

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

INTERVENTION POUR LE PERFECTIONNISME CHEZ DES PERSONNES  
SOUFFRANT D'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL OU DE DÉPRESSION : UN  
PROTOCOLE À NIVEAUX DE BASE MULTIPLES

ESSAI DE 3<sup>e</sup> CYCLE PRÉSENTÉ  
COMME EXIGENCE PARTIELLE DU

DOCTORAT CONTINUUM D'ÉTUDES EN PSYCHOLOGIE  
(PROFIL INTERVENTION)

PAR  
ALEX-ANNE BEAULIEU

JUIN 2024

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

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

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, cette thèse ou cet essai. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire, de cette thèse et de son essai requiert son autorisation.

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES  
DOCTORAT CONTINUUM D'ÉTUDES EN PSYCHOLOGIE  
(PROFIL INTERVENTION) (D.Ps.)

**Direction de recherche :**

---

Frédéric Langlois, Ph. D.  
Université du Québec à Trois-Rivières

directeur de recherche

**Jury d'évaluation :**

---

Frédéric Langlois, Ph. D.  
Université du Québec à Trois-Rivières

directeur de recherche

---

Frédéric Dionne, Ph. D.  
Université du Québec à Trois-Rivières

évaluateur interne

---

Simon Coulombe, Ph. D.  
Université Laval

évaluateur externe

Ce document est rédigé sous la forme d'articles scientifiques, tel qu'il est stipulé dans les règlements des études de cycles supérieurs (Article 138) de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Le (les) article(s) a (ont) été rédigé(s) selon les normes de publication de revues reconnues et approuvées par le Comité d'études de cycles supérieurs en psychologie. Le nom du directeur de recherche pourrait donc apparaître comme co-auteur de l'article soumis pour publication.

## Sommaire

Plusieurs études ont identifié le rôle du perfectionnisme dans le développement et le maintien de l'épuisement professionnel (Childs & Stoeber, 2012; Falco et al., 2014). Bien qu'il existe différents traitements pour l'épuisement professionnel, que ce soit des interventions individuelles (p. ex., la thérapie cognitive comportementale), de groupes (p. ex., des exercices de relaxation) ou dans le milieu du travail (p. ex., l'ajustement des conditions de travail), il semble qu'aucune étude n'ait inclus les composantes du perfectionnisme et de la motivation dans le traitement de l'épuisement professionnel (Awa et al., 2010). L'objectif du présent projet est donc d'évaluer l'impact d'un protocole de traitement cognitif comportemental ciblant les motivations sous-jacentes au perfectionnisme chez des individus perfectionnistes en épuisement professionnel. À partir d'un protocole de recherche à niveaux de base multiples, quatre participants ont reçu le traitement sur une base hebdomadaire pendant une période de 15 séances. Les résultats montrent qu'un seul participant présente une amélioration significative des trois dimensions de l'épuisement professionnel. Néanmoins, deux des quatre participants présentent une rémission du diagnostic de trouble dépressif caractérisé émis au prétest. De plus, trois des quatre participants présentent une amélioration de leur niveau de bien-être ou de satisfaction de vie aux périodes de suivi posttest. Il semble donc que le traitement ait eu une influence favorable sur le plan de l'humeur, même si l'état d'épuisement et les préoccupations perfectionnistes demeurent inchangés pour trois des quatre participants. Ces résultats ouvrent la porte à des réflexions pertinentes quant à la meilleure façon d'améliorer ce protocole et sur les autres façons d'intervenir dans la prise en charge de

l'épuisement professionnel chez des individus perfectionnistes. Ce projet soutient la nécessité de continuer à explorer les facteurs de maintien à l'épuisement professionnel tout en considérant les caractéristiques individuelles et motivationnelles chez la clientèle perfectionniste.

## Table des matières

Sommaire .....	iv
Liste des tableaux.....	x
Liste des figures .....	xi
Remerciements.....	xii
Introduction générale .....	1
Épuisement professionnel .....	3
Définition et symptômes de l'épuisement professionnel.....	3
Prévalence de l'épuisement professionnel.....	7
Conséquences de l'épuisement professionnel.....	7
Facteurs de risque à l'épuisement professionnel .....	8
Interventions pour l'épuisement professionnel.....	10
Thérapie cognitive comportementale (TCC).....	10
Thérapie cognitive basée sur la pleine conscience .....	12
Traitements pharmacologiques.....	12
Interventions organisationnelles .....	13
Perfectionnisme.....	15
Modèles théoriques de perfectionnisme.....	15
Modèle de Frost et al. (1990).....	16
Modèle d'Hewitt et Flett (1991a, 1991b) .....	17
Modèle à deux facteurs.....	18
Conséquences au perfectionnisme .....	18

Interventions pour le perfectionnisme .....	20
Motivation.....	22
Théorie de l'autodétermination de Deci et Ryan (2000) .....	22
Motivation externe.....	23
Motivation introjectée.....	23
Motivation identifiée.....	23
Amotivation .....	24
Rôle de la motivation dans la relation entre le perfectionnisme et l'épuisement.....	25
Épuisement scolaire .....	26
Épuisement sportif .....	27
Épuisement professionnel .....	27
Interventions basées sur l'autodétermination.....	28
Objectif de l'étude.....	29
Chapitre 1. Article scientifique — Intervention pour le perfectionnisme chez des personnes souffrant d'épuisement professionnel ou de dépression : un protocole à niveaux de base multiples .....	30
Résumé.....	32
Introduction.....	34
Objectif de l'étude.....	41
Méthode .....	42
Participants.....	42
Participant 1 .....	43



Participant 2 .....	43
Participant 3 .....	44
Participant 4 .....	45
Instruments de mesure .....	45
Entrevues de sélection .....	45
Mesure d'autoenregistrement quotidien .....	46
Questionnaires autorapportés.....	47
Questionnaire de perfectionnisme révisé (QP-R) .....	47
Maslach Burnout Inventory (MBI-GS) .....	47
Inventaire de dépression de Beck (BDI-II).....	48
Satisfaction with Life Scale (SWLS).....	48
World Health Organization Well-Being Index (WHO-5) .....	49
Devis de recherche .....	49
Déroulement.....	50
Traitement .....	51
Analyse des données .....	54
Fonctionnement supérieur.....	55
Résultats .....	56
Changements sur le plan diagnostique.....	56
Questionnaires autorapportés.....	58
Calepin d'autoenregistrement quotidien .....	62

Tendance des données .....	63
Niveau et variabilité des données .....	64
Participant 1 .....	64
Participant 2 .....	65
Participant 3 .....	65
Participant 4 .....	67
Indice de fonctionnement supérieur.....	68
Discussion .....	69
Perfectionnisme.....	70
Épuisement professionnel et dépression .....	72
Motivations sous-jacentes au perfectionnisme .....	76
Limites et recherches futures .....	77
Conclusion .....	79
Références .....	80
Conclusion générale .....	89
Conclusion .....	99
Références générales.....	100

## Liste des tableaux

### *Liste des tableaux dans l'essai*

#### Tableau

- 1 Résumé des symptômes d'épuisement professionnel .....5
- 2 Distinctions entre l'épuisement professionnel, le trouble de l'adaptation et le trouble dépressif caractérisé .....6

### *Liste des tableaux dans l'article scientifique*

#### Tableau

1. Description du protocole de traitement .....52
2. Niveau de sévérité de l'épuisement selon les seuils établis par Maslach et al. (1986) .....**Erreur ! Signet non défini.**7
- 3 Diagnostic de trouble de l'humeur des participants aux différents temps de mesure .....**Erreur ! Signet non défini.**8
- 4 Données aux questionnaires autorapportés des participants 1 et 2 .....59
- 5 Données aux questionnaires autorapportés des participants 3 et 4 .....60
- 6 Tendances des données pendant la phase de traitement .....64
- 7 Niveau de fonctionnement supérieur des participants.....69

## Liste des figures

### *Liste des figures dans l'essai*

#### Figure

- 1 Continuum de l'autodétermination.....25

### *Liste des figures dans l'article scientifique*

#### Figure

- 1 Moyenne hebdomadaire des autoenregistrements quotidiens du participant 1 ....65
- 2 Moyenne hebdomadaire des autoenregistrements quotidiens du participant 2 ....66
- 3 Moyenne hebdomadaire des autoenregistrements quotidiens du participant 3 ....67
- 4 Moyenne hebdomadaire des autoenregistrements quotidiens du participant 4 ....68

## Remerciements

Merci tout d'abord à mon directeur de recherche, Frédéric Langlois (Ph. D.) de m'avoir supporté et accompagné tout au long de ce projet. Je suis reconnaissante de l'ensemble des réflexions cliniques et théoriques qui ont émergé de nos discussions au cours des cinq dernières années. Merci d'avoir soutenu et stimulé ma curiosité intellectuelle. La confiance que tu m'as accordée a grandement appuyé mes efforts et je suis fière du projet que nous avons mené à terme.

Je souhaite également remercier mes proches pour leur immense support tout au long de mon parcours doctoral. Un énorme merci à ma meilleure amie de m'avoir appuyé dans les hauts comme dans les bas. Enfin, merci à ma partenaire de doctorat, Roxanne, avec qui j'ai pu partager l'ensemble des étapes et des émotions qui accompagnent ce long parcours.

## Introduction générale

Cet essai est une étude préliminaire sur l'impact d'un programme d'intervention d'approche cognitive comportementale, ciblant les motivations sous-jacentes au perfectionnisme, pour diminuer les symptômes de dépression ou d'épuisement professionnel chez des personnes en arrêt de travail en raison de leur perfectionnisme. Pour y répondre, un protocole de recherche à niveaux de base multiples a été utilisé. Afin de faciliter la compréhension du lecteur, l'article scientifique qui a été rédigé dans le cadre de ce projet de recherche s'accompagne d'une introduction et d'une conclusion générale.

Ainsi, les différents construits et théories pertinentes à l'étude seront d'abord introduits. Plus particulièrement, les éléments suivants seront détaillés : la définition de l'épuisement professionnel et du perfectionnisme, les modèles théoriques du perfectionnisme, la relation entre l'épuisement professionnel et le perfectionnisme, le rôle de la motivation dans cette relation, la théorie de l'autodétermination ainsi que les interventions existantes pour le perfectionnisme et l'épuisement professionnel. Ensuite, l'article scientifique décrira les hypothèses de recherche, la méthodologie employée (participants, mesures utilisées, méthode, traitement, analyses), les résultats et la discussion. Enfin, la contribution pratique et théorique de ce projet sera discutée dans la conclusion générale.

## Épuisement professionnel

La prochaine section vise à définir l'épuisement professionnel et à présenter ses différentes manifestations, conséquences et facteurs de risque. Un bref survol des interventions pour l'épuisement professionnel est également effectué.

### Définition et symptômes de l'épuisement professionnel

Le terme épuisement professionnel (*burnout*), a d'abord été introduit en 1969 par Harold Bradley pour définir un stress lié au travail (McCormack & Cotter, 2013). Le terme a ensuite été repris par le psychanalyste allemand Herbert J. Freudenberger pour décrire la perte de motivation et l'épuisement émotionnel de bénévoles œuvrant auprès d'individus souffrant de dépendance (Schaufeli et al., 2009). C'est quelques années plus tard que Christina Maslach et Susan E. Jackson ont défini l'épuisement professionnel tel qu'il est connu aujourd'hui, soit un syndrome marqué par de l'épuisement émotionnel, de la dépersonnalisation et une baisse de l'accomplissement personnel (Maslach & Jackson, 1981; Maslach et al., 1996).

Bien que la validité de l'épuisement professionnel soit généralement acceptée, différents auteurs sont d'avis qu'il existe peu de preuves empiriques permettant de le reconnaître comme un trouble distinct (Bianchi et al., 2015a). Pour certains, l'absence de l'épuisement professionnel dans le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5), la nomenclature la plus utilisée en Amérique du Nord, s'expliquerait par le fait que le trouble n'est pas bien défini, que ses critères sont imprécis et qu'il se



recoupe aux diagnostics du trouble dépressif et du trouble de l'adaptation (Bianchi et al., 2015a; Kovess-Masfety & Saunder, 2017). En effet, l'idée que l'épuisement professionnel serait une forme de dépression est largement défendue dans la littérature et plusieurs études ont été faites en ce sens (Bianchi, 2020; Bianchi et al., 2013; Bianchi et al., 2014, 2015b, 2015c).

Néanmoins, un scénario différent s'observe en Europe, alors que l'épuisement professionnel est admis comme un diagnostic officiel selon la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-11). En Suède, par exemple, ce dernier permet aux travailleurs en période d'invalidité d'accéder aux programmes de traitements et d'indemnisations (Schaufeli et al., 2009). Se distinguant d'un trouble de l'humeur ou d'un trouble de l'adaptation, la plus récente version de la CIM-11 définit l'épuisement professionnel comme un syndrome résultant de l'incapacité à gérer un stress chronique au travail. Il est caractérisé par trois dimensions : (1) un sentiment d'épuisement; (2) du cynisme par rapport au travail; et (3) une baisse d'efficacité professionnelle (World Health Organization, 2022). Cliniquement, l'épuisement professionnel peut s'accompagner de plusieurs symptômes, qu'ils soient physiques, émotionnels, cognitifs, comportementaux ou motivationnels (Melamed et al., 2006; Nuallaong, 2013; Ohue et al., 2011). Ceux-ci sont présentés dans le Tableau 1.

**Tableau 1***Résumé des symptômes d'épuisement professionnel*

Physique	Émotionnel	Cognitif	Comportemental	Motivationnel
Maux de tête	Tristesse	↓ Concentration	Procrastination	↓ Intérêt
Nausées	Irritabilité	↓ Productivité	Impulsivité	Résignation
Agitation	Épuisement	↓ Mémoire	Hyperactivité	Démoralisation
Fatigue	Anxiété			

Par ailleurs, il est intéressant de noter le chevauchement des symptômes de l'épuisement professionnel avec les troubles de l'humeur. Par exemple, les résultats d'une enquête épidémiologique sur la santé en Finlande indiquent que plus de la moitié des travailleurs qui souffraient d'épuisement professionnel sévère présentaient également un trouble dépressif (Ahola et al., 2005). À cet effet, les résultats de la méta-analyse de Koutsimani et al. (2019), qui a recensé des études transversales et longitudinales mesurant l'épuisement professionnel et la dépression, indiquent qu'il existe une association entre ces deux construits, mais que la taille d'effet ( $r = 0,52$ ) n'est pas suffisante pour affirmer que l'épuisement professionnel et la dépression représentent le même construit. D'ailleurs, selon Maslach et Leiter (2016), l'épuisement professionnel serait davantage spécifique à une situation et lié au travail alors que la dépression serait plus générale et sans contexte. Le Tableau 2 résume la distinction entre l'épuisement professionnel, la dépression et le trouble d'adaptation.

**Tableau 2**

*Distinctions entre l'épuisement professionnel, le trouble de l'adaptation et le trouble dépressif caractérisé*

	Nom du trouble		
	Épuisement professionnel	Trouble de l'adaptation	Trouble dépressif caractérisé
Manuel diagnostic	CIM-11	DSM-5	DSM-5
Définition	<p>Syndrome résultant d'un stress chronique au travail caractérisé par trois dimensions :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Épuisement ou manque d'énergie</li> <li>2. Cynisme ou négativisme par rapport au travail</li> <li>3. Efficacité professionnelle réduite</li> </ol>	<p>Série de symptômes dépressifs, anxieux ou comportementaux qui surviennent dans les 3 mois suivant un évènement stressant.</p> <p>p. ex., : divorce, problème de santé, décès, déménagement, difficultés financières, changement de carrière, etc.</p>	<p>Humeur dépressive ou diminution de l'intérêt ou du plaisir qui s'accompagne de différents symptômes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ↓ ou ↑ de l'appétit/poids</li> <li>- Insomnie ou hypersomnie</li> <li>- Agitation ou ralentissement psychomoteur</li> <li>- Fatigue ou perte d'énergie</li> <li>- Sentiment de dévalorisation/culpabilité excessive</li> <li>- Difficulté de concentration</li> <li>- Pensées de mort, idées suicidaires ou tentatives de suicide</li> </ul>
Précisions importantes	<p>Le diagnostic ne peut être posé si l'un des troubles suivants est présent :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Trouble de l'adaptation</li> <li>2. Troubles anxieux</li> <li>3. Troubles de l'humeur</li> <li>4. Troubles liés aux traumatismes et au stress</li> </ol>	<p>Le facteur de stress est identifiable. Il peut être unique ou multiple, récurrent ou continu.</p> <p>Les symptômes du trouble de l'adaptation sont disproportionnés par rapport à la gravité ou l'intensité du facteur de stress.</p>	<p>Contrairement à l'épuisement professionnel et au trouble de l'adaptation, la dépression n'est pas nécessairement causée par le stress. Sa cause exacte est inconnue, mais elle serait multifactorielle.</p>

## Prévalence de l'épuisement professionnel

Considérant que l'épuisement professionnel n'est pas reconnu comme un trouble officiel dans le DSM-5, les taux de prévalence sont difficiles à établir en Amérique du Nord. De plus, la plupart des études mesurant la prévalence de ce syndrome s'intéressent souvent à des groupes de travailleurs spécifiques (p. ex., médecins, infirmiers, travailleurs sociaux, enseignants, etc.) (García-Carmona et al., 2019; Monsalve-Reyes et al., 2018; Rotenstein et al., 2018). Une raison expliquant cette tendance serait que ce type d'emploi exposerait davantage les individus à des exigences organisationnelles stressantes et à des tâches de nature exigeante (Bazmi et al., 2019). À cet effet, les taux de prévalence dans ces groupes sont particulièrement élevés. Par exemple, un récent sondage conduit auprès de plus de 14 000 médecins montre que 51 % d'entre eux rapportaient souffrir d'épuisement professionnel (Peckham, 2017). De plus, au Québec, les travailleurs du secteur tertiaire (p. ex., enseignement, santé humaine, action sociale) seraient jusqu'à deux fois plus à risque de souffrir de symptômes d'épuisement professionnel et de dépression que ceux du secteur secondaire (p. ex., travaux publics, transformation de matières, agroalimentaire) (Marchand et al., 2015).

## Conséquences de l'épuisement professionnel

Par ailleurs, l'épuisement professionnel peut entraîner différentes conséquences au niveau individuel, économique et sociétal. La revue systématique de Salvagioni et al. (2017) rapporte que l'épuisement professionnel était un prédicteur significatif pour différentes affectations physiques comme des difficultés gastro-intestinales, des

problèmes respiratoires, de la fatigue prolongée, des maux de tête, des troubles cardiaques et des douleurs musculosquelettiques. Sur le plan psychologique, ce syndrome serait également associé à de l'insomnie, des symptômes dépressifs et l'utilisation ultérieure de psychotropes et d'antidépresseurs. Les conséquences de l'épuisement professionnel peuvent également s'avérer coûteuses. Aux États-Unis, les coûts liés à la réduction des heures cliniques et au roulement des médecins en épuisement professionnel sont estimés à 4,6 milliards de dollars (Han et al., 2019). Plus globalement, le stress au travail entraînerait des coûts totaux allant de 221 millions à 187 milliards de dollars US à travers l'Australie, le Canada, les États-Unis, l'Autriche, la Belgique, le Danemark, la Finlande, la France, l'Allemagne, la Grèce, l'Irlande, l'Italie, le Luxembourg, les Pays-Bas, le Portugal, l'Espagne, la Suède et le Royaume-Uni (Hassard et al., 2018). De plus, 70 à 90 % des coûts totaux seraient attribuables à la perte de productivité des employés vivant du stress au travail.

#### Facteurs de risque à l'épuisement professionnel

Différents facteurs individuels et organisationnels ont été identifiés comme étant associés à l'épuisement professionnel. Sur le plan organisationnel, la revue systématique d'Aronsson et al. (2017) conclut que des exigences élevées, une charge de travail élevée, une faible sécurité d'emploi, un faible contrôle du travail et de faibles récompenses sont des facteurs augmentant le risque de développer de l'épuisement. Concernant les facteurs individuels, il semble que des caractéristiques sociodémographiques (p. ex., âge, genre, années d'expérience), le style de vie (p. ex., peu de sommeil ou de congés) et des traits de

personnalité (p. ex., empathie, pessimisme, faible estime, perfectionnisme) puissent être associés à l'épuisement professionnel (Manzano-García & Ayala, 2017).

Certains auteurs affirment que les traits de personnalité pourraient également prédire quels individus auraient davantage de risque de souffrir d'épuisement professionnel (Bakker et al., 2006; Cano-García et al., 2005). Parmi les différents traits de personnalité, le perfectionnisme serait de plus en plus mis en relation avec le développement et le maintien de l'épuisement scolaire, sportif et professionnel (Stoeber & Damian, 2016). En effet, plusieurs études se sont intéressées au lien entre l'épuisement et différentes facettes du perfectionnisme (Appleton et al., 2009; Childs & Stoeber, 2012; Hill & Curran, 2016; Robakowska et al., 2018). Par exemple, les résultats de l'étude de Kazemi et Ziaaddini (2014), conduite auprès de 356 employés dans des postes de direction, soutiennent qu'une des deux dimensions du perfectionnisme, les préoccupations perfectionnistes, serait associée à des niveaux plus élevés d'épuisement professionnel. Dans une revue de l'épuisement sportif, Gustafsson et al. (2017) rapportent des résultats similaires. Ces auteurs suggèrent que pour réduire les risques d'épuisement chez les athlètes, il serait pertinent de considérer les préoccupations perfectionnistes.

Enfin, le profil motivationnel des travailleurs pourrait influencer l'apparition de l'épuisement professionnel. Basé sur le modèle de l'autodétermination, une étude conduite auprès de 203 employés du secteur public en Corée du Sud montre que la motivation extrinsèque était associée positivement à l'épuisement professionnel alors que la relation

inverse s'observe avec la motivation intrinsèque (Kim, 2018). Similairement, ten Brummelhuis et al. (2011) ont évalué si le type de motivation de 352 employés pourrait être un facteur modérateur à la perte de ressources interne observée dans l'épuisement professionnel. Leurs résultats montrent que la motivation intrinsèque atténuait le processus de perte de ressources alors que la motivation externe renforçait le processus d'accumulation de la demande.

#### Interventions pour l'épuisement professionnel

À l'heure actuelle, il existe différentes approches pour intervenir auprès d'individus souffrant d'épuisement professionnel. Les plus connues sont les interventions individuelles (p. ex., la thérapie cognitive comportementale ou la médication), de groupes (p. ex., des exercices de relaxation ou de méditation) ou l'intervention sur l'organisation du travail (p. ex., l'ajustement des conditions de travail) (Awa et al., 2010).

