspond exactement					
	1	2	3	4	5	6	7					
Dans ce domaine, je suis perfectionniste...												
18	...parce que je m'assure de ne pas provoquer de problèmes qui pourraient nuire à moi ou mes à proches.					1	2	3	4	5	6	7
19	...pour éviter de décevoir certaines personnes.					1	2	3	4	5	6	7
20	...parce que je ressens du plaisir quand je me surpasse.					1	2	3	4	5	6	7
21	...parce que ça provoque des sensations agréables chez moi.					1	2	3	4	5	6	7
22	...bien que cela ne fait pas de différence que je me lance dans le perfectionnisme ou non.					1	2	3	4	5	6	7
23	...parce que ça me permet d'atteindre mes buts					1	2	3	4	5	6	7
24	...parce que je m'en voudrais de ne pas faire les choses à la perfection					1	2	3	4	5	6	7
25	...parce que si ce n'est pas parfait, je pourrais perdre ma réputation.					1	2	3	4	5	6	7