#### *Thérapie cognitive comportementale (TCC)*

L'une des interventions fréquemment utilisées dans le contexte de l'épuisement professionnel est la thérapie cognitive comportementale (TCC). Dans le but de modifier les comportements et les pensées associés aux difficultés d'un individu, la TCC utilise généralement différentes stratégies, comme la restructuration cognitive, la relaxation, l'exposition, l'activation comportementale et la psychoéducation (Santoft et al., 2019). À ce jour, les données soutenant l'efficacité de la TCC pour traiter l'épuisement professionnel sont mitigées. Dans sa revue de littérature, Korczak et al. (2012) notent que

la TCC amène une amélioration des symptômes d'épuisement professionnel dans la majorité des études recensées. Néanmoins, les auteurs soulignent un manque d'études cliniques de qualité, particulièrement, des études expérimentales à grande échelle et à long terme comparant des modalités de traitement uniques. De la même façon, la revue systématique de 14 études rapportant les effets de 18 interventions d'Ahola et al. (2017) conclue que les résultats des études sont trop divergents pour établir des lignes directrices claires pour traiter l'épuisement professionnel. Malgré quelques résultats à court terme intéressants, ces auteurs montrent que pour plusieurs études, les différences entre les groupes expérimentaux et contrôles sont faibles ou s'atténuent drastiquement à la période de suivi. Notamment, les résultats de la méta-analyse de quatre essais randomisés contrôlés portant sur des interventions individuelles montrent que ces dernières ne présentaient aucun effet sur l'épuisement et le cynisme (Ahola et al., 2017). À titre d'exemple, l'essai randomisé contrôlé de De Vente et al. (2008) s'est intéressé à l'efficacité d'un programme de gestion du stress basé sur la TCC pour l'épuisement professionnel en contexte de groupe et en individuel par rapport aux soins habituels offerts. L'étude comprenait 82 participants en arrêt de travail en raison du stress lié au travail. Ceux-ci étaient assignés aléatoirement à l'une des trois modalités d'intervention, soit les interventions pour la gestion du stress en individuel, en groupe ainsi que les soins habituels (p. ex. visites chez le médecin et/ou maximum de cinq sessions avec un psychologue ou travailleur social). Les résultats montrent une diminution des symptômes et du nombre d'absences rapportés, mais aucune différence significative entre les groupes, ne discernant ainsi aucune approche préférentielle.



### *Thérapie cognitive basée sur la pleine conscience*

Les programmes de traitement cognitif basés sur la pleine conscience semblent de plus en plus étudiés dans la prise en charge de l'épuisement professionnel. Par exemple, un essai contrôlé non randomisé conduit auprès de 142 participants montre une réduction de différents symptômes d'épuisement professionnel (p. ex., cynisme, critique, rumination, épuisement) pour les participants (n=35) ayant reçu quatre séances de relaxation et pour les participants (n=62) ayant reçu huit séances de méditation (Sopezki et al., 2020). De plus, l'essai contrôlé randomisé de Grensman et al. (2018) rapporte une augmentation, avec des tailles d'effet moyenne à grande, de différents indicateurs de qualité de vie liée à la santé de participants en arrêt de travail après avoir suivi un programme de groupe de 20 semaines de yoga (n=31), de TCC (n=30) ou de thérapie cognitive basée sur la pleine conscience (n=30). Toutefois, semblable à ce qui s'observe pour les études axées sur la TCC, il semble avoir peu d'études s'intéressant à l'efficacité à long terme des approches basées sur la pleine conscience pour l'épuisement professionnel. Ainsi, malgré des résultats préliminaires intéressants, il apparaît difficile d'affirmer l'efficacité réelle de ces approches.

### *Traitements pharmacologiques*

Différentes molécules semblent être utilisées dans le traitement de l'épuisement professionnel. Parmi celles-ci, les antidépresseurs demeurent souvent le traitement de choix offert par les médecins généralistes, entre autres en raison des facteurs communs à la dépression (Kaschka et al., 2011). Les anxiolytiques et les hypnotiques peuvent

également être utilisés à court terme pour soulager les symptômes de stress et d'insomnie (Kakiashvili et al., 2013). De plus, certains traitements alternatifs, comme l'utilisation d'extraits de rhodiola ou de cytoflavine, le cannabidiol (CBD) ainsi que la luminothérapie commencent à être de plus en plus étudiés (Chutko et al., 2015; Crippa et al., 2021; Kasper & Dienel, 2017; Meesters & Waslander, 2010). Cependant, les études portant sur l'efficacité de la prise en charge pharmacologique, quelle que soit la molécule, sont limitées. L'absence de méta-analyse sur ce thème dans la littérature témoigne de cette lacune empirique. D'ailleurs, considérant la multitude de symptômes somatiques et psychologiques associés à l'épuisement professionnel, il semble qu'une prise en charge orientée vers les symptômes soit à prioriser. Ainsi, une approche interdisciplinaire combinant la médecine à la psychologie pourrait permettre de cibler les symptômes centraux de l'épuisement professionnel, comme la dépression, les difficultés de sommeil et l'épuisement (Hemmeter, 2013).

### *Interventions organisationnelles*

Certaines interventions organisationnelles ont été étudiées dans la prise en charge de l'épuisement professionnel. Une revue systématique, visant à évaluer l'impact d'interventions en milieu de travail pour l'épuisement chez les médecins, a été en mesure de regrouper les interventions existantes en quatre catégories, soit (1) le travail d'équipe; (2) la gestion du temps; (3) l'organisation du travail; et (4) la technologie (DeChant et al., 2019). Par exemple, les résultats de l'étude de Linzer et al. (2015), conduite auprès de 166 médecins à travers 34 cliniques, montrent que le fait d'améliorer le flux de travail

(p. ex., allouer plus de temps aux employés pour accomplir leurs tâches ou augmenter le temps prévu des consultations de suivi de 15 à 20 minutes) et de mettre en place des projets d'amélioration de la qualité du travail (p. ex., implémenter une nouvelle ligne de prescription automatisée pour les infirmières ou créer un projet pour améliorer le dépistage ophtalmologique chez les diabétiques) diminuaient les symptômes d'épuisement professionnel.

En somme, bien qu'il existe différentes interventions pour l'épuisement professionnel, il ne semble actuellement pas avoir de traitement de référence. Certains auteurs avancent l'importance de limiter les facteurs organisationnels pour prévenir et traiter l'épuisement (Adriaenssens et al., 2015). Toutefois, on peut se demander pour quelle raison, dans un même environnement, différents individus peuvent rapporter des niveaux différents d'épuisement et de stress (Zellars et al., 2000). Dans une étude longitudinale exploratoire visant à évaluer la contribution de la personnalité dans l'expérience de l'épuisement professionnel, Piedmont (1993) observe que même lorsque les variables de l'environnement de travail sont contrôlées, les traits de personnalité continuaient à expliquer une variance importante du niveau d'épuisement. Cet auteur stipule que même si l'épuisement peut être lié à des facteurs de stress environnementaux, certaines qualités durables de la personnalité pourraient davantage expliquer la stabilité dans le temps du phénomène de l'épuisement professionnel. Comme mentionné précédemment, parmi ces éléments de la personnalité, le perfectionnisme serait un facteur

prédicteur au développement et au maintien de l'épuisement professionnel (Stoeber & Damian, 2016).

## Perfectionnisme

Différents modèles théoriques du perfectionnisme ont été développés à travers les années. La prochaine section présente trois modèles théoriques centraux à la construction du perfectionnisme. Les conséquences au perfectionnisme sont ensuite soulevées, puis des interventions conçues pour des individus perfectionnistes sont explorées.

### Modèles théoriques de perfectionnisme

Comme mentionné précédemment, le perfectionnisme est de plus en plus associé au développement et au maintien de l'épuisement professionnel. D'ailleurs, le nombre d'études s'intéressant au perfectionnisme et ses effets a subi un essor dans les 20 dernières années (Smith et al., 2021). Initialement, le perfectionnisme était surtout considéré comme un construit unidimensionnel, c'est-à-dire qu'il comprenait qu'une seule facette. Par exemple, en 1965, Marc H. Hollender le définissait comme le fait « d'exiger de soi-même ou d'autrui une meilleure qualité de performance que celle requise par la situation ». Quelques années plus tard, des modèles multidimensionnels du perfectionnisme ont été publiés de façon indépendante par les équipes de recherche de Frost et al. (1990) et d'Hewitt et Flett (1991a, 1991b). Pour chacun des modèles, des échelles de mesure ont été créées, la première à six dimensions et la deuxième à trois dimensions. Dans une étude ultérieure visant à comparer ces deux mesures, des analyses factorielles ont permis de

démontrer que deux grandes dimensions émergeaient des modèles combinés, soit (1) la recherche de hauts standards; et (2) les préoccupations perfectionnistes (Frost et al., 1993). De ces travaux, le modèle à deux facteurs du perfectionnisme est né (Stoeber, 2017). À ce jour, ces trois modèles (le modèle de Frost et al., le modèle d'Hewitt et Flett et le modèle à deux facteurs) font partie de ceux les plus utilisées dans la littérature. La section suivante présente une description plus détaillée de ces derniers.

#### *Modèle de Frost et al. (1990)*

À partir d'échelles existantes et de leur conception du perfectionnisme, Frost et al. (1990) ont élaboré un modèle et une mesure du perfectionnisme à six dimensions, soit (1) les préoccupations perfectionnistes; (2) la recherche de hauts standards; (3) les attentes parentales; (4) les critiques parentales; (5) les doutes sur les actions; et (6) l'organisation. La première dimension se définit comme les réactions négatives face aux erreurs et à la tendance à interpréter les erreurs comme un échec. Comme l'indique son nom, la deuxième dimension est associée au fait de s'imposer de hauts standards et d'y accorder une grande importance. Les attentes parentales quant à elles renvoient à la croyance que les parents exigeaient beaucoup de leur enfant alors que la quatrième dimension est associée à la croyance que les parents se montraient trop critique. La cinquième dimension se conceptualise comme la tendance à douter de la qualité de sa performance. Enfin, la sixième dimension renvoie à l'importance accordée à l'ordre et l'organisation. À la lumière de leurs études, Frost et al. (1993) concluent que la première dimension du

modèle, c'est-à-dire les préoccupations perfectionnistes, serait centrale à la conceptualisation du perfectionnisme.

*Modèle d'Hewitt et Flett (1991a, 1991b)*

Ces auteurs étaient d'avis que le perfectionnisme est un construit multidimensionnel qui comprend des composantes personnelles et sociales. Ils ont donc élaboré un modèle du perfectionnisme à trois dimensions en fonction de l'objet vers lequel le comportement perfectionniste était dirigé, soit (1) le perfectionnisme orienté vers soi; (2) le perfectionnisme orienté vers les autres; et (3) le perfectionnisme prescrit socialement. La première dimension comprend des comportements comme le fait de s'exiger des standards élevés et d'évaluer sévèrement ses propres comportements. De la même façon, le perfectionnisme orienté vers les autres implique d'avoir des attentes irréalistes envers ses proches et d'évaluer leur performance. Plutôt qu'être dirigé vers l'intérieur, les comportements perfectionnistes sont vers l'extérieur de soi. Enfin, le perfectionnisme prescrit socialement renvoie au besoin d'atteindre les standards et les attentes prescrits par les personnes significatives autour de soi. Cette dimension s'accompagne d'une croyance que les proches ont des attentes irréalistes envers soi et qu'ils exercent une pression pour que l'individu soit parfait. En somme, Hewitt et Flett (1991a) suggèrent que ces trois dimensions du perfectionnisme pourraient jouer un rôle important dans le développement et le maintien de différentes psychopathologies. Ils émettent l'hypothèse qu'il existerait une différence fondamentale dans le niveau et le type de motivation associés à chacune des dimensions.

### *Modèle à deux facteurs*

La comparaison de différents modèles multidimensionnels du perfectionnisme a permis de faire ressortir deux grandes dimensions centrales, soit (1) la recherche de hauts standards; et (2) les préoccupations perfectionnistes (Frost et al., 1993; Stoeber & Otto, 2006). La dimension de recherche de hauts standards renvoie au désir d'atteindre la perfection et de répondre à des standards élevés. Elle est souvent associée à des caractéristiques ou des résultats plus positifs du perfectionnisme, comme une meilleure adaptation ou des affects positifs (Stoeber, 2016). À l'inverse, la dimension des préoccupations perfectionnistes est liée à la peur de faire des erreurs, à la critique de sa propre performance et aux réactions négatives face à l'imperfection (Stoeber, Madigan et al., 2020). Ainsi, elle est parfois associée à des conséquences plus négatives et moins adaptées du perfectionnisme, comme l'épuisement (Madigan et al., 2018). Toutefois, il est important de noter qu'en raison de la forte corrélation entre les deux dimensions du perfectionnisme, les effets positifs de la recherche de hauts standards peuvent être limités par les effets négatifs des préoccupations perfectionnistes (Smith et al., 2016; Stoeber & Damian, 2016).

### Conséquences au perfectionnisme

Même si les impacts longitudinaux de la recherche de hauts standards sont peu connus (Stoeber & Damian, 2016), les chercheurs s'entendent pour dire que le perfectionnisme est une caractéristique de la personnalité prévalente qui peut être associée à différentes conséquences négatives (Curran & Hill, 2019). La sphère de vie la plus affectée par le

perfectionnisme serait le travail (Stoeber & Stoeber, 2009). Par exemple, de hauts niveaux de perfectionnisme au travail entraîneraient des répercussions significatives sur différents indicateurs de bien-être, tels que le stress, l'anxiété et la dépression (Gluschkoff et al., 2017; Harari et al., 2018). De plus, un écart élevé entre les standards élevés d'une personne et sa réelle performance au travail serait associé à des niveaux plus élevés d'épuisement professionnel (Ozbilir et al., 2015).

Bien que le perfectionnisme ait été souvent prisé par les employeurs, ce dernier ne s'accompagne pas toujours des effets escomptés. Contrairement à la croyance populaire, le perfectionnisme ne serait pas nécessairement associé à une meilleure performance au travail (Madigan et al., 2018). En effet, dans les conclusions d'une méta-analyse évaluant les impacts du perfectionnisme dans le milieu de travail, Harari et al. (2018) émettent l'hypothèse que les effets négatifs du perfectionnisme sur le stress, l'anxiété et la dépression viendraient contrecarrer ses effets positifs sur la performance. La revue de littérature d'Ocampo et al. (2020) illustre que bien que la recherche de hauts standards puisse s'accompagner d'impacts positifs sur la performance, comme une plus grande créativité des employés, une moins grande adoption de comportements contre-productifs et une meilleure performance sur des tâches à court terme, elle serait aussi corrélée positivement à l'épuisement et le cynisme, et associée négativement à l'accomplissement au travail. De plus, le perfectionnisme peut aussi entraîner des conséquences interpersonnelles, particulièrement des conflits dans les relations de travail (Kleszewski & Otto, 2020).



## Interventions pour le perfectionnisme

Plusieurs études se sont intéressées aux différentes façons d'intervenir pour le perfectionnisme. À l'heure actuelle, il semble que l'approche cognitive comportementale (TCC) soit la méthode privilégiée dans la recherche. Par exemple, les huit études évaluées par Lloyd et al. (2015) dans leur méta-analyse étaient toutes basées sur la TCC pour diminuer le perfectionnisme. Les résultats de cette étude montrent des changements pré et post-intervention aux préoccupations perfectionnistes et à la recherche de hauts standards avec une grande taille d'effet. Plus récemment, une méta-analyse conduite par Suh et al. (2019) s'est intéressée à l'efficacité comparative de dix interventions basées sur la TCC en ligne et en personne pour le perfectionnisme. Parmi leurs résultats, ces auteurs notent une réduction des deux dimensions du perfectionnisme avec une taille d'effet moyenne.

De façon générale, la TCC pour le perfectionnisme est une intervention d'environ dix semaines qui inclut différentes méthodes d'intervention comme la psychoéducation, l'observation, l'exposition, la restructuration cognitive et l'autocompassion (Shafran et al., 2016). L'objectif central est d'amener les individus à changer leurs croyances, leurs attitudes et leurs attentes irréalistes tout en modifiant les comportements qui maintiennent les pensées et les affects négatifs (Antony & Swinson, 2009). Il est intéressant de noter que l'utilisation privilégiée de la TCC ne fasse pas consensus dans la littérature. Par exemple, Flett et Hewitt (2008) soutiennent que l'efficacité des traitements doit être considérée avec prudence, puisque malgré la diminution observée des niveaux de perfectionnisme, ces derniers demeurent tout de même relativement élevés et persistants

chez les individus perfectionnistes. Par ailleurs, Hewitt et al. (2017) émettent l'idée que la TCC pourrait ne pas être suffisante pour modifier les traits perfectionnistes ancrés profondément. À cet effet, ils notent une surreprésentation des individus perfectionnistes parmi les personnes qui ne réagissent pas bien à la TCC.

Enfin, certains auteurs insistent sur le fait que le but du traitement n'est pas de diminuer ou d'enlever les standards personnels. Il s'agirait plutôt d'éliminer la tendance d'un individu perfectionniste à s'évaluer entièrement sur l'atteinte ou non de ses standards et à s'autocritiquer quand ils ne sont pas atteints (Egan et al., 2011). Toutefois, considérant que le perfectionnisme demeure un facteur de risque pour plusieurs problématiques de santé mentale, il est possible de s'interroger sur l'utilité pour un individu de conserver une recherche de hauts standards. En effet, est-ce bénéfique pour un individu de constamment vouloir atteindre la perfection, même avec une évaluation moins négative de soi? Une façon de s'interroger à cette question est de considérer ce qui motive un individu à la recherche de hauts standards. En effet, est-ce que les manifestations positives ou négatives du perfectionnisme pourraient être associées aux motivations sous-jacentes aux comportements perfectionnistes? Pour y répondre, la prochaine section présente l'état des connaissances quant aux liens entre la motivation, le perfectionnisme et l'épuisement professionnel.

## Motivation

Le modèle théorique de l'autodétermination de Deci et Ryan (2000) a été beaucoup utilisé dans les études s'intéressant au rôle explicatif de la motivation dans l'apparition et le maintien de certaines pathologies, notamment pour l'épuisement professionnel. Il est brièvement décrit ci-dessous.

### Théorie de l'autodétermination de Deci et Ryan (2000)

Le modèle de l'autodétermination d'Edward L. Deci et Richard M. Ryan a d'abord été introduit en 1985 dans leur livre intitulé *Intrinsic Motivation and Self-Determination in Human Behavior*. Dans cet ouvrage, les auteurs mettent de l'avant l'idée que trois besoins fondamentaux sont inhérents à la motivation humaine, soit le besoin de compétence, d'autonomie et d'appartenance. De plus, ces derniers distinguent la motivation intrinsèque à la motivation extrinsèque et décrivent les rôles respectifs de ces types de motivation dans le comportement humain. Ainsi, un comportement motivé intrinsèquement est fait parce qu'il apporte du plaisir ou parce qu'il est intéressant pour l'individu. À l'inverse, un comportement motivé extrinsèquement vise à répondre à diverses contraintes venant de l'extérieur selon ce qu'un individu cherche à obtenir ou éviter. Toutefois, quelques années plus tard, Deci et Ryan (2000) partagent une conception plus nuancée de la motivation externe. En effet, ils stipulent que les comportements motivés extrinsèquement peuvent varier selon leur niveau d'autodétermination. Ainsi, de leurs travaux, trois principaux types de motivation extrinsèque émergent : la motivation externe, la motivation introjectée et la motivation identifiée.

### *Motivation externe*

La régulation externe représente la motivation extrinsèque la moins autodéterminée. Elle stipule que les comportements sont régulés par des sources externes (matérielles ou sociales). La motivation externe matérielle renvoie au fait d'agir pour obtenir une récompense quelconque (p. ex., une prime ou une médaille) ou pour éviter des conséquences négatives (p. ex., la perte d'un privilège). La motivation externe sociale renvoie plutôt aux comportements qui sont faits dans le but d'obtenir l'approbation des autres ou pour éviter d'être rejeté (Deci et al., 2017).

### *Motivation introjectée*

Dans la régulation introjectée, les comportements sont contrôlés par l'estime de soi et la culpabilité ainsi que par une préoccupation quant au statut ou aux normes sociales que la personne a introjectées. La pression ne vient plus autant de l'extérieur, mais plutôt de la personne elle-même. Il s'agit donc davantage de la peur de se décevoir soi-même que de la peur de décevoir l'autre, contrairement à la motivation externe sociale. Ainsi, un comportement pourrait par exemple être produit afin d'éviter de ressentir des émotions désagréables ou pour préserver un sentiment de valeur personnelle.

### *Motivation identifiée*

La motivation identifiée est le type de motivation extrinsèque la plus autodéterminée. Elle se rapporte au processus où les individus reconnaissent et acceptent les valeurs qui sous-tendent leurs actions. Un comportement est donc fait parce qu'il est valorisé et

important pour l'individu, c'est-à-dire qu'il est capable d'identifier son utilité. Toutefois, le comportement ne peut être considéré comme complètement autodéterminé, puisqu'il sert encore à atteindre un but externe, ici une valeur.

### *Amotivation*

Outre la motivation intrinsèque et les différentes formes de motivation extrinsèque, Deci et Ryan (2000) présentent également la notion d'amotivation. Celle-ci renvoie à un manque d'intention d'agir et un manque de motivation. Un individu pourrait donc s'engager dans un comportement sans savoir ce qu'il lui apporte. L'amotivation serait d'ailleurs associée à des niveaux plus élevés de dépression et d'anxiété ainsi qu'une qualité de vie plus faible (Ryan & Deci, 2017).

Enfin, pris dans son ensemble, la théorie de l'autodétermination propose que chaque type de motivation puisse être placé sur un continuum allant de l'absence d'autonomie (non-autodétermination), où la régulation du comportement est complètement externe, à l'autodétermination, où les comportements sont autorégulés (Ryan & Deci, 2017). Bien qu'externe, la motivation identifiée est reconnue comme la forme de motivation la plus autodéterminée, derrière la motivation intrinsèque. La Figure 1 illustre ce continuum.

**Figure 1***Continuum de l'autodétermination*

Faible	----- Continuum de l'autodétermination -----			Élevée
Amotivation	Motivation extrinsèque			Motivation intrinsèque
	Régulation externe	Régulation introjectée	Régulation identifiée	
Manque de motivation à agir.	Comportement contrôlé par des demandes externes, soit pour obtenir des récompenses ou éviter les punitions.	Comportement fait dans le but d'éviter des sentiments négatifs comme la culpabilité ou la honte.	Comportement fait selon son importance ou son utilité perçue par l'individu, en cohérence avec ses valeurs.	Comportement fait en raison de l'intérêt ou du plaisir associé, sans obligations ou récompenses externes.
Non autodéterminée			Autodéterminée	

## Rôle de la motivation dans la relation entre le perfectionnisme et l'épuisement

Différents travaux ont illustré le rôle médiateur de la motivation dans la relation entre certaines dimensions du perfectionnisme et l'épuisement, particulièrement l'épuisement sportif et l'épuisement scolaire. Ces derniers sont présentés ci-dessous. À noter que même si peu d'études se sont intéressées à la motivation et le perfectionnisme dans le contexte de l'épuisement professionnel, il est possible de penser que les résultats puissent être généralisables. En effet, la conceptualisation de l'épuisement professionnel, scolaire et sportif est basée sur le même modèle de Maslach et Jackson (1981) comprenant les trois grandes catégories de symptômes décrits précédemment (épuisement émotionnel, dépersonnalisation et baisse de l'accomplissement personnel) (Hill & Curran, 2016). Le concept de l'épuisement sportif aurait toutefois été adapté pour mieux correspondre à

l'univers du sport, en ajoutant entre autres un aspect physique à l'épuisement (Raedeke, 1997; Raedeke & Smith, 2001).

### *Épuisement scolaire*

Une étude récente s'est intéressée au rôle médiateur de la motivation introjectée dans la relation entre le perfectionnisme et l'épuisement scolaire chez des étudiants coréens de 18 ans (Choi et al., 2020). Les auteurs ont observé que les deux composantes du perfectionnisme (recherche de hauts standards et préoccupations perfectionnistes) étaient associées positivement à la motivation introjectée, qui, en retour, était associée positivement à l'épuisement. Ces derniers suggèrent que d'aider les étudiants à découvrir la valeur intrinsèque de leurs études pourrait contribuer à diminuer l'épuisement. La motivation extrinsèque semblerait également contribuer à l'épuisement scolaire par sa relation avec le perfectionnisme. Les résultats d'une étude conduite auprès de 283 étudiants coréens montrent que des traits perfectionnistes prescrits socialement étaient associés positivement à la motivation extrinsèque qui, à son tour, était positivement liée à l'épuisement scolaire (Chang et al., 2015). Ces auteurs émettent l'hypothèse que les individus dont leur perfectionnisme était prescrit socialement se seraient épuisés parce qu'ils ont étudié pour des raisons externes (p. ex., pression des parents ou éloge des professeurs) plutôt qu'intrinsèques (p. ex., par curiosité ou par intérêt personnel).

### *Épuisement sportif*

Différentes études ont également étudié le rôle médiateur de la motivation dans la relation entre le perfectionnisme et l'épuisement chez des athlètes. Dans une étude conduite auprès de 142 athlètes juniors, Madigan et al. (2016) rapportent que ceux qui avaient davantage de préoccupations perfectionnistes avaient tendance à avoir des niveaux plus élevés de motivation contrôlée (non autodéterminée) et rapportaient des niveaux plus élevés d'épuisement sportif. À l'inverse, les athlètes dont la dimension de recherche de hauts standards prédominait avaient des niveaux plus élevés de motivation autonome (autodéterminée) et vivaient moins d'épuisement sportif. Des résultats similaires sont rapportés par Jowett et al. (2013), c'est-à-dire que la relation observée entre les préoccupations perfectionnistes et l'épuisement de jeunes athlètes s'expliquait en partie par la motivation contrôlée (non autodéterminée).

### *Épuisement professionnel*

Aucune étude à ce jour ne semble avoir étudié ensemble la motivation, le perfectionnisme et l'épuisement professionnel. Indépendamment du perfectionnisme, il semble toutefois que la motivation puisse être un facteur modérateur à la perte de ressources observé dans l'épuisement professionnel (p. ex., une baisse d'énergie ou une humeur négative). Les résultats de l'étude de ten Brummelhuis et al. (2011), conduite auprès de 352 employés d'un cabinet de conseil néerlandais, montrent que la motivation intrinsèque atténuait le processus de perte de ressources interne, c'est-à-dire la perte d'énergie et la diminution de l'humeur, alors que la motivation externe renforçait le



processus d'accumulation de la demande, c'est-à-dire l'augmentation du stress et de l'épuisement.

### Interventions basées sur l'autodétermination

À la lumière des études présentées, il semble que les préoccupations perfectionnistes et des niveaux de motivation peu autodéterminée puissent jouer un rôle important dans l'apparition et le maintien de l'épuisement (Hill & Curran, 2016). Sur le plan clinique, il est possible de penser que l'utilisation du modèle de l'autodétermination pourrait être une avenue de traitement intéressante pour intervenir auprès d'individus perfectionnistes souffrant d'épuisement professionnel. Comme il a été suggéré par Chang et al. (2015), le fait de modifier les motivations sous-jacentes à certains comportements perfectionnistes pour qu'ils soient plus intrinsèques pourrait être efficace pour diminuer les niveaux d'épuisement. À l'heure actuelle, très peu d'études cliniques ont testé les effets d'une intervention basée sur l'autodétermination pour l'épuisement et le perfectionnisme. Pour l'épuisement, il semble qu'un seul essai contrôlé randomisé ait été publié dans les dix dernières années sur le sujet. Celui-ci a été conduit auprès d'entraîneurs de football (N=6) et appuie la faisabilité et l'acceptabilité d'un programme de 12 semaines pour diminuer l'épuisement des athlètes (Langan et al., 2015). En fait, les résultats montrent que les athlètes qui recevaient leur entraînement habituel rapportaient une augmentation de leur niveau d'épuisement contrairement aux athlètes dont l'entraîneur avait suivi l'intervention basée sur l'autodétermination (taille d'effet petite). Ces derniers ne montraient aucun changement dans le niveau d'épuisement.

Pour le perfectionnisme, une étude récente s'est intéressée à l'efficacité d'un traitement cognitif comportemental basé sur le modèle de l'autodétermination (Plana, 2020). L'objectif de ce protocole à cas unique était de modifier les motivations sous-jacentes aux comportements perfectionnistes afin qu'ils soient plus autodéterminés. Les résultats obtenus montrent une diminution du temps consacré aux comportements perfectionnistes, des changements motivationnels et une diminution des symptômes anxiodépressifs.

#### Objectif de l'étude

Afin de déterminer la pertinence du modèle de l'autodétermination chez des individus perfectionnistes en épuisement professionnel, le protocole de traitement développé par dans le cadre de l'essai doctoral de Plana (2020) sera utilisé dans la présente étude. Ainsi, l'objectif du traitement est d'amener les participants à acquérir une meilleure compréhension du perfectionnisme et de ses différentes manifestations et à adopter une recherche de haut standard au travail qui est plus autodéterminée ou cohérente avec leurs valeurs personnelles. Le prochain chapitre présente l'étude qui évalue l'impact de ce traitement auprès de quatre individus perfectionnistes en épuisement professionnel à partir d'un protocole de recherche à niveaux de base multiples.

## Chapitre 1

Article scientifique – Intervention pour le perfectionnisme chez des personnes souffrant d'épuisement professionnel ou de dépression : un protocole à niveaux de base multiples

**Intervention pour le perfectionnisme chez des personnes souffrant d'épuisement  
professionnel ou de dépression : un protocole à niveaux de base multiples**

Alex-Anne Beaulieu<sup>1</sup>

et

Frédéric Langlois<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Université du Québec à Trois-Rivières, Canada

<sup>2</sup> Professeur, Département de psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières,  
Canada

**Adresse de correspondance**

Alex-Anne Beaulieu, Université du Québec à Trois-Rivières, 3351 boul. des Forges,  
Trois-Rivières, Québec, G9A 5H7, Canada. Courriel : [Alex-Anne.Beaulieu@uqtr.ca](mailto:Alex-Anne.Beaulieu@uqtr.ca)

## Résumé

Outre la dépression, l'épuisement professionnel est un problème de santé fréquent dans les milieux de travail au Québec (Marchand et al., 2015). L'épuisement professionnel est défini comme un syndrome résultant de l'incapacité à gérer un stress chronique dans le milieu de travail caractérisé par un sentiment d'épuisement, du cynisme par rapport au travail et une baisse d'efficacité professionnelle (World Health Organization, 2022). Plusieurs études ont identifié le rôle du perfectionnisme et de la motivation dans le développement et le maintien de l'épuisement professionnel (Childs & Stoeber, 2012; Falco et al., 2014). Toutefois, les traitements actuels pour l'épuisement professionnel incluraient peu ces composantes (Awa et al., 2010). L'objectif du présent projet est donc d'évaluer l'impact d'un traitement cognitif comportemental ciblant les motivations sous-jacentes au perfectionnisme chez des individus perfectionnistes en épuisement professionnel. À partir d'un protocole de recherche à niveaux de base multiples, quatre participants ont reçu le traitement sur une base hebdomadaire pendant une période de 15 séances. Les participants étaient évalués avant et après le traitement ainsi que trois mois plus tard à l'aide de différentes mesures. Les résultats démontrent qu'un seul participant présente une amélioration significative des trois dimensions de l'épuisement professionnel. Ce dernier est le seul à présenter une amélioration significative des motivations autodéterminées (identifiée et intrinsèque). Néanmoins, deux des quatre participants présentent une rémission du diagnostic de trouble dépressif caractérisé émis au prétest. De plus, trois des quatre participants présentent une amélioration de leur niveau de bien-être ou de satisfaction de vie aux périodes de suivi posttest. Aucun des participants

ne présente une diminution significative des préoccupations perfectionnistes. Il semble donc que le traitement ait eu une influence favorable sur le plan de l'humeur, même si l'état d'épuisement et les préoccupations perfectionnistes demeurent présents pour trois des quatre participants. Ces résultats soutiennent la nécessité de continuer à explorer les facteurs de maintien à l'épuisement professionnel tout en considérant les caractéristiques individuelles et motivationnelles de la clientèle perfectionniste.

## Introduction

Au Canada, 47 % des travailleurs considèrent que le travail est la partie la plus stressante de leur quotidien (Commission de la santé mentale du Canada, 2016). Selon la Commission de la santé mentale du Canada, le stress au travail serait la principale cause des problèmes de santé mentale des travailleurs canadiens. Au Québec, outre la dépression, l'épuisement professionnel constituerait un problème de santé fréquent dans les milieux de travail, touchant près de 4 % des travailleurs (Marchand et al., 2015). L'impact économique du stress au travail est impressionnant, avec des coûts oscillants entre 222 millions et 187 milliards de dollars (É.-U.) pour l'Australie, le Canada, le Danemark, la France, la Suède, la Suisse, le Royaume-Uni et les 15 pays de l'Union européenne combinés (Hassard et al., 2018).

Les taux de prévalence de l'épuisement professionnel demeurent toutefois difficiles à établir pour différentes raisons. Premièrement, les études de prévalence s'intéressent souvent à des groupes de travailleurs spécifiques, plus particulièrement les médecins, les infirmiers et les enseignants (García-Carmona et al., 2019; Monsalve-Reyes et al., 2018; Rotenstein et al., 2018). De plus, il n'existe pas de diagnostic officiel qui cible l'épuisement professionnel dans le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5), la nomenclature la plus utilisée en Amérique du Nord. Par contre, la CIM-11 (2018) décrit l'épuisement professionnel comme un syndrome résultant de l'incapacité à gérer un stress chronique dans le milieu de travail. Il est caractérisé par trois

dimensions : (1) un sentiment d'épuisement; (2) du cynisme par rapport au travail; et (3) une baisse d'efficacité professionnelle (World Health Organization. 2022).

La symptomatologie variée de ce syndrome peut comprendre des manifestations physiques (p. ex., maux de tête, nausées, agitation), émotionnelles (p. ex., épuisement émotionnel, humeur déprimée, irritabilité), cognitives (p. ex., sentiment d'impuissance, baisse de concentration et de productivité), comportementales (p. ex., procrastination, impulsivité, hyperactivité) et motivationnelles (p. ex., perte d'intérêt, résignation, démoralisation) (Melamed et al., 2006; Nuallaong, 2013; Ohue et al., 2011).

Les individus qui présentent de tels symptômes reçoivent souvent un diagnostic de dépression ou de trouble d'adaptation en raison de facteurs communs entre ces troubles (Collange et al., 2013). D'ailleurs, plusieurs études soutiennent que l'épuisement professionnel serait concomitant au trouble dépressif et pourrait même être un type de dépression (Bianchi et al., 2013; Bianchi et al., 2014, 2015; Schonfeld & Bianchi, 2016). Une étude de Finlande démontre que plus de la moitié des travailleurs qui souffraient d'épuisement professionnel sévère présentaient également un trouble dépressif (Ahola et al., 2005).

Différents facteurs environnementaux peuvent contribuer à l'apparition et au maintien de l'épuisement professionnel. Par exemple, les résultats de la revue systématique de Seidler et al. (2014) indiquent que les conditions de travail,



particulièrement des exigences de travail élevées, joueraient un rôle dans le développement de l'épuisement émotionnel. Des caractéristiques personnelles peuvent aussi augmenter les risques d'épuisement professionnel. Plus particulièrement, plusieurs études identifient le rôle du perfectionnisme dans le développement et le maintien de l'épuisement professionnel (Childs & Stoeber, 2012; Falco et al., 2014; Philp et al., 2012). Par exemple, certains auteurs soutiennent que le perfectionnisme socialement prescrit serait associé à des niveaux plus élevés d'épuisement professionnel (Childs & Stoeber, 2010; Falco et al., 2014).

Le perfectionnisme est de plus en plus opérationnalisé en fonction de deux dimensions (Stoeber & Damian, 2016). La première dimension, les standards personnels élevés (Blankstein et al., 2008), est fréquemment identifiée comme l'aspect plus adapté ou plus sain du perfectionnisme, entre autres lorsqu'il a y une certaine flexibilité dans la recherche de perfection (Lo & Abbott, 2013). La deuxième dimension, celle des préoccupations perfectionnistes, est associée à la peur de faire des erreurs, à des réactions négatives face à l'imperfection et à une critique importante de sa propre performance (Stoeber & Otto, 2006). Cette dimension inadaptée est associée à des conséquences négatives comme une faible estime de soi ou une humeur négative (Macedo et al., 2014; Stoeber & Janssen, 2011).

La sphère la plus affectée par le perfectionnisme serait le travail, que ce soit le travail professionnel ou scolaire (Haase et al., 2013; Stoeber & Stoeber, 2009). Dans le contexte

du débat sur les effets positifs et négatifs du perfectionnisme, il est possible de s'interroger sur la réelle utilité du perfectionnisme au travail, considérant qu'il s'accompagne d'impacts notables sur le bien-être des employés (Flaxman et al., 2018; Ozbilir et al., 2015). À cet effet, la méta-analyse d'Harari et al. (2018) portant sur l'influence du perfectionnisme au travail conclut que les avantages du perfectionnisme sont bien souvent contrecarrés par ses conséquences négatives. Toutefois, une récente revue de la littérature sur le perfectionnisme au travail présente des résultats nuancés, rapportant que le perfectionnisme n'entraîne pas toujours des conséquences négatives (Ocampo et al., 2020). Ces auteurs soulignent l'hypothèse que les employés puissent entretenir des préoccupations perfectionnistes ou des standards personnels élevés en fonction de la motivation derrière les comportements perfectionnistes. Il est donc possible de se s'interroger à savoir si ce ne serait pas plutôt les motivations derrière les comportements perfectionnistes qui modèleraient l'apparition des conséquences positives ou négatives au travail.

À cet effet, plusieurs auteurs soutiennent que le perfectionnisme serait régulé par différents types de motivation en fonction des deux grandes dimensions (standards élevés et préoccupations perfectionnistes) (Longbottom et al., 2012; Mouratidis & Michou, 2011; Stoeber & Rambow, 2007; Vansteenkiste et al., 2010). Plus particulièrement, les différentes motivations sous-jacentes au perfectionnisme semblent pouvoir s'expliquer à partir du modèle de l'autodétermination de Deci et Ryan (2000). Cette théorie stipule que le niveau de motivation des individus affecte la façon dont ceux-ci s'engagent dans

différents comportements et persistent à les faire. Dans leur ouvrage initial, Deci et Ryan (1985) distinguent deux formes de motivation, soit la motivation autonome et la motivation contrôlée. La motivation autonome se définit comme le fait de s'engager dans des comportements qui sont cohérents avec des buts intrinsèques et qui corrént avec les intérêts personnels d'un individu (Deci et al., 2017). Les comportements sont donc autodéterminés. À l'inverse, la motivation contrôlée renvoie au fait de s'engager dans des comportements pour des raisons extérieures à soi, par exemple pour obtenir des gains, l'approbation des autres ou pour éviter des conséquences (Hagger et al., 2014). Le modèle de l'autodétermination propose également que tous les comportements puissent être placés sur un continuum allant de l'absence d'autonomie (non-autodétermination), où la régulation du comportement est externe, à l'autodétermination, c'est-à-dire que les comportements sont autorégulés (Ryan & Deci, 2017). À l'une extrémité, l'amotivation représente le plus faible degré d'autodétermination. Elle est marquée par l'absence de motivation ainsi qu'un manque d'intention à agir et est accompagnée d'un sentiment de ne plus avoir le contrôle sur les conséquences de ses actions (Deci & Ryan, 2000). Dans le contexte du travail, un employé pourrait être perfectionniste dans ses tâches même s'il considère que cela ne lui apporte plus rien. Au milieu du continuum, la motivation extrinsèque renvoie aux comportements qui sont adoptés dans le but d'obtenir une conséquence positive ou d'éviter une conséquence négative. Elle comprend la régulation externe, la régulation introjectée et la régulation identifiée. Par exemple, un employé pourrait adopter un comportement perfectionniste au travail pour avoir une promotion, pour ne pas avoir honte de sa performance ou parce que c'est un moyen de respecter son

sens de responsabilité. Enfin, la motivation intrinsèque fait référence aux comportements qui sont les plus autodéterminés. Ces derniers sont faits dans l'unique but d'obtenir du plaisir et une satisfaction personnelle. Par exemple, une personne pourrait être perfectionniste au travail parce que voir le résultat s'approcher de ses critères de perfection lui apporte du plaisir.

Stoeber et al. (2018) rapportent que les standards élevés de performance seraient associés à des degrés plus élevés d'autodétermination, comme la motivation intrinsèque et la régulation identifiée, alors que les préoccupations perfectionnistes seraient plutôt associées à des motivations moins autodéterminées, comme la régulation introjectée, la régulation externe et l'amotivation.

À l'heure actuelle, il existe différentes interventions distinctes pour l'épuisement professionnel ou le perfectionnisme. Pour l'épuisement professionnel, les plus communes sont les interventions individuelles (p. ex., la thérapie cognitive comportementale), de groupes (p. ex., des exercices de relaxation ou de méditation) ou dans le milieu du travail (p. ex., l'ajustement des conditions de travail) (Awa et al., 2010). Toutefois, Ahola et al. (2017) rapportent que le contenu spécifique des interventions pour l'épuisement professionnel varie beaucoup et que leurs résultats sont mitigés. Néanmoins, il semble que les méthodes sont plus souvent basées sur la thérapie cognitive comportementale (TCC).

Cependant, l'efficacité des interventions pour l'épuisement professionnel demeure peu établie. Une revue systématique de la littérature publiée entre 2006 et 2011 soulève que les résultats de l'efficacité des thérapies pour l'épuisement professionnel sont préliminaires et insuffisants et que des recherches devraient être poursuivies en ce sens (Korczak et al., 2012). Il existe donc un besoin important de développer et tester des interventions pouvant diminuer de façon significative les niveaux d'épuisement chez les travailleurs.

Concernant le perfectionnisme, il semble que les interventions psychologiques, particulièrement celles d'approche cognitive comportementale, soient efficaces indépendamment des sphères de vie affectées (Egan et al., 2014; Lloyd et al., 2015). Une récente méta-analyse portant sur l'efficacité d'essais randomisés visant à réduire le perfectionnisme et les symptômes associés de dépression et d'anxiété rapporte que les interventions psychologiques sont efficaces avec des tailles d'effet moyen (Suh et al., 2019). La majorité des articles sélectionnés dans cette étude utilisait une approche cognitive comportementale. Cependant, il n'en demeure pas moins que la TCC ne réussit pas à aider efficacement tous les gens qui souffrent de leur perfectionnisme (Hewitt et al., 2017) et que nous devons tenter de suggérer de nouveaux leviers cliniques.

Récemment, un protocole de traitement pour le perfectionnisme se basant sur le modèle de l'autodétermination a été développé (Plana, 2020). Ce dernier vise à ce que les individus acquièrent une meilleure compréhension du perfectionnisme et de ses

différentes manifestations et qu'ils arrivent à adopter une recherche de hauts standards qui est plus autodéterminée, c'est-à-dire davantage motivée par les valeurs personnelles que par la peur de l'erreur et l'évitement de la honte. Bien que ce protocole n'ait pas été développé spécifiquement pour des individus en épuisement professionnel, il est possible de penser qu'il puisse être bénéfique pour des individus souffrant d'épuisement professionnel lorsque leur niveau de perfectionnisme est particulièrement élevé. En effet, considérant le rôle important de la motivation dans le développement et le maintien de l'épuisement professionnel, il semble pertinent d'inclure cette composante au traitement. De plus, les appuis empiriques soutenant l'efficacité de l'approche cognitive comportementale dans la prise en charge du perfectionnisme et celles qui sont préliminaires pour l'épuisement professionnel suggèrent que la TCC pourrait s'avérer utile pour les individus ayant des traits perfectionnistes en épuisement professionnel.

### Objectif de l'étude

L'objectif de cette étude est donc d'évaluer, à l'aide d'un protocole à niveaux de bases multiples, si un programme d'intervention existant ciblant les motivations sous-jacentes au perfectionnisme selon une approche cognitive comportementale peut diminuer les symptômes de dépression ou d'épuisement professionnel d'individus perfectionnistes. Nous émettons l'hypothèse qu'une intervention en sept modules d'une durée de 10 à 15 semaines devrait avoir l'impact suivant : (1) une diminution de la symptomatologie dépressive ou d'épuisement; (2) une augmentation du bien-être et de la satisfaction de vie; (3) une diminution des motivations contrôlées (non autodéterminées); (4) une

augmentation des motivations plus autodéterminées; (5) une diminution des préoccupations perfectionnistes; et (6) aucun changement sur les standards élevés.

## Méthode

### Participants

Le recrutement des participants s'est fait par l'entremise d'annonces publicitaires publiées sur la page Facebook du laboratoire de recherche et sur le site de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Les personnes intéressées à participer à l'étude étaient invitées à transmettre leurs coordonnées par courriel pour établir leur éligibilité. Pour prendre part à l'étude, les participants devaient d'abord être âgés de 18 ans et plus. De plus, ils devaient satisfaire soit les critères de l'épuisement professionnel selon la CIM-11, les critères d'un épisode dépressif caractérisé selon le DSM-5 ou les critères d'un trouble dépressif persistant (dysthymie) selon le DSM-5. Les participants devaient aussi présenter un niveau cliniquement significatif de manifestations perfectionnistes (cognitives et comportementales) aux échelles sélectionnées. Le perfectionnisme devait être l'élément principal ayant contribué à l'épuisement professionnel, c'est-à-dire qu'il est le motif de consultation principal pour l'individu. Enfin, les participants qui adhéraient à un traitement pharmacologique devaient le suivre depuis au moins trois mois avant le début de l'étude et aucun changement ou ajustement de médication ne devait être prévu durant le traitement. À la suite du processus de recrutement, quatre femmes ont pris part à l'étude. Afin de protéger la confidentialité de ces dernières, des informations ont été modifiées.

### *Participant 1*

Femme de 36 ans, chargée de cours dans une université, qui satisfait les critères d'un trouble dépressif caractérisé. Elle présente des symptômes sous-cliniques d'anxiété sociale (contexte de présentation, de réunions et d'affirmation de soi) et des symptômes correspondant à l'épuisement professionnel. La symptomatologie dépressive se présente surtout par une perte d'intérêt, de l'insomnie, de la fatigue, de la culpabilité excessive et des difficultés de concentration. Son hygiène de vie se montrait d'ailleurs affectée. La participante rapporte un climat d'emploi difficile étant donné la pression de performance qu'elle ressent de ses collègues. La participante rapporte craindre de commettre des erreurs, de se faire juger par ses étudiants et de ne pas être à la hauteur (p. ex., ne pas pouvoir répondre à un étudiant si elle ne connaît pas la réponse), ceci menant à de la procrastination. En plus de rapporter un manque d'énergie et une perte d'efficacité professionnelle, la participante présente un fort sentiment de cynisme par rapport à son travail (p. ex., être irritable avec ses étudiants). La participante prend du millepertuis depuis décembre 2020.

### *Participant 2*

Femme de 33 ans, assistante sociale et mère d'un garçon de 6 ans. Elle est en processus de retour au travail à la suite d'un arrêt en raison de symptomatologie dépressive. Les symptômes ne remplissent pas les critères du trouble dépressif caractérisé du DSM-5, mais remplissent les critères du syndrome d'épuisement professionnel de la CIM-11. Le tout est accompagné de symptômes physiques (fatigue, maux de ventre,



migraine), de manque de concentration et d'irritabilité. Le perfectionnisme de madame se présente entre autres par le fait de ramener des dossiers à la maison, s'exiger une performance sociale parfaite et avoir de la difficulté à déléguer des tâches. Elle se montre également très exigeante envers son conjoint et son enfant. Des symptômes d'anxiété sociale sont associés principalement à la performance, et ce, depuis l'entrée sur le marché du travail. Il y a aussi des inquiétudes sous-cliniques principalement liées à la vie familiale. À noter que depuis la fin du protocole, madame a commencé une maîtrise à l'université et a quitté son emploi à temps plein.

### *Participant 3*

Femme de 36 ans qui travaille comme coordonnatrice dans un organisme communautaire à raison de 20 heures par semaine. Madame remplit les critères du DSM-5 pour un trouble dépressif caractérisé. Il s'agit de son 2<sup>e</sup> épisode. L'épuisement semble avoir été une cause importante à l'apparition du deuxième épisode dépressif et proviendrait surtout des hautes exigences au travail (vérification excessive des documents qu'elle rédige, par exemple). Parmi les stressseurs professionnels, il y a une charge de travail élevée et une pression des membres du conseil d'administration pour redresser l'image de l'organisation. L'évaluation met en évidence des symptômes d'agoraphobie et d'anxiété généralisée sous-cliniques.

#### *Participant 4*

Femme de 36 ans, médecin de famille, célibataire et sans enfant. Cette dernière travaille trois jours par semaine dans une clinique privée pour un total de 40 heures de travail par semaine. L'évaluation montre que la participante ne remplit pas les critères d'un trouble de l'humeur selon le DSM-5, mais la symptomatologie est cohérente envers le syndrome d'épuisement professionnel. La participante rapporte de la fatigue, du cynisme envers son travail, du stress et de l'épuisement émotionnel. Le perfectionnisme de cette participante paraît central à ses difficultés. La crainte de commettre des erreurs médicales est apparente, ce qui l'amène à mettre en place différentes stratégies d'évitement comme la procrastination, la vérification excessive et de l'hypervigilance au travail. Par ailleurs, un épisode de trouble de stress post-traumatique passé dans le cadre de ses tâches comme médecin à l'urgence a été identifié. La participante ne présente plus de symptômes associés à ce diagnostic. Enfin, des symptômes d'anxiété sociale sous-cliniques sont présents. La participante prend du Trintellix depuis avril 2021 et a reçu une courte psychothérapie humaniste en juin 2021.

#### Instruments de mesure

##### *Entrevues de sélection*

Pour répondre aux besoins de l'étude, un canevas d'entrevue semi-structurée a été conçu. Celui-ci comprend des questions relatives à l'occupation des participants, leurs conditions d'emploi ainsi que les facteurs de stress possibles. Des questions de dépistage pour l'épuisement professionnel ont aussi été créées en fonction des critères de la

*Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes* (CIM-11). Enfin, les diagnostics ont aussi été établis selon la nomenclature du DSM-V à l'aide de l'*Anxiety and Related Disorders Interview Schedule for DSM-5* (ADIS-5; Brown & Barlow, 2014). Cette entrevue semi-structurée et standardisée a été conçue spécifiquement pour l'évaluation diagnostique des troubles anxieux et de l'humeur ainsi que d'autres troubles connexes comme les troubles liés à des traumatismes et l'abus de substances.

#### *Mesure d'autoenregistrement quotidien*

Un calepin d'autoenregistrement quotidien de 10 énoncés a été créé afin d'évaluer la fréquence d'apparition des symptômes par rapport aux cibles thérapeutiques inhérentes au traitement (symptômes d'épuisement professionnel et de dépression ainsi que les comportements perfectionnistes et ses motivations sous-jacentes). Les énoncés ont été conçus à partir d'énoncés de différentes mesures évaluant les construits de l'étude (Questionnaire de perfectionnisme révisé, Maslach Burnout Inventory et Inventaire de dépression de Beck) puis ils ont été adaptés pour être répondus de façon quotidienne. Les réponses au calepin d'autoenregistrement étaient notée sur une échelle de 10 points allant de *aucunement* [1] à *extrêmement* [10]). Les questions étaient les suivantes : (1) Je me suis senti tendu(e) ou stressé(e) au travail; (2) Je me suis senti épuisé(e) mentalement au travail; (3) Je me suis senti déprimé(e) ou découragé(e) au travail; (4) J'ai senti de l'aversion par rapport mon travail; (5) Je me suis senti efficace au travail; (6) Je me suis mis une pression désagréable pour atteindre mes hauts standards au travail; (7) J'ai visé la

perfection au travail pour augmenter ou protéger mon image face à mes collègues ou mes supérieurs; (8) J'ai visé la perfection au travail dans le but d'avoir une promotion ou un bonus; 9) J'ai visé la perfection au travail pour éviter d'être déçu de moi-même; et (10) J'ai eu du plaisir à faire mes tâches le plus parfaitement possible.

### *Questionnaires autorapportés*

**Questionnaire de perfectionnisme révisé (QP-R).** Le *Questionnaire de perfectionnisme révisé* (Langlois et al., 2009) a été rempli afin de mesurer le perfectionnisme selon deux sous-échelles : (1) la recherche de hauts standards personnels; et (2) les préoccupations perfectionnistes. Les réponses aux 20 énoncés (p. ex. « J'aime que les choses que je fais soient parfaites. ») sont notées sur une échelle de cinq points allant de *ne me décrit pas du tout* (1) à *me décrit tout à fait* (5). Un résultat élevé à chacune des sous-échelles reflète une forte recherche de hauts standards et un niveau élevé de préoccupations perfectionnistes. La cohérence interne de cette mesure est considérée comme bonne avec des alphas de Cronbach de 0,80 pour la sous-échelle « recherche de hauts standards » et de 0,94 pour la sous-échelle « préoccupations perfectionnistes » (Langlois et al., 2010).

**Maslach Burnout Inventory (MBI-GS).** L'*Inventaire d'épuisement professionnel de Maslach* pour la population générale (Maslach et al., 1986) est un questionnaire de 16 énoncés comprenant trois sous-échelles : l'épuisement, le cynisme et l'efficacité professionnelle. Les réponses aux énoncés (p. ex. « Je me sens épuisé(e) à la fin de ma

journée de travail. ») sont placées sur une échelle de sept points allant de *jamais* (0) à *tous les jours* (6). Un score élevé pour les deux premières dimensions (épuiement et cynisme) et un faible score pour la troisième (efficacité professionnelle) indiquent la présence d'épuiement professionnel. Des alphas de Cronbach de 0,90, 0,86 et de 0,87 sont rapportés respectivement pour les trois sous-échelles de la version française (Bocéréan et al., 2019).

**Inventaire de dépression de Beck (BDI-II).** L'*Inventaire de dépression de Beck* (Beck et al., 1996) a été rempli par les participants afin d'évaluer l'intensité de leurs symptômes dépressifs. Ce questionnaire de 21 énoncés comporte une série de quatre choix de réponses qui reflètent la gravité de chaque symptôme interrogé. Les réponses se cotent de zéro à trois. Un résultat élevé reflète un niveau élevé de symptômes dépressifs. Par exemple : je ne me sens pas triste (0), je me sens très souvent triste (1), je suis tout le temps triste (2) et je suis si triste ou si malheureux(se) que ce n'est pas supportable (3). La cohérence interne de cet outil est adéquate et varie de 0,73 à 0,92, avec une moyenne de 0,86 selon les études (Beck et al., 1988).

**Satisfaction with Life Scale (SWLS).** L'*Échelle de satisfaction de vie* (Diener et al., 1985) a été utilisée pour mesurer la satisfaction de vie subjective des participants avant et après le traitement. Elle comporte cinq énoncés (p. ex. « Mes conditions de vie sont excellentes. ») qui sont cotés sur une échelle de sept points allant de *fortement en désaccord* (1) à *fortement en accord* (7). Un résultat élevé indique un niveau élevé de

satisfaction de vie. Cet outil a une bonne cohérence interne avec des alphas de Cronbach allant de 0,79 à 0,98 selon les données de six études révisées par Pavot et Diener (1993). Une stabilité temporelle adéquate est également rapportée, soit un coefficient de corrélation de 0,84 après un délai de deux et quatre semaines (Pavot et al., 1991).

**World Health Organization Well-Being Index (WHO-5).** L'*Index de bien-être de l'Organisation mondiale de la santé* (World Health Organization, 1998) est une mesure de cinq énoncés évaluant le niveau de bien-être psychologique subjectif. Il est fréquemment utilisé comme mesure de dépistage de la dépression (résultat total  $\leq 50$ ) (Topp et al., 2015). Les réponses aux énoncés (p. ex. « Je me suis senti(e) calme et tranquille. ») étaient cotées sur une échelle de six points allant de *jamais* (0) à *tout le temps* (5). Un résultat élevé reflète un niveau élevé de bien-être. La cohérence interne de cet outil est adéquate et varie de 0,91 à 0,93 (Hajos et al., 2013). Le WHO-5 semble également avoir une stabilité temporelle adéquate, avec un coefficient de corrélation de 0,83 sur 10 jours (Bonnín et al., 2018).

#### Devis de recherche

Un protocole expérimental à niveaux de base multiples est particulièrement approprié pour vérifier l'efficacité préliminaire d'un nouveau traitement avant qu'il soit administré à grande échelle (Moras et al., 1993). Ce dernier implique de recueillir des données initiales visant à établir un niveau de base avant l'introduction de l'intervention. L'intervention est ensuite introduite à différents moments pour chacun des participants

selon le moment où une stabilité dans le patron de réponses à différentes mesures quotidiennes est atteinte. Le fait d'attendre l'atteinte des niveaux de base avant de commencer le traitement permet de limiter l'influence de facteurs externes, comme la maturation ou l'expérience, et ainsi illustrer que les changements observés sont dus à l'introduction du traitement (Kazdin, 2019). L'observation de changements constants chez quelques participants démontre également que les effets de l'intervention ne sont pas associés aux caractéristiques d'un seul individu, assurant ainsi une meilleure validité externe que les protocoles à cas unique (Ledford & Gast, 2014). Enfin, ce devis ne requiert pas beaucoup de participants et s'adapte bien aux exigences des milieux cliniques (Kazdin, 2019).

### Déroulement

Après un premier contact avec les participants ayant exprimé leur intérêt à l'étude, une entrevue téléphonique a été conduite afin de vérifier leur éligibilité. Les participants qui répondaient aux critères de sélection préliminaires étaient ensuite invités à une rencontre d'évaluation. Cette rencontre permettait aussi d'expliquer le déroulement de l'étude et d'obtenir le consentement des participants. La rencontre d'évaluation a été faite par l'auteure principale à l'aide de l'ADIS-5 afin d'établir un diagnostic de trouble de l'humeur. Le dépistage de l'épuisement professionnel a été effectué à partir des critères de la CIM-11. Par la suite, les participants devaient répondre à différents questionnaires sur la plateforme SurveyMonkey. Un lien hypertexte leur était acheminé par courriel après la rencontre d'évaluation. Une réévaluation des participants a été effectuée avec l'ADIS-

5 par un évaluateur aveugle et avec les différents questionnaires à la fin du traitement et trois mois plus tard. Enfin, les participants étaient amenés à remplir un calepin d'autoenregistrement quotidien mesurant les symptômes d'épuisement professionnel et de dépression ainsi que les comportements perfectionnistes et ses motivations. Ce dernier a été rempli pendant la durée totale du protocole et une semaine avant le suivi de trois mois.

Pour commencer la phase de traitement, il était requis que chacun des participants présente un patron de réponses au calepin d'autoenregistrement avec une tendance stable. Lorsque ce dernier était atteint, le traitement pouvait être introduit (Ledford & Gast, 2018). Le traitement a commencé après trois semaines pour le participant 1, cinq semaines pour le participant 2, sept semaines pour le participant 3 et trois semaines pour le participant 4.

### Traitement

Le protocole d'intervention administré aux participants dans l'étude est un traitement d'approche cognitive comportementale qui a été conçu pour diminuer les niveaux de perfectionnisme en s'intéressant aux motivations sous-jacentes (Plana, 2020). Le manuel de traitement a été adapté afin d'être plus cohérent avec la réalité des travailleurs en épuisement professionnel ou en dépression. Un résumé du contenu de ces modules est présenté dans le Tableau 1.



**Tableau 1***Description du protocole de traitement*

Thèmes	Contenus abordés
1. Modalités du protocole	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Définir l'épuisement professionnel et identifier ses manifestations</li> <li>- Discuter du lien entre le perfectionnisme et l'épuisement professionnel</li> <li>- Discuter le rationnel derrière la thérapie</li> <li>- Discuter des principes et modalités de la TCC</li> </ul>
2. Modèle théorique du perfectionnisme	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Définir le perfectionnisme et s'interroger sur son utilité au travail</li> <li>- Reconnaître les différences entre le perfectionnisme sain et malsain</li> <li>- Discuter de la vision du perfectionnisme au travail dans la société</li> <li>- Décrire les fonctions du perfectionnisme (évitement et réassurance)</li> <li>- Apprendre à reconnaître les manifestations du perfectionnisme dans son travail</li> </ul>
4. Motivation intrinsèque	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Définir la motivation intrinsèque et ses trois besoins associés (autonomie, appartenance et compétence)</li> <li>- Distinguer les comportements motivés intrinsèquement</li> <li>- Aborder la prévention de la rechute</li> <li>- Dresser un bilan du protocole de traitement</li> <li>- Établir des objectifs à court, moyen et long terme</li> </ul>
6. Motivation introjectée	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Définir la motivation introjectée</li> <li>- Définir l'estime de soi contingente</li> <li>- Aborder les émotions négatives associées la motivation introjectée</li> <li>- Distinguer la honte de la culpabilité</li> <li>- Évaluer le coût du perfectionnisme</li> <li>- Remettre en question des croyances enregistrées sur sa valeur personnelle</li> </ul>

**Tableau 1***Description du protocole de traitement (suite)*

Thèmes	Contenus abordés
7. Motivation externe	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Définir les types de motivation externe (sociale/matérielle)</li> <li>- Reconnaître comment la motivation externe se manifeste dans le perfectionnisme</li> <li>- Aborder les conséquences positives et négatives de la motivation externe au travail</li> <li>- Contester et s'interroger sur les croyances perfectionnistes</li> </ul>
8. Bilan	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Discuter des fluctuations normales de l'humeur et de la possibilité d'une rechute</li> <li>- Identifier les indices pour reconnaître le type de motivation derrière un comportement perfectionniste</li> <li>- Déterminer les outils qui ont été utiles</li> <li>- Établir des objectifs à court, moyen et long terme</li> </ul>

Différentes stratégies thérapeutiques ont été utilisées à travers les modules. Par exemple, la psychoéducation a été employée pour expliquer le rationnel de la thérapie, pour définir le perfectionnisme sain et malsain et pour présenter les différents types de motivation. De plus, des exercices de restructuration cognitive ont été proposés aux participants (p. ex., tableaux d'enregistrement des pensées, des comportements et des émotions) pour les aider à reconnaître et remettre en question leurs pensées et comportements perfectionnistes au travail. Les derniers modules incluaient également des activités d'identification des valeurs afin d'amener les participants à s'engager dans des comportements perfectionnistes qui sont cohérents avec ces dernières.

Les rencontres de traitement étaient d'une durée de 60 minutes et se sont étendues sur une période de 15 semaines. Une à deux séances étaient octroyées par module. Chaque rencontre avait la même structure. Un retour était d'abord fait sur l'exercice du module précédent. La grille d'observation des comportements perfectionnistes était ensuite revue. Un rappel des notions précédentes était fait, si nécessaire, puis le contenu théorique du module en cours était abordé. En terminant, l'exercice pour la semaine suivante était expliqué. La thérapie a été dispensée par l'auteure principale qui est doctorante en psychologie clinique. Elle a reçu, pendant la totalité du protocole, la supervision d'un psychologue qualifié (deuxième auteur) qui est expérimenté dans les traitements cognitifs comportementaux des troubles de l'humeur. De plus, afin d'assurer l'intégrité du traitement, un évaluateur externe a écouté de façon aléatoire 25 % des enregistrements audios des séances à l'aide d'une liste de vérification des interventions. L'évaluateur n'a décelé aucun contenu non lié au but du traitement parmi les enregistrements révisés.

### Analyse des données

Une analyse visuelle des graphiques d'autoenregistrements quotidiens a d'abord été réalisée. Cette méthode est la plus couramment utilisée dans les protocoles à cas uniques et repose sur l'évaluation de plusieurs indicateurs graphiques, notamment l'observation de la tendance, du niveau et de la variabilité des données (Ledford et al., 2018). Ensuite, les résultats aux différentes mesures psychométriques ont également été comparés lorsque des normes étaient disponibles. Jacobson et Truax (1991) proposent d'utiliser cette méthode en combinaison avec l'indice de changement valide (ICV). Cet indice permet

d'évaluer si le changement entre les résultats avant et après le traitement est statistiquement significatif ( $ICV > 1.96$ ), c'est-à-dire qu'il n'est pas associé à des variations aléatoires ou à l'erreur de mesure du questionnaire (Jacobson et al., 1999). Enfin, les données de l'évaluation clinique pré et post-traitement (ADIS-5) et les résultats à l'*Inventaire d'épuisement professionnel de Maslach* (MBI) ont été répertoriés afin d'évaluer les changements concernant la sévérité de la symptomatologie dépressive et d'épuisement. Pour établir la sévérité de l'épuisement professionnel, les seuils établis par Maslach et al. (1986), ont été utilisés, soit faible ( $\leq 16$ ), moyen (17-26) et élevé ( $\geq 27$ ) pour l'épuisement, faible ( $\leq 6$ ), moyen (7-12) et élevé ( $\geq 13$ ) pour le cynisme et faible ( $\geq 39$ ), moyen (38-32) et élevé ( $\leq 31$ ) pour la perte d'efficacité professionnelle. À noter que pour l'ensemble des résultats, les données trois mois après la fin du protocole ne sont pas disponibles pour la participante 3, puisque cette dernière a entamé un second processus thérapeutique quelques semaines avant la fin du traitement.

### Fonctionnement supérieur

Des critères ont été opérationnalisés afin d'établir le niveau de fonctionnement post-traitement des participants : (1) ne plus satisfaire les critères diagnostic du trouble de l'humeur qui avait été identifiés au moment de l'évaluation initiale ou présenter une diminution du niveau de sévérité de l'épuisement, selon les résultats à l'*Inventaire d'épuisement professionnel de Maslach*; (2) présenter un indice de changement valide (ICV) supérieur à 1,96 à l'*Inventaire de la dépression de Beck*; (3) présenter un indice de changement valide (ICV) supérieur à 1,96 pour les trois sous-échelles de l'*Inventaire*

*d'épuisement professionnel de Maslach*; (4) rapporter une augmentation de la motivation intrinsèque ou une diminution de la motivation externe sociale ou introjectée d'au moins 30 % entre la phase pré et post-traitement au calepin d'autoenregistrement; (5) présenter un indice de changement valide (ICV) supérieur à 1,96 à l'*Échelle de satisfaction de vie* et à l'*Index de bien-être de l'Organisation mondiale de la santé*; et (6) présenter un indice de changement valide (ICV) supérieur à 1,96 à l'échelle de préoccupations perfectionnistes du QP--R. Selon le nombre de critères remplis, le niveau de fonctionnement était jugé comme faible (0-2 critères), modéré (3-4 critères) ou élevé (5-6 critères).

## Résultats

### Changements sur le plan diagnostic

Les Tableaux 2 et 3 présentent les changements sur le plan diagnostic des quatre participants. D'abord, le Tableau 2 illustre le niveau de sévérité des trois dimensions de l'épuisement professionnel pour chacun des participants aux différents temps de mesure à partir des seuils établis par Maslach et al. (1986). Pour la dimension de l'épuisement, une diminution de la sévérité des symptômes est notable pour les quatre participants au post-test. Ces résultats se maintiennent au suivi de trois mois pour les participants 1 et 4. Pour la dimension du cynisme, une diminution de la sévérité est rapportée par les participants 1 et 4 trois mois après la fin du traitement. Aucun changement sur le plan de l'efficacité professionnelle n'est observable.

**Tableau 2**

*Niveau de sévérité de l'épuisement selon les seuils établis par Maslach et al. (1986)*

Participants	Dimensions d'épuisement	Phases du protocole					
		Prétest		Post-test		Trois mois	
		Score	Niveau	Score	Niveau	Score	Niveau
1	Épuisement	29	Élevé	17	Moyen <sup>a</sup>	15	Faible <sup>a</sup>
	Cynisme	26	Élevé	14	Élevé	12	Moyen <sup>a</sup>
	↓ Efficacité	10	Élevé	25	Élevé	27	Élevé
2	Épuisement	24	Moyen	15	Faible <sup>a</sup>	22	Moyen
	Cynisme	10	Moyen	10	Moyen	15	Élevé
	↓ Efficacité	27	Élevé	31	Élevé	28	Élevé
3	Épuisement	27	Élevé	25	Moyen <sup>a</sup>	N/D	N/D
	Cynisme	20	Élevé	17	Élevé	N/D	N/D
	↓ Efficacité	30	Élevé	31	Élevé	N/D	N/D
4	Épuisement	27	Élevé	23	Moyen <sup>a</sup>	20	Moyen <sup>a</sup>
	Cynisme	21	Élevé	15	Élevé	11	Moyen <sup>a</sup>
	↓ Efficacité	19	Élevé	20	Élevé	16	Élevé

*Note.* <sup>a</sup> Changement de niveau de sévérité avant et après le protocole, allant dans le sens attendu.

Le Tableau 3 montre la présence ou l'absence de diagnostic de trouble de l'humeur selon les critères du DSM-5 à travers les différents temps de mesure. Les résultats montrent que les deux participants qui avaient initialement reçu un diagnostic de trouble dépressif caractérisé (participants 1 et 3) ne répondent plus aux critères du trouble après le traitement et trois mois plus tard. Les participants 2 et 4, qui étaient en épuisement professionnel sans trouble dépressif caractérisé, ne rapportent pas de symptomatologie dépressive répondant aux critères d'un trouble de l'humeur après le traitement.

**Tableau 3***Diagnostic de trouble de l'humeur des participants aux différents temps de mesure*

Participants	Phases du protocole		
	Prétest	Post-test	Trois mois
1	Trouble dépressif caractérisé	Aucun	Aucun
2	Aucun	Aucun	Aucun
3	Trouble dépressif caractérisé	Aucun	N/D
4	Aucun	Aucun	Aucun

*Note.* Le terme « Aucun » signifie qu'aucun trouble de l'humeur n'a été diagnostiqué au moment de l'évaluation avec l'ADIS-5. N/D : les données d'évaluation ne sont pas disponibles pour ce participant.

#### Questionnaires autorapportés

Les participants ont rempli différentes mesures autorapportées à trois intervalles de temps. L'indice de changement valide (ICV) a été utilisé pour déterminer si le changement pré et post-traitement est significatif. Les ICV et le seuil limite ont été calculés pour les questionnaires qui avaient les données disponibles pour faire le calcul (écart-type, moyenne d'échantillons cliniques et non cliniques et indice de fidélité test-retest). Un changement dans les résultats aux questionnaires est jugé significatif lorsque l'ICV est supérieur à 1,96. Les Tableaux 4 et 5 présentent les résultats aux questionnaires pour les quatre participants.

**Tableau 4***Données aux questionnaires autorapportés des participants 1 et 2*

Mesures	Seuils limites	ICV	Participant 1			Participant 2		
			Pré	Post	3 mois	Pré	Post	3 mois
QP-R								
Hauts standards	n.d. 33,45	8,00 14,24	34,00 56,00 <sup>a</sup>	31,00 36,00 <sup>a</sup>	29,00 45,00 <sup>a</sup>	35,00 63,00 <sup>a</sup>	29,00 32,00 <sup>b</sup>	28,00 41,00 <sup>a</sup>
Préoccu. perfect.								
MBI-GS								
Épuisement	3,43 2,37	1,23 1,35	5,80 <sup>a</sup> 5,20 <sup>a</sup>	3,40 2,80 <sup>a</sup>	3,00 <sup>b</sup> 2,40 <sup>ab</sup>	4,80 <sup>a</sup> 2,00	3,00 2,00	4,40 <sup>a</sup> 3,00 <sup>a</sup>
Cynisme	1,48	0,90	5,33 <sup>a</sup>	2,83 <sup>ab</sup>	2,50 <sup>ab</sup>	2,50 <sup>a</sup>	1,80 <sup>a</sup>	2,33 <sup>a</sup>
Efficacité								
BDI-II	14,29	8,46	46,00 <sup>a</sup>	32,00 <sup>a</sup>	36,00 <sup>a</sup>	46,00 <sup>a</sup>	22,00 <sup>ab</sup>	36,00 <sup>a</sup>
WHO-5	64,10	7,46	12,00 <sup>a</sup>	48,00 <sup>ab</sup>	56,00 <sup>ab</sup>	20,00 <sup>a</sup>	80,00 <sup>b</sup>	40,00 <sup>ab</sup>
SWLS	21,80	3,20	18,00 <sup>a</sup>	25,00 <sup>b</sup>	26,00 <sup>b</sup>	21,00 <sup>ab</sup>	28,00 <sup>b</sup>	28,00 <sup>b</sup>

*Note.* <sup>a</sup> Score se situant à un niveau clinique; <sup>b</sup> Indice de changement valide (ICV) plus grand que 1,96; <sup>c</sup> Diminution ou augmentation au MSP équivalente à au moins un écart-type par rapport à la moyenne d'un échantillon non clinique, dans le sens attendu.



**Tableau 5***Données aux questionnaires autorapportés des participants 3 et 4*

Mesures	Seuils limites	ICV	Participant 3		Participant 4		
			Pré	Post	Pré	Post	3 mois
QP-R							
Hauts standards	n.d.	8,00	27,00	32,00	34,00	28,00	27,00
Préoccu. perfect.	33,45	14,24	40,00 <sup>a</sup>	20,00	60,00 <sup>a</sup>	57,00 <sup>a</sup>	43,00 <sup>a</sup>
MBI-GS							
Épuisement	3,43	1,23	5,40 <sup>a</sup>	5,00 <sup>a</sup>	4,60 <sup>a</sup>	4,00 <sup>a</sup>	4,60 <sup>a</sup>
Cynisme	2,37	1,35	4,00 <sup>a</sup>	3,40 <sup>a</sup>	3,00 <sup>a</sup>	2,20	3,00 <sup>a</sup>
Efficacité	1,48	0,90	2,00 <sup>a</sup>	1,80 <sup>a</sup>	3,80 <sup>a</sup>	2,40 <sup>a</sup>	3,80 <sup>a</sup>
BDI-II	14,29	8,46	46,00 <sup>a</sup>	32,00 <sup>a</sup>	31,00 <sup>a</sup>	26,00 <sup>ab</sup>	31,00 <sup>a</sup>
WHO-5	64,10	7,46	28,00 <sup>a</sup>	36,00 <sup>a</sup>	56,00 <sup>ab</sup>	18,00 <sup>a</sup>	56,00 <sup>ab</sup>
SWLS	21,80	3,20	23,00	33,00	21,00 <sup>a</sup>	22,00	21,00 <sup>a</sup>

*Note.* <sup>a</sup> Score se situant à un niveau clinique; <sup>b</sup> Indice de changement valide (ICV) plus grand que 1,96; <sup>c</sup> Diminution ou augmentation au MSP équivalente à au moins un écart-type par rapport à la moyenne d'un échantillon non clinique.

Pour le participant 1, même s'il demeure au-delà du seuil limite pour la dimension de l'épuisement et du cynisme, un changement significatif est notable pour l'ensemble des dimensions de l'épuisement professionnel au suivi trois mois. Un ICV supérieur à 1,96 est également présent pour la dimension de l'efficacité au travail immédiatement après la fin du traitement. Malgré une diminution du résultat au BDI-II au post-test et au suivi trois mois, les changements ne s'avèrent pas significatifs. Le participant demeure d'ailleurs au-delà du seuil limite. Ensuite, les résultats montrent une amélioration significative sur le plan du bien-être (WHO-5) et de la satisfaction de vie (SWLS) autant au post-test qu'au

suivi trois mois. Aucun changement significatif n'est observé concernant les deux dimensions du perfectionnisme (hauts standards et préoccupations perfectionnistes).

Pour le participant 2, une amélioration sur le plan des dimensions de l'épuisement et du cynisme s'observe au post-test. Bien que celle-ci ne soit pas significative, le participant se trouve en deçà du seuil limite établi. Toutefois, ces changements ne semblent pas se maintenir dans le temps. En effet, les données du suivi trois mois indiquent que le participant se trouve au-dessus du seuil limite pour les trois dimensions de l'épuisement professionnel. Concernant les résultats au BDI-II, un constat similaire s'observe. Même si le participant demeure au-delà du seuil limite, une amélioration significative est présente seulement au post-test. Le participant 2 présente une amélioration significative aux échelles de bien-être (WHO-5) et de satisfaction de vie (SWLS) au post-test et au suivi trois mois. Pour le perfectionnisme, le participant présente une diminution significative des préoccupations perfectionnistes au post-test seulement.

Pour le participant 3, le résultat principal se trouve sur le plan des préoccupations perfectionnistes du QP-R. Bien que l'ICV ne soit pas supérieur à 1,96, il est possible d'observer que le participant ne se trouve plus à un niveau clinique au post-test. Aucun changement significatif n'est soulevé aux mesures de l'épuisement professionnel (MBI-GS), de la dépression (BDI-II), du bien-être (WHO-5) et de la satisfaction de vie (SWLS). Le participant 3 demeure à un niveau clinique pour ces trois variables.

Enfin, pour le participant 4, une amélioration au niveau du cynisme s'observe au suivi trois mois. Bien que le changement ne soit pas significatif selon l'ICV, le participant se trouve en deçà du seuil limite établi pour cette dimension. Concernant les résultats au BDI-II, les résultats montrent une amélioration significative au suivi trois mois. Ensuite, une augmentation significative s'observe sur le plan du bien-être (WHO-5) sans toutefois se maintenir au suivi de trois mois. Pour le niveau de satisfaction de vie (SWLS), le participant rapporte un changement positif supérieur au seuil limite, sans toutefois être significatif. Aucun changement significatif pour le perfectionnisme.

#### Calepin d'autoenregistrement quotidien

Les données recueillies au calepin d'autoenregistrement quotidien de chacun des participants sont présentées sous forme de graphique dans la section ci-dessous. Les graphiques illustrent la moyenne hebdomadaire des données amassées concernant les motivations sous-jacentes aux comportements perfectionnistes (la motivation externe sociale, la motivation introjectée et la motivation intrinsèque). Les deux lignes verticales indiquent le début et la fin du traitement. Une courbe de tendance a également été générée à partir des données. Pour les devis expérimentaux à cas uniques, Ledford et al. (2018) recommandent l'examen de plusieurs indices visuels, notamment l'observation de la tendance, de la variabilité et du niveau des données. Ces indices ont été répertoriés pour chacun des participants.

### *Tendance des données*

Pour la tendance des données, le Tableau 6 montre le niveau de la pente pour chacun des participants pendant la phase de traitement. Le coefficient de détermination linéaire de Pearson ( $R^2$ ) indique la qualité de prédiction de la courbe de régression. Plus le coefficient est élevé, plus la courbe est ajustée aux données. De façon générale, la motivation externe sociale et la motivation introjectée tendent à diminuer dans le sens attendu pendant la phase de traitement pour l'ensemble des quatre participants. Ensuite, pour le participant 1, la tendance est cohérente avec ce qui est attendu pour toutes les variables, c'est-à-dire que la pente va dans le sens des résultats attendus. Des résultats similaires s'observent pour le participant 2, excepté pour la variable de l'efficacité qui tend à diminuer contrairement à ce qui est attendu. Pour le participant 3, le sens des pentes est peu cohérent avec ce qui est attendu, excepté pour la motivation externe sociale et introjectée où une diminution est apparente. Une légère augmentation de l'efficacité professionnelle s'observe également. Pour le participant 4, bien que le sens de la pente soit cohérent pour la motivation externe sociale et introjectée, la tendance demeure faible.

**Tableau 6***Tendance des données pendant la phase de traitement*

	Tendances							
	Participant 1		Participant 2		Participant 3		Participant 4	
	Pente	R <sup>2</sup>	Pente	R <sup>2</sup>	Pente	R <sup>2</sup>	Pente	R <sup>2</sup>
Motivation								
Ext. sociale	-0,12 <sup>a</sup>	0,18	-0,11 <sup>a</sup>	0,24	-0,17 <sup>a</sup>	0,36	-0,03 <sup>a</sup>	0,03
Introjectée	-0,09 <sup>a</sup>	0,13	-0,09 <sup>a</sup>	0,25	-0,17 <sup>a</sup>	0,55	-0,00 <sup>a</sup>	0,00
Intrinsèque	0,04 <sup>a</sup>	0,02	0,14 <sup>a</sup>	0,26	-0,04	0,11	-0,02	0,02

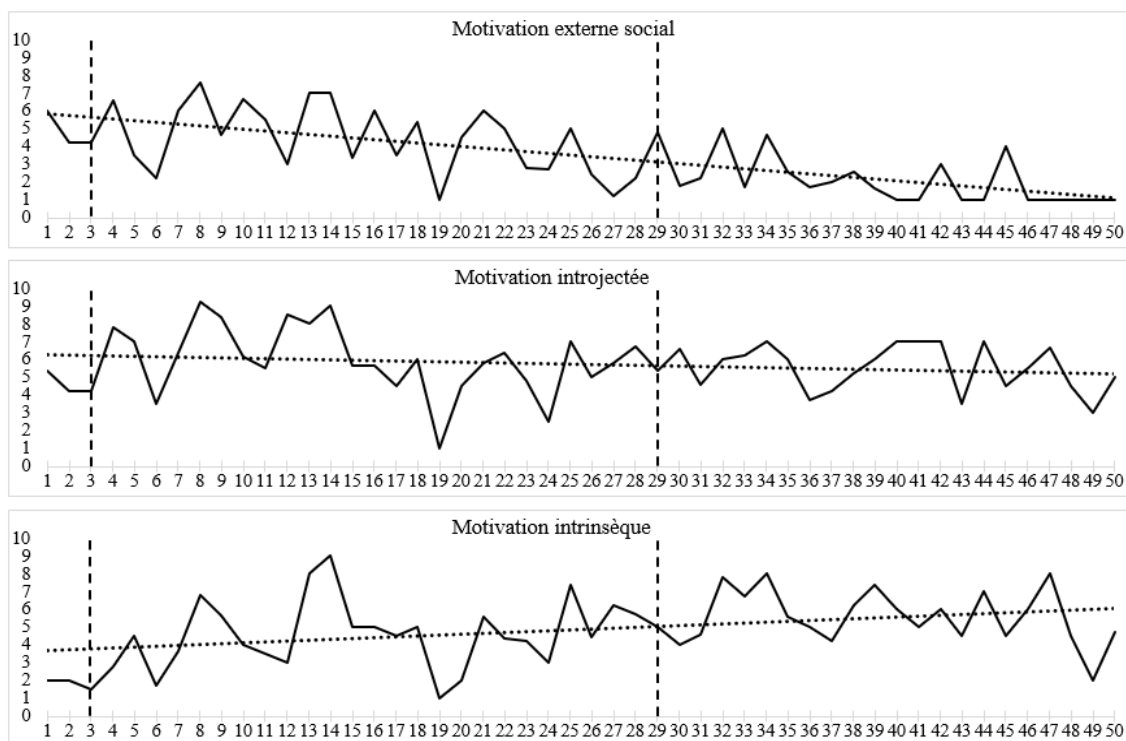
*Note.* <sup>a</sup> Sens de la pente cohérent avec ce qui est attendu après le début du traitement  
R<sup>2</sup> : coefficient de détermination linéaire de Pearson.

*Niveau et variabilité des données*

**Participant 1.** La Figure 1 présente les graphiques de moyenne hebdomadaire pour les variables mesurées. Pour le niveau, les résultats montrent que la moyenne du participant 1 aux différentes variables de motivation a diminué ou augmenté d'au moins 30 % entre le début du traitement et le suivi de trois mois de façon cohérente à ce qui était attendu pour la motivation externe sociale et la motivation intrinsèque. L'analyse visuelle montre un niveau de variabilité dans le profil de réponse non négligeable.

**Figure 1**

*Moyenne hebdomadaire des autoenregistrements quotidiens du participant 1*



**Participant 2.** La Figure 2 présente les graphiques de moyenne hebdomadaire du participant 2. Pour le niveau, les résultats montrent une augmentation d'au moins 30 % de la moyenne entre les phases que pour la motivation intrinsèque. Le participant 2 présente une faible variabilité dans son profil de réponse

**Participant 3.** L'autoenregistrement quotidien du participant 3 a été fait jusqu'à trois semaines après la fin du traitement, puisqu'il a entamé un suivi thérapeutique en dehors du protocole avant la fin du traitement. La Figure 3 présente les graphiques de moyenne hebdomadaire pour chacune des variables. Pour le niveau, les résultats montrent une

diminution ou une augmentation de moyennes d'au moins 30 % pour les trois types de motivation, soit la motivation externe sociale, introjectée et intrinsèque. La variabilité des réponses est modérée.

**Figure 2**

*Moyenne hebdomadaire des autoenregistrements quotidiens du participant 2*

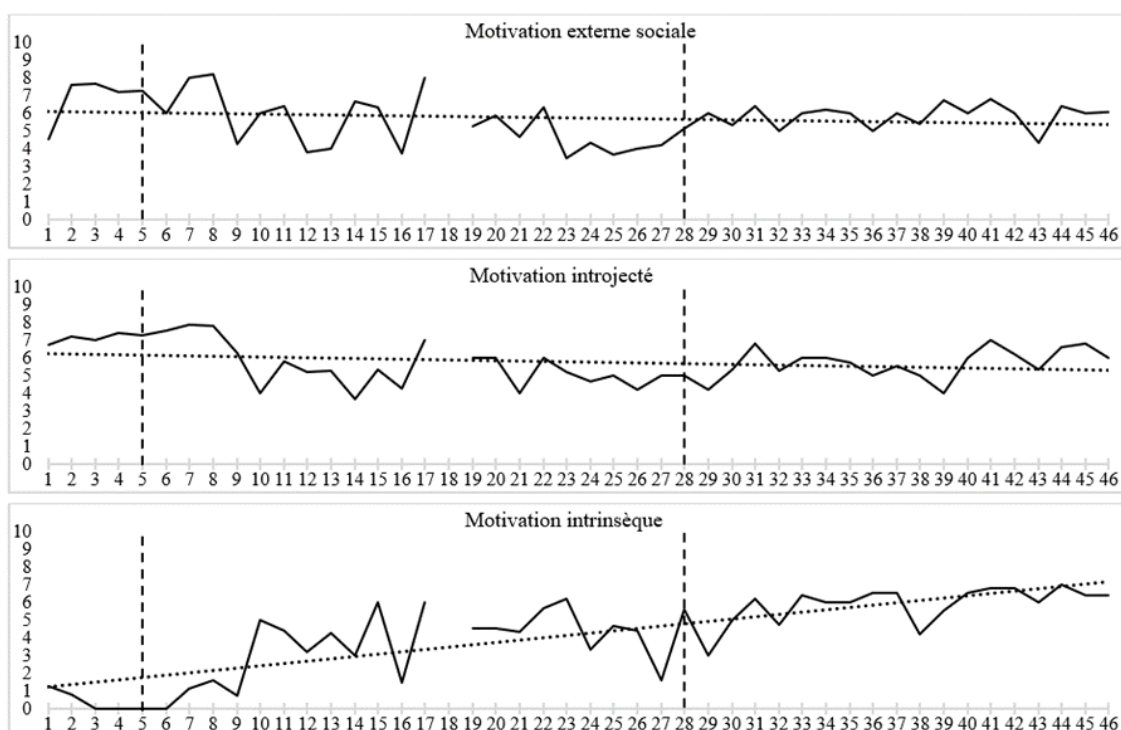
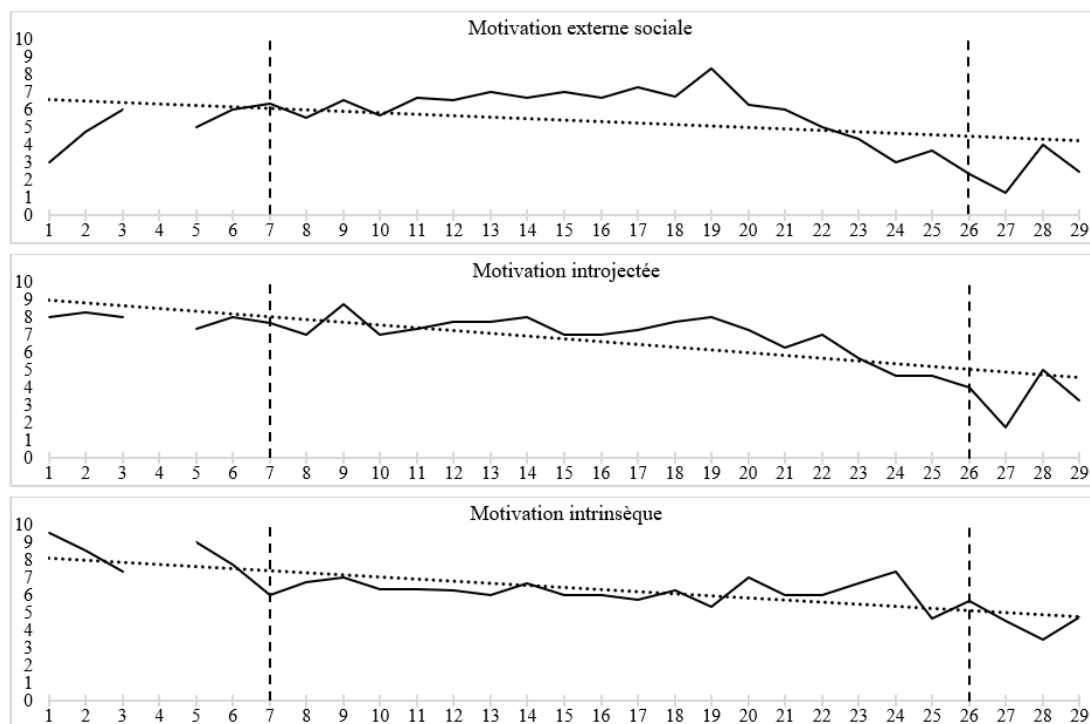


Figure 3

*Moyenne hebdomadaire des autoenregistrements quotidiens du participant 3*

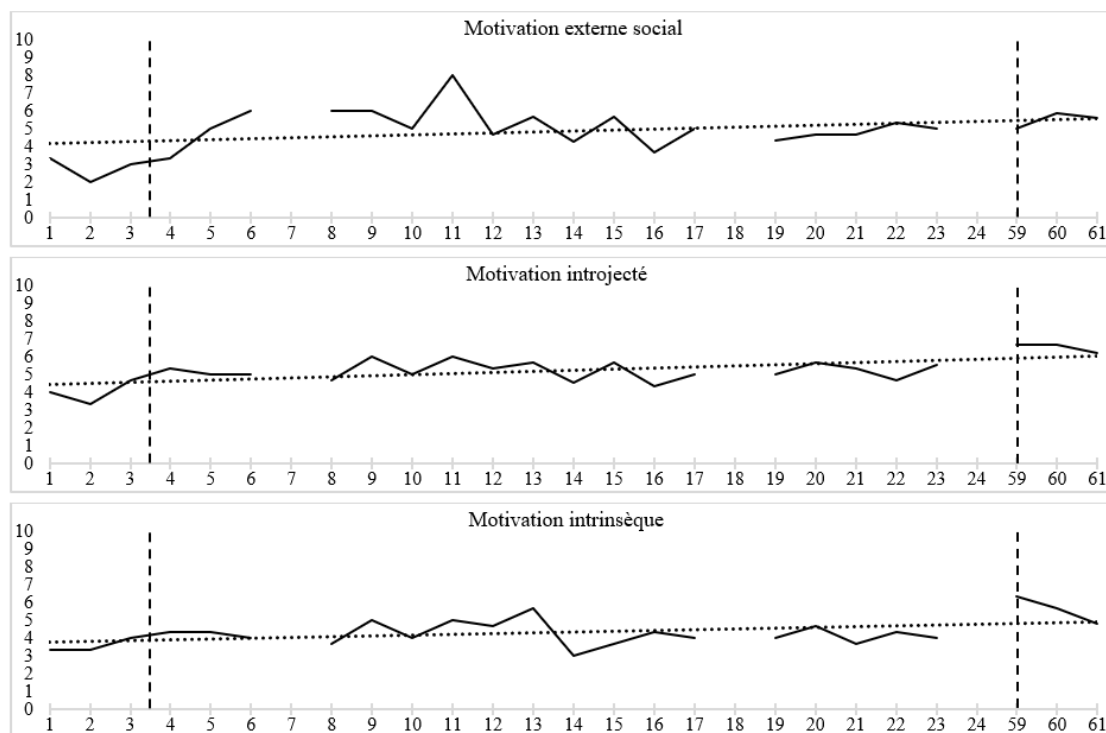


**Participant 4.** Pour le participant 4, l'autoenregistrement quotidien a été fait jusqu'à quelques semaines avant la fin du traitement puis deux semaines après la marque de trois mois, puisqu'il n'occupait pas d'emploi pendant cette période. La Figure 4 présente les graphiques de moyenne hebdomadaire. Les changements de niveaux montrent une hausse de la motivation intrinsèque d'au moins 30 %. La variabilité des réponses est faible.



Figure 4

*Moyenne hebdomadaire des autoenregistrements quotidiens du participant 4*



### Indice de fonctionnement supérieur

Le Tableau 7 présente les critères de fonctionnement supérieur qui ont été remplis pour l'ensemble des participants ainsi que l'indice global de fonctionnement supérieur. Les participants 1, 2 et 4 montrent un niveau de fonctionnement supérieur modéré alors que le participant 3 obtient un indice de fonctionnement supérieur faible.

**Tableau 7***Niveau de fonctionnement supérieur des participants*

Critères	Participant 1	Participant 2	Participant 3	Participant 4
1. Diagnostic initial	Oui	Oui	Oui	Oui
2. Dépression	Non	Oui	Non	Non
3. Épuisement	Oui	Non	Non	Non
4. Motivation	Oui	Oui	Oui	Oui
5. Bien-être	Oui	Oui	Non	Oui
6. Perfectionnisme	Non	Non	Non	Non
Niveau de fonctionnement	Modéré	Modéré	Faible	Modéré

## Discussion

Cette étude visait à évaluer l'impact d'un programme d'intervention existant ciblant les motivations sous-jacentes au perfectionnisme pour diminuer les symptômes de dépression ou d'épuisement professionnel. Pour ce faire, le programme a été administré à quatre participants en épuisement professionnel en raison de leur perfectionnisme et des données ont été recueillies avant, pendant et après le traitement.

Il apparaît difficile de tirer une conclusion générale claire quant à l'impact du programme d'intervention compte tenu de la disparité des résultats obtenus entre chaque participant. En effet, une grande variabilité s'observe dans la façon dont les participants ont répondu au traitement. Néanmoins, les résultats montrent que trois participants obtiennent un fonctionnement supérieur post-traitement jugé comme modéré alors que l'autre présente un faible niveau de fonctionnement. Pour faciliter l'interprétation des

résultats, la prochaine section sera divisée en fonction des trois variables étudiées, soit le perfectionnisme, l'épuisement professionnel et la dépression ainsi que la motivation.

### Perfectionnisme

Les résultats de la présente étude montrent que les participants ne rapportent pas de diminution significative des préoccupations perfectionnistes, même si le participant 3 ne se retrouve plus à un seuil clinique à la fin du traitement. Ainsi, il semble que le traitement n'ait pas permis de réduire la tendance des participants à craindre de faire des erreurs et à critiquer leur performance. Ce résultat pourrait être expliqué par la stabilité temporelle des traits perfectionnistes. Dans une étude visant à évaluer le degré de stabilité des traits perfectionnistes d'un échantillon de 105 personnes dépressives, Cox et Enns (2003) observent que malgré une exacerbation des traits perfectionnistes pendant la phase aigüe d'un épisode dépressif, les dimensions dites mal adaptées du perfectionnisme tendent à demeurer stables sur une période d'un an. À noter que pendant cet intervalle de temps, 85 % des patients recevaient des antidépresseurs et 60 % recevaient de la psychothérapie.

L'influence du perfectionnisme dans le processus thérapeutique pourrait aussi être en cause. Dans une revue de la littérature portant sur la complexité clinique du perfectionnisme, Cheek et al. (2018) se sont intéressés aux défis dans l'intervention auprès d'individus perfectionnistes. Les auteurs notent entre autres des facteurs liés à l'ambivalence, soit la difficulté à modifier les comportements perfectionnistes en raison de leur utilité dans le maintien de l'estime personnelle et du sentiment d'appartenance.

Ces mêmes auteurs soulèvent également que des facteurs interpersonnels dans la relation thérapeutique puissent entraver le travail sur le perfectionnisme, notamment en redirigeant leur perfectionnisme vers la thérapie. La tendance des individus perfectionnistes à cacher des parties de soi qu'ils considèrent comme imparfaits peut également nuire au processus thérapeutique, autant sur le plan de l'évaluation que de l'intervention. En effet, le maintien d'un faible dévoilement de soi ou d'un manque d'authenticité pourrait limiter le travail sur les éléments réellement souffrant, notamment la vision négative qu'ils entretiennent d'eux-mêmes. Hewitt et al. (2017) soutiennent par ailleurs que la qualité de l'alliance thérapeutique dépend grandement de la sensibilité du clinicien à l'anxiété et à la honte qu'une personne perfectionniste peut ressentir à se faire aider et à se dévoiler. À cet effet, dans leur revue portant sur la relation entre le perfectionnisme et l'alliance thérapeutique, Miller et al. (2017) concluent que les patients présentant des niveaux élevés de perfectionnisme en début de traitement sont plus susceptibles de considérer négativement leur thérapeute et la relation avec ce dernier.

L'autocritique des participants (évaluation sévère ou punitive de soi) pourrait aussi être en jeu. En effet, le travail thérapeutique auprès des différents participants a montré leur forte tendance à l'autocritique. Toutefois, cette caractéristique n'était pas directement ciblée dans le protocole de traitement à l'étude. Cependant, plusieurs études soulèvent l'association entre le niveau d'autocritique, le perfectionnisme et la dépression (Dunkley et al., 2006; James et al., 2015; Kannan & Levitt, 2013). L'autocritique dans le contexte du perfectionnisme serait notamment associée à de faibles résultats thérapeutiques,

particulièrement dans le contexte du traitement de la dépression (Blatt & Zuroff, 2002; Marshall et al., 2008). Une façon de travailler l'autocritique dans le présent protocole de traitement pourrait être d'accompagner les patients à reconnaître ses manifestations puis à prendre conscience du contenu et de la nature de l'autocritique (Kannan & Levitt, 2013). Il pourrait également être pertinent de viser à diminuer l'autocritique en amenant les individus perfectionnistes à reconnaître l'autocritique comme une manifestation de la motivation introjectée, c'est-à-dire en illustrant le cercle vicieux laissant croire que l'autocritique permettrait de se protéger contre le rejet ou l'humiliation. Enfin, cohérent avec l'objectif d'accroître la motivation identifiée, il s'avèrerait aussi judicieux de remettre en question l'utilité de l'autocritique par rapport aux valeurs et aspirations internes de la personne.

#### Épuisement professionnel et dépression

Pour l'épuisement professionnel, les résultats montrent qu'il semble y avoir une diminution dans la sévérité des symptômes pour l'une des trois dimensions du construit, soit l'épuisement, chez l'ensemble des participants immédiatement après la fin du traitement. Toutefois, ces résultats ne se maintiennent au suivi de trois mois que pour les participants 1 et 4. D'ailleurs, seul le participant 1 présente un changement significatif entre le prétest et les périodes de post-tests à l'*Inventaire d'épuisement professionnel de Maslach*.

Ces résultats pourraient notamment s'expliquer par le fait que le niveau de préoccupations perfectionnistes des participants n'ait pas diminué de façon significative comme il était attendu. En effet, les préoccupations perfectionnistes seraient davantage associées à des affects négatifs et à l'épuisement professionnel. La méta-analyse de Hill et Curran (2016) examinant la relation entre les dimensions du perfectionnisme et l'épuisement montre que les préoccupations perfectionnistes étaient associées à l'épuisement professionnel avec une taille d'effet moyenne à élevée. Par ailleurs, une étude récente, conduite auprès de 191 employés, s'est intéressée au rôle des deux dimensions du perfectionnisme (hauts standards et préoccupations perfectionnistes) dans la prédiction de l'épuisement professionnel (Spagnoli et al., 2021). Les auteurs rapportent que seules les préoccupations perfectionnistes prédisaient l'ensemble des trois dimensions de l'épuisement professionnel (épuisement, cynisme, efficacité professionnelle), confirmant son rôle central dans le maintien de l'épuisement.

Ensuite, il faut noter que l'ensemble des participants ont décidé de conserver leur emploi pendant la durée du traitement. Ils n'ont pas eu recours à un arrêt de travail malgré des niveaux de détresse importants. Ainsi, il est possible de penser que la présence d'un stress chronique au travail, sans période de repos, combinée aux préoccupations perfectionnistes, ait pu maintenir les participants dans un état d'épuisement. En effet, dans la compréhension actuelle de la relation entre le perfectionnisme et l'épuisement professionnel, les préoccupations perfectionnistes entraîneraient une pression interne importante, rendant les individus perfectionnistes vulnérables à l'accumulation du stress

et à l'épuisement (Hill & Curran, 2016). De plus, il ne faut pas négliger l'impact des contraintes organisationnelles sur le niveau de stress réel ressenti au travail. Les participants de l'étude occupaient d'ailleurs des emplois sujets à des niveaux de stress importants, notamment sur le plan des exigences et de la nature des tâches (relation d'aide et sciences sociales).

Pour le participant 1, il est possible que le rétablissement de l'épuisement professionnel soit associé au fait qu'elle est la seule à avoir rapporté une diminution significative du stress ressenti au travail. D'ailleurs, selon van Dam (2021), l'une des interventions thérapeutiques principales à prioriser dans la première phase de traitement de l'épuisement professionnel serait l'arrêt de travail et la diminution drastique des obligations ménagères et sociales afin de faire diminuer les niveaux de stress. Dans une étude qualitative visant à identifier les critères qui ont contribué positivement à récupérer de l'épuisement professionnel, 67 % des participants rapportent qu'il avait été aidant pour eux de prendre du temps sans travailler pour se reposer (p. ex., vacances de longue durée ou arrêt de travail) (Woolgar, 2019). Il faut cependant noter que pour les individus perfectionnistes, l'arrêt de travail peut être perçu comme un échec important face à la performance qu'ils s'exigent. Ainsi, il est possible que l'intervention auprès de cette clientèle requière un travail précoce sur les cognitions et les motivations perfectionnistes afin de favoriser l'arrêt temporaire du travail et le repos.

Pour la dépression, il est possible d'observer que les deux participants (1 et 3) qui avaient été diagnostiqués avec un trouble dépressif caractérisé lors de l'évaluation initiale ne répondent plus aux critères diagnostiques pour ce trouble après la fin du traitement. Bien qu'il soit difficile d'établir les facteurs contribuant à la rémission de la dépression chez ces deux participants, quelques hypothèses peuvent être émises. D'une part, il est possible que des composantes de la psychothérapie, bien que non spécifiques à la dépression, aient eu un impact positif sur les symptômes dépressifs. Par exemple, dans leur revue empirique évaluant les études qui visent à identifier les facteurs médiateurs de la psychothérapie pour la dépression, Lemmens et al. (2016) dénotent que des aptitudes associées à l'augmentation de la pleine conscience et à la diminution des pensées automatiques et de la rumination étaient associées à des changements post-traitement. Ces facteurs sont d'ailleurs cohérents avec des exercices du protocole de traitement de la présente étude qui visaient notamment à amener les participants à observer, reconnaître et remettre en question leurs pensées perfectionnistes. Néanmoins, Lemmens et al. précisent que la psychothérapie pour la dépression demeure complexe et que les changements observés découleraient d'un phénomène multidimensionnel, incluant des mécanismes sur le plan physiologique, affectif, comportemental et cognitif.

Enfin, il est pertinent de soulever que plusieurs études soutiennent que le perfectionnisme est associé à une mauvaise réponse au traitement de la dépression (Blatt et al., 1995; Cheng et al., 2015; Jacobs et al., 2009; Zuroff et al., 2000). Bien qu'aucune étude ne se soit intéressée à la contribution du perfectionnisme dans la réponse au



traitement de l'épuisement professionnel, il est possible de penser que comme pour la dépression, des niveaux élevés de perfectionnisme puissent influencer négativement le traitement de l'épuisement.

#### Motivations sous-jacentes au perfectionnisme

Les résultats au calepin d'autoenregistrement indiquent que les quatre participants présentent une diminution ou une augmentation significative pour au moins un type de motivation entre le début et la fin du traitement. Une augmentation commune à l'ensemble des participants se trouve sur le plan la motivation intrinsèque, c'est-à-dire que les quatre participants rapportent en moyenne un niveau plus élevé de motivation intrinsèque après la fin du traitement qu'en début de traitement. La tendance des données pendant le traitement suggère également une diminution de la motivation externe sociale et de la motivation introjectée pour les quatre participants dans la phase active de traitement.

Ainsi, il semble que le protocole de traitement puisse être utile pour diminuer les comportements motivés de façon non autodéterminée pendant l'administration de ce dernier. Toutefois, l'ampleur du changement pré et post-traitement paraît significatif que pour le participant 1 (motivation externe) et le participant 3 (motivation externe et introjectée). Ryan et Deci (2008) soulèvent que l'autonomie serait un élément essentiel au succès thérapeutique à long terme. Le fait d'encourager l'autonomie à travers la psychothérapie apporterait des changements positifs plus susceptibles de perdurer. L'autonomie fait d'ailleurs partie des trois besoins fondamentaux centraux à la théorie de

l'autodétermination (autonomie, compétence, appartenance). Selon Deci et Ryan (2000), la réponse à ces besoins favoriserait l'émergence et le maintien de la motivation intrinsèque. Bien que ce thème soit abordé au quatrième module du protocole de traitement sur le plan théorique, il pourrait être intéressant d'ajouter des exercices visant l'observation et la réponse de ces besoins.

### Limites et recherches futures

Cette étude comporte plusieurs limites. D'abord, étant donné la nature du devis de recherche à cas uniques, il est difficile de généraliser les résultats obtenus. Il s'avère donc nécessaire de reproduire le protocole à plus grande échelle pour tirer des conclusions plus nettes. Ensuite, bien qu'il soit intéressant d'un point de vue exploratoire d'avoir des profils d'individus différents, la disparité entre le profil de personnalité, le niveau de perfectionnisme et la sévérité des symptômes dépressifs et d'épuisement complexifie l'identification d'éléments favorables ou défavorables au traitement. D'ailleurs, il est possible de se demander s'il avait été préférable de distinguer les individus en dépression et en épuisement de ceux en épuisement sans dépression, et ce, malgré les facteurs symptômes communs aux deux troubles (p. ex. fatigue, perte de concentration et irritabilité). Néanmoins, la présente étude se montre tout de même pertinente pour faire ressortir différents profils d'individus perfectionnistes. Par ailleurs, nous notons la difficulté à identifier la réelle contribution du perfectionnisme dans l'épuisement professionnel des participants. Bien que ce critère ait été mesuré subjectivement dans les entrevues de sélection, il est possible de penser qu'il puisse être difficile pour des individus

perfectionnistes de reconnaître que leur niveau de perfectionnisme puisse être associé à leur état d'épuisement. Ensuite, l'utilisation de mesures autorapportées pour évaluer l'évolution des participants demeure une limite en raison de l'influence possible de la désirabilité sociale. Il faut également noter que le manque de données recueillies auprès de population clinique et non-clinique, notamment pour le questionnaire des motivations sous-jacentes au perfectionnisme, rend difficile la comparaison des résultats pré et post-traitement, puisqu'il n'est pas possible d'établir un seuil clinique et un indice de changement valide. Des travaux à plus grande échelle visant à déterminer le profil motivationnel des individus perfectionnistes paraissent nécessaires. Une autre limite à l'étude est que la méthode de vérification ne permet pas d'offrir un indicateur quantitatif du niveau d'intégrité des séances, bien qu'un évaluateur ait écouté de façon aléatoire 25 % des enregistrements audios des séances. Il serait pertinent d'établir une grille d'évaluation exhaustive pour chacun des modules afin de mieux établir la conformité de l'administration du protocole de traitement. Enfin, il est possible que le fait que l'auteure principale de l'étude ait été la clinicienne responsable d'offrir le traitement aux participants puisse avoir mené à des biais sur le plan thérapeutique et méthodologique.

Néanmoins, cette étude ouvre la voie à des réflexions intéressantes pour les recherches futures. D'une part, il apparaît crucial de s'intéresser aux facteurs interpersonnels et relationnels du perfectionnisme dans le contexte de traitement. L'idée de les aborder directement en thérapie pourrait contribuer à défaire des tendances relationnelles persistantes et ainsi favoriser des améliorations à long terme. D'ailleurs, des

études futures sont nécessaires pour continuer l'évaluation des facteurs explicatifs à la stabilité temporelle des traits perfectionnistes. Ces dernières permettraient d'ajuster les programmes de traitement afin de produire des changements significatifs durables. Enfin, cette étude soutient l'intérêt d'accroître les comportements autodéterminés pour réduire les symptômes d'épuisement. Il pourrait être intéressant d'évaluer l'efficacité clinique d'une version adaptée du présent protocole qui serait axé plus précisément sur l'augmentation de la motivation introjectée et de la motivation intrinsèque.

### Conclusion

La présente étude visait à évaluer l'impact d'un protocole de traitement cognitif comportemental ciblant les motivations sous-jacentes au perfectionnisme chez des individus perfectionnistes en épuisement professionnel. Quatre participants ont reçu le traitement sur une période de 15 séances. Les résultats montrent qu'aucun des participants ne présente une diminution significative des préoccupations perfectionnistes. Cependant, l'ensemble des participants rapportent une diminution ou une augmentation attendue sur au moins un des types de motivations. Enfin, un seul participant présente une amélioration significative des trois dimensions de l'épuisement professionnel. Ce dernier est le seul à présenter une amélioration significative des motivations autodéterminées (identifiée et intrinsèque). Ces résultats soulèvent l'intérêt à poursuivre des travaux de recherche sur la pertinence clinique de la motivation autodéterminée dans le contexte du perfectionnisme.

## Références

- Ahola, K., Honkonen, T., Isometsä, E., Kalimo, R., Nykyri, E., Aromaa, A., & Lönnqvist, J. (2005). The relationship between job-related burnout and depressive disorders—results from the Finnish Health 2000 Study. *Journal of Affective Disorders, 88*(1), 55-62. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2005.06.004>
- Ahola, K., Toppinen-Tanner, S., & Seppänen, J. (2017). Interventions to alleviate burnout symptoms and to support return to work among employees with burnout: Systematic review and meta-analysis. *Burnout Research, 4*(1), 1-11. <https://doi.org/10.1016/j.burn.2017.02.001>
- Awa, W. L., Plaumann, M., & Walter, U. (2010). Burnout prevention: A review of intervention programs. *Patient Educ Couns, 78*(2), 184-190. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.04.008>
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Beck Depression Inventory (BDI-II): Manual and questionnaire*. Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Carbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review, 8*(1), 77-100. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(88\)90050-5](https://doi.org/10.1016/0272-7358(88)90050-5)
- Bianchi, R., Boffy, C., Hingray, C., Truchot, D., & Laurent, E. (2013). Comparative symptomatology of burnout and depression. *Journal of Health Psychology, 18*(6), 782-787. <https://doi.org/10.1177/1359105313481079>
- Bianchi, R., Schonfeld, I. S., & Laurent, E. (2014). Is burnout a depressive disorder? A reexamination with special focus on atypical depression. *International Journal of Stress Management, 21*(4), 307-324. <https://doi.org/10.1037/a0037906>
- Bianchi, R., Schonfeld, I. S., & Laurent, E. (2015). Burnout–depression overlap: A review. *Clinical Psychology Review, 36*(1), 28-41. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.01.004>
- Blankstein, K. R., Dunkley, D. M., & Wilson, J. (2008). Evaluative concerns and personal standards perfectionism: Self-esteem as a mediator and moderator of relations with personal and academic needs and estimated GPA. *Current Psychology, 27*(1), 29-61. <https://doi.org/10.1007/s12144-008-9022-1>

- Blatt, S. J., Quinlan, D. M., Pilkonis, P. A., & Shea, M. T. (1995). Impact of perfectionism and need for approval on the brief treatment of depression: The National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program revisited. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63*(1), 125-132. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.63.1.125>
- Blatt, S. J., & Zuroff, D. C. (2002). Perfectionism in the therapeutic process. Dans G. L. Flett & P. L. Hewitt (Éds), *Perfectionism: Theory, research, and treatment*. (pp. 393-406). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10458-016>
- Bocéréan, C., Emilie, D., & Feltrin, M. (2019). *Maslach Burnout Inventory - General Survey: French validation in a representative sample of employees*. SCIREA.
- Bonnín, C., Yatham, L., Michalak, E., Martínez-Arán, A., Dhanoa, T., Torres, I., Santos-Pascual, C., Valls, E., Carvalho, A., & Sánchez-Moreno, J. (2018). Psychometric properties of the Well-Being Index (WHO-5) spanish version in a sample of euthymic patients with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders, 228*(1), 153-159. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.12.006>
- Brown, T. A., & Barlow, D. H. (2014). *Anxiety and Related Disorders Interview Schedule for DSM-5 (ADIS-5) - Adult and Lifetime Version: Clinician Manual*. Oxford University Press.
- Cheek, J., Kealy, D., Hewitt, P. L., Mikail, S. F., Flett, G. L., Ko, A., & Jia, M. (2018). Addressing the complexity of perfectionism in clinical practice. *Psychodynamic Psychiatry, 46*(4), 457-489. <https://doi.org/10.1521/pdps.2018.46.4.457>
- Cheng, P., Dolsen, E. A., Girz, L., Rudowski, M., Chang, E., & Deldin, P. (2015). Understanding perfectionism and depression in an adult clinical population: Is outcome expectancy relevant to psychological functioning? *Personality and Individual Differences, 75*(1), 64-67. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.10.053>
- Childs, J. H., & Stoeber, J. (2010). Self-oriented, other-oriented, and socially prescribed perfectionism in employees: Relationships with burnout and engagement. *Journal of Workplace Behavioral Health, 25*(4), 269-281. <https://doi.org/10.1080/15555240.2010.518486>
- Childs, J. H., & Stoeber, J. (2012). Do you want me to be perfect? Two longitudinal studies on socially prescribed perfectionism, stress and burnout in the workplace. *Work & Stress, 26*(4), 347-364. <https://doi.org/10.1080/02678373.2012.737547>
- Collange, J., Tavani, J. L., & Soula, M. C. (2013). Regards croisés sur le burn-out : aspects médicaux et psychologiques. *Archives des maladies professionnelles et de l'environnement, 74*(1), 35-43. <https://doi.org/10.1016/j.admp.2012.12.001>

- Commission de la santé mentale du Canada. (2016). *Norme nationale du Canada sur la santé et la sécurité psychologiques en milieu de travail*. <https://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/ce-que-nous-faisons/sante-mentale-en-milieu-de-travail/norme-nationale>
- Cox, B. J., & Enns, M. W. (2003). Relative stability of dimensions of perfectionism in depression. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 35(2), 124-132. <https://doi.org/10.1037/h0087194>
- Deci, E. L., Olafsen, A. H., & Ryan, R. M. (2017). Self-determination theory in work organizations: The state of a science. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 4(1), 19-43. <https://doi.org/10.1146/annurev-orgpsych-032516-113108>
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. Plenum. <https://doi.org/10.1007/978-1-4899-2271-7>
- 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. [https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1104\\_01](https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1104_01)
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75. [https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901\\_13](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13)
- Dunkley, D. M., Zuroff, D. C., & Blankstein, K. R. (2006). Specific perfectionism components versus self-criticism in predicting maladjustment. *Personality and Individual Differences*, 40(4), 665-676. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.08.008>
- Egan, S. J., van Noort, E., Chee, A., Kane, R. T., Hoiles, K. J., Shafran, R., & Wade, T. D. (2014). A randomised controlled trial of face to face versus pure online self-help cognitive behavioural treatment for perfectionism. *Behaviour Research and Therapy*, 63(1), 107-113. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.09.009>
- Falco, A., Piccirelli, A., Girardi, D., Di Sipio, A., & De Carlo, N. A. (2014). "The best or nothing": The mediating role of workaholism in the relationship between perfectionism and burnout. *Testing, Psychometrics, Methodology in Applied Psychology*, 21(2), 213-232. <https://doi.org/10.4473/TPM21.2.7>
- Flaxman, P. E., Stride, C. B., Söderberg, M., Lloyd, J., Guenole, N., & Bond, F. W. (2018). Relationships between two dimensions of employee perfectionism, postwork cognitive processing, and work day functioning. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 27(1), 56-69. <https://doi.org/10.1080/1359432X.2017.1391792>

- García-Carmona, M., Marín, M. D., & Aguayo, R. (2019). Burnout syndrome in secondary school teachers: A systematic review and meta-analysis. *Social Psychology of Education, 22*(1), 189-208. <https://doi.org/10.1007/s11218-018-9471-9>
- Haase, A. M., Prapavessis, H., & Glynn Owens, R. (2013). Domain-specificity in perfectionism: Variations across domains of life. *Personality and Individual Differences, 55*(6), 711-715. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2013.05.025>
- Hagger, M. S., Hardcastle, S. J., Chater, A., Mallett, C., Pal, S., & Chatzisarantis, N. L. D. (2014). Autonomous and controlled motivational regulations for multiple health-related behaviors: Between- and within-participants analyses. *Health Psychology and Behavioral Medicine, 2*(1), 565-601. <https://doi.org/10.1080/21642850.2014.912945>
- Hajos, T. R. S., Pouwer, F., Skovlund, S. E., Den Oudsten, B. L., Geelhoed-Duijvestijn, P. H. L. M., Tack, C. J., & Snoek, F. J. (2013). Psychometric and screening properties of the WHO-5 Well-Being Index in adult outpatients with Type 1 or Type 2 diabetes mellitus. *Diabetic Medicine, 30*(2), 63-69. <https://doi.org/10.1111/dme.12040>
- Harari, D., Swider, B. W., Steed, L. B., & Breidenthal, A. P. (2018). Is perfect good? A meta-analysis of perfectionism in the workplace. *Journal of Applied Psychology, 103*(10), 1121-1144. <https://doi.org/10.1037/apl0000324>
- Hassard, J., Teoh, K. R. H., Visockaite, G., Dewe, P., & Cox, T. (2018). The cost of work-related stress to society: A systematic review. *Journal of Occupational Health Psychology, 23*(1), 1-17. <https://doi.org/10.1037/ocp0000069>
- Hewitt, P. L., Flett, G. L., & Mikail, S. F. (2017). *Perfectionism: A relational approach to conceptualization, assessment, and treatment*. Guilford Press.
- Hill, A. P., & Curran, T. (2016). Multidimensional perfectionism and burnout: A meta-analysis. *Personality and Social Psychology Review, 20*(3), 269-288. <https://doi.org/10.1177/1088868315596286>
- Jacobs, R. H., Silva, S. G., Reinecke, M. A., Curry, J. F., Ginsburg, G. S., Kratochvil, C. J., & March, J. S. (2009). Dysfunctional attitudes scale perfectionism: A predictor and partial mediator of acute treatment outcome among clinically depressed adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 38*(6), 803-813. <https://doi.org/10.1080/15374410903259031>
- Jacobson, N. S., Roberts, L. J., Berns, S. B., & McGlinchey, J. B. (1999). Methods for defining and determining the clinical significance of treatment effects: Description, application, and alternatives. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*(3), 300-307. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.67.3.300>



- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*(1), 12-19. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.59.1.12>
- James, K., Verplanken, B., & Rimes, K. A. (2015). Self-criticism as a mediator in the relationship between unhealthy perfectionism and distress. *Personality and Individual Differences, 79*(1), 123-128. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.01.030>
- Kannan, D., & Levitt, H. M. (2013). A review of client self-criticism in psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration, 23*(2), 166-178. <https://doi.org/10.1037/a0032355>
- Kazdin, A. E. (2019). Single-case experimental designs. Evaluating interventions in research and clinical practice. *Behaviour and Research Therapy, 117*(1), 3-17. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2018.11.015>
- Korczak, D., Wastian, M., & Schneider, M. (2012). Therapy of the burnout syndrome. *GMS Health Technology Assessment, 8*. <https://doi.org/10.3205/hta000103>
- Langlois, F., Aubé, W., Roy, P., & Vanasse, J.-P. (2010, Septembre). *Confirmatory analysis of the Perfectionism Questionnaire (short form)*. Communication présentée au Annual Convention of the European Association for the Advancement of Behavioral Cognitive Therapy (EABCT), Milan, Italie
- Langlois, F., Rhéaume, J., & Gosselin, P. (2009). *Le questionnaire sur le perfectionnisme révisé*. Document inédit, École de psychologie, Université Laval, QC.
- Ledford, J. R., & Gast, D. L. (2014). *Single case research methodology: Applications in special education and behavioral sciences* (2<sup>e</sup> éd.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203521892>
- Ledford, J. R., & Gast, D. L. (2018). *Single case research methodology: Applications in special education and behavioral sciences* (3<sup>e</sup> éd.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315150666>
- Ledford, J. R., Lane, J. D., & Severini, K. E. (2018). Systematic use of visual analysis for assessing outcomes in single case design studies. *Brain Impairment, 19*(1), 4-17. <https://doi.org/10.1017/BrImp.2017.16>
- Lemmens, L. H. J. M., Müller, V. N. L. S., Arntz, A., & Huibers, M. J. H. (2016). Mechanisms of change in psychotherapy for depression: An empirical update and evaluation of research aimed at identifying psychological mediators. *Clinical of Psychology Review, 50*(1), 95-107. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.09.004>

- Lloyd, S., Schmidt, U., Khondoker, M., & Tchaturia, K. (2015). Can psychological interventions reduce perfectionism? A systematic review and meta-analysis. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 43(6), 705-731. <https://doi.org/10.1017/S1352465814000162>
- Lo, A., & Abbott, M. J. (2013). Review of the theoretical, empirical, and clinical status of adaptive and maladaptive perfectionism. *Behaviour Change*, 30(2), 96-116. <https://doi.org/10.1017/bec.2013.9>
- Longbottom, J.-L., Grove, J. R., & Dimmock, J. A. (2012). Trait perfectionism, self-determination, and self-presentation processes in relation to exercise behavior. *Psychology of Sport and Exercise*, 13(2), 224-235. <https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2011.11.003>
- Macedo, A., Marques, M., & Pereira, A. (2014). Perfectionism and psychological distress: A review of the cognitive factors. *IJCNMH*, 1. <https://doi.org/10.21035/ijcnmh.2014.1.6>
- Marchand, A., Blanc, M.-E., & Durand, P. (2015). Genre, âge, catégorie professionnelle, secteur économique et santé mentale en milieu de travail : les résultats de l'étude SALVEO. *Canadian Journal of Public Health*, 106(4), 223-229. <https://doi.org/10.17269/cjph.106.4672>
- Marshall, M. B., Zuroff, D. C., McBride, C., & Bagby, R. M. (2008). Self-criticism predicts differential response to treatment for major depression. *Journal of Clinical Psychology*, 64(3), 231-244. <https://doi.org/10.1002/jclp.20438>
- Maslach, C., Jackson, S. E., Leiter, M. P., Schwab, R. L., & Schaufeli, W. B. (1986). *Maslach Burnout Inventory: Manual*. Consulting Psychologists Press.
- Melamed, S., Shirom, A., Toker, S., Berliner, S., & Shapira, I. (2006). Burnout and risk of cardiovascular disease: Evidence, possible causal paths, and promising research directions. *Psychological Bulletin*, 132(3), 327-353. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.132.3.327>
- Miller, R., Hilsenroth, M. J., & Hewitt, P. L. (2017). Perfectionism and therapeutic alliance: A review of the clinical research. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 20(1), 264. <https://doi.org/10.4081/ripppo.2017.264>
- Monsalve-Reyes, C. S., San Luis-Costas, C., Gómez-Urquiza, J. L., Albendín-García, L., Aguayo, R., & Cañadas-De la Fuente, G. A. (2018). Burnout syndrome and its prevalence in primary care nursing: A systematic review and meta-analysis. *BMC Family Practice*, 19(1), 59. <https://doi.org/10.1186/s12875-018-0748-z>

- Moras, K., Telfer, L. A., & Barlow, D. H. (1993). Efficacy and specific effects data on new treatments: A case study strategy with mixed anxiety-depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*(3), 412-420. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.61.3.412>
- Mouratidis, A., & Michou, A. (2011). Perfectionism, self-determined motivation, and coping among adolescent athletes. *Psychology of Sport and Exercise, 12*(4), 355-367. <https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2011.03.006>
- Nuallaong, W. (2013). Burnout symptoms and cycles of burnout: The comparison with psychiatric disorders and aspects of approaches. Dans S. Bährer-Köhler (Éd.), *Burnout for experts: Prevention in the context of living and working* (pp. 47-72). Springer. [https://doi.org/10.1007/978-1-4614-4391-9\\_4](https://doi.org/10.1007/978-1-4614-4391-9_4)
- Ocampo, A. C. G., Wang, L., Kiazad, K., Restubog, S. L. D., & Ashkanasy, N. M. (2020). The relentless pursuit of perfectionism: A review of perfectionism in the workplace and an agenda for future research. *Journal of Organizational Behavior, 41*(2), 144-168. <https://doi.org/10.1002/job.2400>
- Ohue, T., Moriyama, M., & Nakaya, T. (2011). Examination of a cognitive model of stress, burnout, and intention to resign for Japanese nurses. *Japan Journal of Nursing Science, 8*(1), 76-86. <https://doi.org/10.1111/j.1742-7924.2010.00161.x>
- Ozbilir, T., Day, A., & Catano, V. M. (2015). Perfectionism at work: An investigation of adaptive and maladaptive perfectionism in the workplace among Canadian and Turkish employees. *Applied Psychology, 64*(1), 252-280. <https://doi.org/10.1111/apps.12032>
- Pavot, W., & Diener, E. (1993). Review of the Satisfaction With Life Scale. *Psychological Assessment, 5*(2), 164-172. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.5.2.164>
- Pavot, W., Diener, E., Colvin, C. R., & Sandvik, E. (1991). Further validation of the Satisfaction With Life Scale: Evidence for the cross-method convergence of well-being measures. *Journal of Personality Assessment, 57*(1), 149-161. [https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5701\\_17](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5701_17)
- Philp, M., Egan, S., & Kane, R. (2012). Perfectionism, over commitment to work, and burnout in employees seeking workplace counselling. *Australian Journal of Psychology, 64*(2), 68-74. <https://doi.org/10.1111/j.1742-9536.2011.00028.x>
- Plana, I. (2020). *Développement et évaluation d'un traitement du perfectionnisme malsain par modification des motivations sous-jacentes* [Essai de doctorat inédit]. Université du Québec à Trois-Rivières, QC. <https://depot-e.uqtr.ca/id/eprint/9388/>

- Rotenstein, L. S., Torre, M., Ramos, M. A., Rosales, R. C., Guille, C., Sen, S., & Mata, D. A. (2018). Prevalence of burnout among physicians: A systematic review. *JAMA*, *320*(11), 1131-1150. <https://doi.org/10.1001/jama.2018.12777>
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2008). A self-determination theory approach to psychotherapy: The motivational basis for effective change. *Canadian Psychology / Psychologie canadienne*, *49*(3), 186-193. <https://doi.org/10.1037/a0012753>
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2017). *Self-determination theory: Basic psychological needs in motivation, development, and wellness*. Guilford Press. <https://doi.org/10.1521/978.14625/28806>
- Schonfeld, I. S., & Bianchi, R. (2016). Burnout and depression: Two entities or one? *Journal of Clinical Psychology*, *72*(1), 22-37. <https://doi.org/10.1002/jclp.22229>
- Seidler, A., Thinschmidt, M., Deckert, S., Then, F., Hegewald, J., Nieuwenhuijsen, K., & Riedel-Heller, S. G. (2014). The role of psychosocial working conditions on burnout and its core component emotional exhaustion – a systematic review. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*, *9*(1), 10. <https://doi.org/10.1186/1745-6673-9-10>
- Spagnoli, P., Buono, C., Kovalchuk, L. S., Cordasco, G., & Esposito, A. (2021). Perfectionism and burnout during the COVID-19 crisis: A two-wave cross-lagged study [Brief research report]. *Frontiers in Psychology*, *11*(4087). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.631994>
- Stoeber, J., & Damian, L. E. (2016). Perfectionism in employees: Work engagement, workaholism, and burnout. Dans F. M. Sirois & D. S. Molnar (Éds), *Perfectionism, health, and well-being* (pp. 265-283). Springer. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-18582-8\\_12](https://doi.org/10.1007/978-3-319-18582-8_12)
- Stoeber, J., Damian, L. E., & Madigan, D. J. (2018). Perfectionism: A motivational perspective. Dans J. Stoeber (Éd.), *The psychology of perfectionism: Theory, research, applications* (1<sup>re</sup> éd., pp. 19-43). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315536255>
- Stoeber, J., & Janssen, D. (2011). Perfectionism and coping with daily failures: Positive reframing helps achieve satisfaction at the end of the day. *Anxiety Stress & Coping*, *24*(5), 477-497. <https://doi.org/10.1080/10615806.2011.562977>
- Stoeber, J., & Otto, K. (2006). Positive conceptions of perfectionism: Approaches, evidence, challenges. *Personality and Social Psychology Review*, *10*(4), 295-319. [https://doi.org/10.1207/s15327957pspr1004\\_2](https://doi.org/10.1207/s15327957pspr1004_2)

- Stoeber, J., & Rambow, A. (2007). Perfectionism in adolescent school students: Relations with motivation, achievement, and well-being. *Personality and Individual Differences*, *42*(7), 1379-1389. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2006.10.015>
- Stoeber, J., & Stoeber, F. S. (2009). Domains of perfectionism: Prevalence and relationships with perfectionism, gender, age, and satisfaction with life. *Personality and Individual Differences*, *46*(4), 530-535. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2008.12.006>
- Suh, H., Sohn, H., Kim, T., & Lee, D.-g. (2019). A review and meta-analysis of perfectionism interventions: Comparing face-to-face with online modalities. *Journal of Counseling Psychology*, *66*(4), 473-486. <https://doi.org/10.1037/cou0000355>
- Topp, C. W., Østergaard, S. D., Søndergaard, S., & Bech, P. (2015). The WHO-5 Well-Being Index: A systematic review of the literature. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *84*(3), 167-176. <https://doi.org/10.1159/000376585>
- van Dam, A. (2021). A clinical perspective on burnout: Diagnosis, classification, and treatment of clinical burnout. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, *30*(5), 732-741. <https://doi.org/10.1080/1359432X.2021.1948400>
- Vansteenkiste, M., Smeets, S., Soenens, B., Lens, W., Matos, L., & Deci, E. L. (2010). Autonomous and controlled regulation of performance-approach goals: Their relations to perfectionism and educational outcomes. *Motivation and Emotion*, *34*(4), 333-353. <https://doi.org/10.1007/s11031-010-9188-3>
- Woolgar, S. (2019). *Resolving occupational burnout : exploring factors in personal recovery through an enhanced critical incident technique* [Thèse de doctorat inédite]. University of British Columbia, Canada. <https://doi.org/10.14288/1.0378070>
- World Health Organization. (1998). *Wellbeing measures in primary health care/The deprecare project*. WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organization. (2022). *ICD-11: International classification of diseases* (11<sup>e</sup> éd.). <https://icd.who.int/>
- Zuroff, D. C., Blatt, S. J., Sotsky, S. M., Krupnick, J. L., Martin, D. J., Sanislow III, C. A., & Simmens, S. (2000). Relation of therapeutic alliance and perfectionism to outcome in brief outpatient treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *68*(1), 114-124. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.68.1.114>

Conclusion générale

Le but de cette étude était de mesurer l'impact d'un programme de traitement pour le perfectionnisme ayant été conçu à partir du modèle de l'autodétermination de Deci et Ryan chez des individus en épuisement professionnel. Ce programme a été construit de sorte à modifier les motivations sous-jacentes aux comportements perfectionnistes afin qu'elles soient davantage autodéterminées. L'idée de tester ce programme auprès d'une clientèle en épuisement s'explique par les relations importantes qui existent entre l'épuisement professionnel et le perfectionnisme. Ainsi, le rationnel théorique était le suivant : considérant les preuves empiriques qui soutiennent la contribution du perfectionnisme dans le développement et le maintien de l'épuisement professionnel, est-ce que la diminution du perfectionnisme par le changement des motivations sous-jacentes pourrait, conséquemment, diminuer les symptômes d'épuisement professionnel?

À notre connaissance, il s'agit de la première étude à considérer le profil motivationnel des personnes en épuisement professionnel qui portent des traits perfectionnistes. Contrairement aux approches TCC habituelles, le présent manuel de traitement vise à modifier, non pas les croyances perfectionnistes, mais plutôt la motivation derrière les actions perfectionnistes. Plutôt que de s'intéresser au contenu des pensées, le traitement vise plutôt à amener les gens à faire des comportements plus cohérents avec leurs besoins intrinsèques réels. Cet élément est particulièrement important pour des individus en épuisement professionnel chez qui la perte de sens et le cynisme

sont centraux. L'objectif était également différent de plusieurs modèles TCC classiques, car le protocole misait beaucoup sur l'observation de soi comme vecteur de changement (p. ex. soulever les avantages et inconvénients du perfectionnisme dans la vie de la personne, noter les motivations derrière les actions, identifier les émotions qui précèdent un comportement perfectionniste, etc.).

Bien que préliminaire, cette étude permet d'illustrer la complexité clinique de l'intervention auprès des individus perfectionnistes. Elle est également utile pour identifier des facteurs pouvant influencer l'efficacité thérapeutique d'une telle intervention, notamment sur le plan de l'alliance thérapeutique, du profil de personnalité et de l'humeur.

Les résultats de la présente étude montrent d'abord que le protocole de traitement s'avère utile pour modifier certains types de motivation. Les résultats montrent entre autres une tendance globale à la diminution de la motivation externe sociale et de la motivation introjectée. Néanmoins, il est possible de penser qu'il peut être particulièrement difficile, du moins à court terme, pour des individus perfectionnistes d'augmenter leurs comportements motivés de façon autodéterminée. En effet, l'observation clinique auprès des participants montre que ces derniers paraissent adhérer à un système de valeurs davantage introjecté et social. Ils pouvaient donc avoir tendance à agir en cohérence avec des valeurs, par exemple le dépassement de soi et la rigueur, qui ne sont pas nécessairement connectées avec leurs besoins internes. Cette observation



soulève l'importance de s'intéresser à la construction identitaire des individus perfectionnistes afin de mieux les aider à définir leur propre système de besoins et de valeurs, mais surtout à prendre conscience du manque d'autodétermination dans leurs actions. De plus, il semble que pour certains, les comportements intrinsèques puissent contrevenir à la performance professionnelle et personnelle. En effet, le fait d'agir de façon cohérente à ses désirs internes plutôt que pour des éléments externes peut amener ces individus à devoir diminuer certains de leurs standards de performance. Toutefois, en raison d'une faible construction de leur estime personnelle ainsi que la crainte d'être rejeté ou jugé, il peut alors être trop menaçant pour ces derniers de diminuer leurs comportements perfectionnistes.

Ensuite, les résultats montrent également une stabilité dans les préoccupations perfectionnistes des participants, c'est-à-dire que nous observons aucun changement statistiquement significatif avant et après le traitement. Comment expliquer que la peur de faire des erreurs, la critique de sa propre performance et les réactions négatives face à l'imperfection ne se soient pas modifiées dans le temps? En ce sens, est-ce réellement approprié de développer et tester des interventions pour modifier la tendance perfectionniste vue sa stabilité temporelle? Comme mentionné précédemment, l'objectif du traitement n'est pas de modifier les traits perfectionnistes, mais plutôt d'amener les participants à adopter des comportements perfectionnistes qui sont motivés de façon plus intrinsèque, donc moins ancrés dans la peur ou dans le gain externe. Ainsi, un effet potentiel de cette modification pourrait être ultimement une diminution de certains

comportements perfectionnistes, entre autres par le constat nouveau du manque de cohérence entre les actions et les valeurs de la personne. Il n'est donc pas impossible qu'une telle thérapie puisse contribuer à la modification des traits perfectionnistes à long terme. Néanmoins, comme pour tout type de problématiques, il peut être difficile d'amener la personne à modifier des comportements bien ancrés. Sur le plan clinique, différentes stratégies peuvent être utilisées. D'abord, un suivi plus long permettrait plus de temps pour maîtriser le contenu théorique de la thérapie, mais surtout une plus grande période allouée à l'observation de soi (particulièrement dans le coût relié au perfectionnisme). Une meilleure observation de soi permet ensuite de s'exposer de façon plus cohérente (p. ex. « Je choisis de ne pas faire ce comportement perfectionniste, car il entre en contradiction avec telle valeur chez moi »). Enfin, plus de temps permettrait également de favoriser une meilleure alliance thérapeutique, qui se veut un élément essentiel aux gains thérapeutiques.

Une autre façon d'aborder la stabilité temporelle des traits perfectionnistes pourrait être de travailler directement sur le mécanisme d'autocritique omniprésent dans le perfectionnisme. L'idée de diminuer l'autocritique par l'autocompassion ou de favoriser la flexibilité cognitive face aux croyances perfectionnistes serait une avenue intéressante à évaluer dans des travaux futurs. Différentes études commencent d'ailleurs à soutenir le rôle modérateur et médiateur de l'autocompassion dans la relation entre le perfectionnisme, le bien-être et la dépression (Ferrari et al., 2018; Mehr & Adams, 2016; Stoeber, Lalova et al., 2020). Il faut savoir qu'il existe déjà certaines thérapies adressant

la honte et l'autocritique, notamment la thérapie centrée sur la compassion de Gilbert et Irons (2005). Basée sur la TCC, cette thérapie vise entre autres à : (1) s'observer et prendre du recul face à ses pensées et émotions; (2) recentrer ses croyances, ses émotions, ses pensées et ses comportements afin qu'ils soient davantage bienveillants; (3) stimuler le système de régulation de la menace, soit le système d'apaisement, notamment par l'imagerie bienveillante; et (4) s'exposer à des expériences internes aversives une fois qu'une base compatissante interne s'est développée (Gilbert, 2010). Ainsi, il serait intéressant d'utiliser des éléments de cette approche à une clientèle perfectionniste, surtout considérant que les travaux évaluant l'efficacité des interventions pour le perfectionnisme sont actuellement limités et que ces dernières paraissent peu adaptées à la réalité de certains profils perfectionnistes et des comorbidités associées.

Pour la flexibilité cognitive, les études en ce sens sont moins nombreuses. Toutefois, quelques travaux préliminaires soutiennent sa relation avec le perfectionnisme. Par exemple, dans une étude conduite auprès d'un échantillon de 375 étudiants, Çutuk (2020) note qu'un niveau élevé de perfectionnisme est associé à une plus faible flexibilité cognitive. Deux études cliniques exploratoires ont même évalué l'efficacité de la TCC pour diminuer le perfectionnisme et augmenter la flexibilité cognitive (Nazarzadeh et al., 2015; Tyler, 2016). L'idée soutenue par Nazarzadeh et al. (2015) qu'une meilleure flexibilité cognitive puisse améliorer la capacité de faire face aux demandes de l'environnement en modifiant l'orientation des pensées paraît d'ailleurs appropriée pour des individus perfectionnistes en épuisement professionnel.

Néanmoins, l'application du protocole de traitement auprès des quatre individus perfectionnistes a permis de soulever différentes façons de bonifier le programme d'intervention pour répondre aux objectifs souhaités. D'une part, il apparaît essentiel d'accorder davantage de temps à l'observation et à l'identification des comportements perfectionnistes, mais surtout à la fonction du perfectionnisme chez chacun des individus. En effet, il semble primordial d'amener les participants à mentaliser les besoins qu'ils tentent de répondre avec le perfectionnisme et les expériences qu'ils tentent d'éviter (p. ex., le rejet ou l'humiliation). Ainsi, il pourrait être utile d'ajouter un module séparé à cet effet. Ce dernier pourrait encourager la compréhension de la fonction du perfectionnisme, en questionnant notamment comment l'individu en est venu à développer cette stratégie, quel(s) besoin(s) elle vise à répondre et quelle est (et quelle a été) son utilité dans le développement de la personne. Dépendamment du niveau d'introspection et d'habiletés de mentalisation des individus, il semble juste de penser que cette portion du travail thérapeutique puisse nécessiter plusieurs rencontres.

Selon Hewitt et al. (2017), une fois que la personne est consciente du but et de la genèse de ses comportements perfectionnistes, l'objectif thérapeutique principal devient de l'accompagner à trouver des façons plus adaptées et flexibles de répondre à ses besoins, particulièrement ceux de sécurité, de connexion et d'estime personnelle. Ces besoins rappellent d'ailleurs ceux d'autonomie, d'appartenance et de compétence, évoqués par Deci et Ryan (2000) dans leur compréhension de la motivation intrinsèque. Selon une perspective autodéterminée, la réponse à ces besoins serait déterminante dans

l'augmentation de la motivation intrinsèque. Conséquemment, il apparaît important d'ajuster le protocole de traitement pour soutenir davantage la réponse de ces besoins, autrement que par le perfectionnisme.

Une des façons d'aider les individus à répondre aux besoins de connexion, d'appartenance et de compétence est par le processus d'exposition. En effet, le fait de placer les individus dans des contextes où ils se montrent imparfaits pourrait favoriser l'apprentissage expérientiel que la diminution des comportements perfectionnistes n'entraîne pas le rejet ou l'humiliation anticipés. De plus, le fait d'entrer en relation de façon plus authentique pourrait faciliter la connexion et contribuer au développement d'une estime de soi moins contingente aux réussites et à la perfection. Toutefois, bien que central aux fondements de la TCC, l'utilisation et l'application de l'exposition en thérapie comportent plusieurs barrières. D'abord, puisque le perfectionnisme s'inscrit souvent dans un contexte relationnel (peur du jugement, de la critique, de l'humiliation, du rejet, de la culpabilité, etc.), il est possible de penser que la crainte derrière l'évitement (les comportements perfectionnistes) se veut encore plus aversive et menaçante pour l'intégrité de la personne. Ainsi, il apparaît nécessaire de faire preuve de bienveillance et de patience envers le processus d'exposition de l'individu perfectionniste en thérapie, d'où l'importance de l'autocompassion.

Concrètement, il pourrait être utile de bonifier la portion du traitement associé à l'exposition. Au-delà de la psychoéducation sur le processus d'exposition et le rationnel

thérapeutique (Neudeck & Einsle, 2012), il semble pertinent d'en faire un objectif de traitement pour l'ensemble du protocole. Des exercices en ce sens pourraient notamment être ajoutés à la mi-traitement, soit une fois que la fonction du perfectionnisme est bien intégrée pour l'individu et qu'une bonne alliance thérapeutique est formée. À noter que l'utilisation de l'exposition à l'erreur pour le perfectionnisme demeure une approche novatrice. Très peu d'études se sont intéressées à son efficacité clinique (Redden et al., 2022; Senderey, 2016).

Concernant l'humeur et l'épuisement, cette étude présente des résultats divergeant. En effet, un seul participant présente une amélioration significative des symptômes d'épuisement professionnel selon les trois dimensions du construit (épuisement, cynisme et efficacité professionnelle). Ce même participant observe également une rémission du diagnostic de trouble dépressif caractérisé, émis au prétest. Un second participant souffrant d'un trouble dépressif caractérisé au début du protocole observe aussi une rémission après le traitement et trois mois plus tard. De plus, trois des quatre participants présentent une amélioration de leur niveau de bien-être ou de satisfaction de vie aux périodes de suivi post-test. Il semble donc que le traitement ait eu une influence favorable sur le plan de l'humeur, même si l'état d'épuisement, les préoccupations perfectionnistes et les motivations autodéterminées demeurent inchangés pour trois des quatre participants. Une façon de comprendre ces résultats est qu'il est possible que l'influence du perfectionnisme se fasse davantage ressentir au travail que dans d'autres sphères de vie, surtout considérant que la sphère de vie la plus affectée par le perfectionnisme est le travail

(Stoeber & Stoeber, 2009). En effet, même s'il existe un chevauchement entre les symptômes d'épuisement et de dépression, l'épuisement professionnel demeure davantage spécifique au travail (Leiter & Maslach, 2016). Ainsi, il est possible que le protocole de traitement ait contribué indirectement à favoriser un meilleur bien-être même si l'état d'épuisement persiste au travail. Il est possible que des stratégies de la thérapie cognitive comportementale (TCC) utilisées dans la présente étude, comme la pleine conscience, l'exposition et la restructuration cognitive, soient associées à l'amélioration de l'humeur. D'ailleurs, une récente étude s'est intéressée à la relation entre l'application des stratégies de TCC, le niveau de bien-être et les symptômes psychiatriques (Camacho et al., 2021). Dans cette étude 584 patients ont complété un traitement de deux semaines de TCC et avaient à remplir différentes mesures sur leurs symptômes et leur bien-être. Les analyses de régression montrent que l'application des stratégies de TCC prédisait l'amélioration des symptômes initiaux et l'augmentation du niveau de bien-être. Ainsi, il semble que le niveau d'adhérence et d'implication dans le traitement pourrait influencer les résultats cliniques.

Enfin, nous ne pouvons ignorer l'impact organisationnel sur le développement et le maintien de l'épuisement professionnel. Bien que nous ayons mesuré la variable de stress dans le calepin d'autoenregistrement, il aurait été pertinent d'évaluer le niveau de stress organisationnel avant, pendant et après le protocole de traitement. Cette décision méthodologique s'explique par plusieurs considérations. D'une part, l'étude évaluait déjà un ensemble considérable de variables (épuisement, dépression, motivations au

perfectionnisme, satisfaction de vie, bien-être et niveau de perfectionnisme). Les participants étaient donc amenés à remplir un nombre considérable de mesures. De plus, l'évaluation psychologique des participants laisse croire que le profil de personnalité perfectionniste demeure, en quelque sorte, indépendant de certains facteurs organisationnels (p. ex. la charge de travail, le style de gestion, etc.). En effet, l'observation clinique montre des comportements perfectionnistes très introjetés, donc davantage dans l'évitement de la culpabilité que dans la recherche de gains externes. Néanmoins, il demeure intéressant de considérer si le fait de modifier la façon d'interagir avec les gestionnaires ou la façon de s'affirmer par rapport à sa charge de travail, particulièrement dans la réévaluation des attentes (attentes réelles de l'employeur vs attentes personnelles perfectionnistes), pourrait contribuer à réduire les symptômes d'épuisement professionnel.

### Conclusion

En somme, en raison de la diversité des variables qui ont été étudiées, cette étude représente un travail exploratoire pertinent pour les recherches futures. Ce dernier ouvre la porte à des réflexions pertinentes quant à la meilleure façon d'intervenir dans le traitement de l'épuisement professionnel chez des individus perfectionnistes. En ajout à l'état actuel des connaissances, cette étude soutient la nécessité de continuer à explorer les facteurs de maintien à l'épuisement professionnel tout en considérant les caractéristiques individuelles et motivationnelles chez la clientèle perfectionniste.



## Références générales

- Adriaenssens, J., De Gucht, V., & Maes, S. (2015). Determinants and prevalence of burnout in emergency nurses: A systematic review of 25 years of research. *International Journal of Nursing Studies*, *52*(2), 649-661. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.11.004>
- Ahola, K., Honkonen, T., Isometsä, E., Kalimo, R., Nykyri, E., Aromaa, A., & Lönnqvist, J. (2005). The relationship between job-related burnout and depressive disorders—results from the Finnish Health 2000 Study. *Journal of Affective Disorders*, *88*(1), 55-62. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2005.06.004>
- Ahola, K., Toppinen-Tanner, S., & Seppänen, J. (2017). Interventions to alleviate burnout symptoms and to support return to work among employees with burnout: Systematic review and meta-analysis. *Burnout Research*, *4*(1), 1-11. <https://doi.org/10.1016/j.burn.2017.02.001>
- Antony, M. M., & Swinson, R. P. (2009). *When perfect isn't good enough: Strategies for coping with perfectionism*. New Harbinger Publications.
- Appleton, P. R., Hall, H. K., & Hill, A. P. (2009). Relations between multidimensional perfectionism and burnout in junior-elite male athletes. *Psychology of Sport and Exercise*, *10*(4), 457-465. <https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2008.12.006>
- Aronsson, G., Theorell, T., Grape, T., Hammarström, A., Hogstedt, C., Marteinsdottir, I., Skoog, I., Träskman-Bendz, L., & Hall, C. (2017). A systematic review including meta-analysis of work environment and burnout symptoms. *BMC Public Health*, *17*(1), 264. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4153-7>
- Awa, W. L., Plaumann, M., & Walter, U. (2010). Burnout prevention: A review of intervention programs. *Patient Education and Counseling*, *78*(2), 184-190. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.04.008>
- Bakker, A. B., van der Zee, K., Lewig, K., & Maureen, D. F. (2006). The relationship between the big five personality factors and burnout: A study among volunteer counselors. *The Journal of Social Psychology*, *146*(1), 31-50. <https://doi.org/10.3200/SOCP.146.1.31-50>

- Bazmi, E., Alipour, A., Yasamy, M. T., Kheradmand, A., Salehpour, S., Khodakarim, S., & Soori, H. (2019). Job burnout and related factors among health sector employees. *Iranian Journal of Psychiatry, 14*(4), 309-316. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32071605>
- Bianchi, R. (2020). Do burnout and depressive symptoms form a single syndrome? Confirmatory factor analysis and exploratory structural equation modeling bifactor analysis. *Journal of Psychosomatic Research, 131*(1), 109954. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2020.109954>
- Bianchi, R., Boffy, C., Hingray, C., Truchot, D., & Laurent, E. (2013). Comparative symptomatology of burnout and depression. *Journal of Health Psychology, 18*(6), 782-787. <https://doi.org/10.1177/1359105313481079>
- Bianchi, R., Schonfeld, I. S., & Laurent, E. (2014). Is burnout a depressive disorder? A reexamination with special focus on atypical depression. *International Journal of Stress Management, 21*(4), 307-324. <https://doi.org/10.1037/a0037906>
- Bianchi, R., Schonfeld, I. S., & Laurent, E. (2015a). Is it time to consider the "Burnout Syndrome" a distinct illness? *Frontiers in Public Health, 3*, 158. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2015.00158>
- Bianchi, R., Schonfeld, I. S., & Laurent, E. (2015b). Burnout–depression overlap: A review. *Clinical Psychology Review, 36*(1), 28-41. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.01.004>
- Bianchi, R., Schonfeld, I. S., & Laurent, E. (2015c). Is burnout separable from depression in cluster analysis? A longitudinal study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 50*(6), 1005-1011. <https://doi.org/10.1007/s00127-014-0996-8>
- Brown, T. A., & Barlow, D. H. (2014). *Anxiety and Related Disorders Interview Schedule for DSM-5 (ADIS-5) - Adult and lifetime version: Clinician manual*. Oxford University Press.
- Camacho, K. S., Page, A. C., & Hooke, G. R. (2021). An exploration of the relationships between patient application of CBT skills and therapeutic outcomes during a two-week CBT treatment. *Psychotherapy Research, 31*(6), 778-788. <https://doi.org/10.1080/10503307.2020.1845414>
- Cano-García, F. J., Padilla-Muñoz, E. M., & Carrasco-Ortiz, M. Á. (2005). Personality and contextual variables in teacher burnout. *Personality and Individual Differences, 38*(4), 929-940. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2004.06.018>

- Chang, Lee, A., Byeon, E., & Lee, S. M. (2015). Role of motivation in the relation between perfectionism and academic burnout in Korean students. *Personality and Individual Differences, 82*(1), 221-226. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.03.027>
- Childs, J. H., & Stoeber, J. (2012). Do you want me to be perfect? Two longitudinal studies on socially prescribed perfectionism, stress and burnout in the workplace. *Work & Stress, 26*(4), 347-364. <https://doi.org/10.1080/02678373.2012.737547>
- Choi, H., Cho, S., Kim, J., Kim, E., Chung, J., & Lee, S. M. (2020). The mediating effect of introjected motivation on the relation between perfectionism and academic burnout. *Journal of Psychologists and Counsellors in Schools, 32*(2), 207-219. <https://doi.org/10.1017/jgc.2020.8>
- Chutko, L. S., Surushkina, S. Y., Yakovenko, E. A., Rozhkova, A. V., Anisimova, T. I., & Bondarchuk, Y. L. (2015). The efficacy of cytoflavin in the treatment of burnout syndrome. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova, 115*(10), 66-70. <https://doi.org/10.17116/jnevro201511510166-70>
- Crippa, J. A. S., Zuardi, A. W., Guimarães, F. S., Campos, A. C., de Lima Osório, F., Loureiro, S. R., dos Santos, R. G., Souza, J. D. S., Ushirohira, J. M., Pacheco, J. C., Ferreira, R. R., Mancini Costa, K. C., Scomparin, D. S., Scarante, F. F., Pires-Dos-Santos, I., Mechoulam, R., Kapczinski, F., Fonseca, B. A. L., Esposito, D. L. A., Pereira-Lima, K., Hallak, J. E. C. (2021). Efficacy and safety of cannabidiol plus standard care vs standard care alone for the treatment of emotional exhaustion and burnout among frontline health care workers during the COVID-19 pandemic: A randomized clinical trial. *JAMA Network Open, 4*(8), e2120603-e2120603. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.20603>
- Curran, T., & Hill, A. P. (2019). Perfectionism is increasing over time: A meta-analysis of birth cohort differences from 1989 to 2016. *Psychological Bulletin, 145*(4), 410-429. <https://doi.org/10.1037/bul0000138>
- Çutuk, Z. A. (2020). Relationship between multidimensional perfectionism and cognitive flexibility in university students. *Journal of Human Sciences, 17*(4), 1263-1274. <https://doi.org/10.14687/jhs.v17i4.6090>
- De Vente, W., Kamphuis, J. H., Emmelkamp, P. M. G., & Blonk, R. W. B. (2008). Individual and group cognitive-behavioral treatment for work-related stress complaints and sickness absence: A randomized controlled trial. *Journal of Occupational Health Psychology, 13*(3), 214-231. <https://doi.org/10.1037/1076-8998.13.3.214>

- DeChant, P. F., Acs, A., Rhee, K. B., Boulanger, T. S., Snowdon, J. L., Tutty, M. A., Sinsky, C. A., & Thomas Craig, K. J. (2019). Effect of organization-directed workplace interventions on physician burnout: A systematic review. *Mayo Clinic Proceedings: Innovations, Quality & Outcomes*, 3(4), 384-408. <https://doi.org/10.1016/j.mayocpiqo.2019.07.006>
- Deci, E. L., Olafsen, A. H., & Ryan, R. M. (2017). Self-determination theory in work organizations: The state of a science. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 4(1), 19-43. <https://doi.org/10.1146/annurev-orgpsych-032516-113108>
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. Plenum. <https://doi.org/10.1007/978-1-4899-2271-7>
- 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. [https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1104\\_01](https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1104_01)
- Egan, S. J., Wade, T. D., & Shafran, R. (2011). Perfectionism as a transdiagnostic process: A clinical review. *Clinical Psychology Review*, 31(2), 203-212. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.04.009>
- Falco, A., Piccirelli, A., Girardi, D., Di Sipio, A., & De Carlo, N. A. (2014). "The best or nothing": The mediating role of workaholism in the relationship between perfectionism and burnout. *Testing, Psychometrics, Methodology in Applied Psychology*, 21(2), 213-232. <https://doi.org/10.4473/TPM21.2.7>
- Ferrari, M., Yap, K., Scott, N., Einstein, D. A., & Ciarrochi, J. (2018). Self-compassion moderates the perfectionism and depression link in both adolescence and adulthood. *PLoS One*, 13(2). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0192022>
- Flett, G. L., & Hewitt, P. L. (2008). Treatment interventions for perfectionism—A cognitive perspective: Introduction to the special issue. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 26(3), 127-133. <https://doi.org/10.1007/s10942-007-0063-4>
- 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(1), 119-126. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(93\)90181-2](https://doi.org/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(5), 449-468. <https://doi.org/10.1007/bf01172967>

- García-Carmona, M., Marín, M. D., & Aguayo, R. (2019). Burnout syndrome in secondary school teachers: A systematic review and meta-analysis. *Social Psychology of Education, 22*(1), 189-208. <https://doi.org/10.1007/s11218-018-9471-9>
- Gilbert, P. (2010). An introduction to compassion focused therapy in cognitive behavior therapy. *International Journal of Cognitive Therapy, 3*(2), 97-112. <https://doi.org/10.1521/ijct.2010.3.2.97>
- Gilbert, P., & Irons, C. (2005). Focused therapies and compassionate mind training for shame and self-attacking. Dans P. Gilbert (Éd.), *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy*. (pp. 263-325). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203003459>
- Gluschkoff, K., Elovainio, M., Hintsanen, M., Mullola, S., Pulkki-Råback, L., Keltikangas-Järvinen, L., & Hintsanen, T. (2017). Perfectionism and depressive symptoms: The effects of psychological detachment from work. *Personality and Individual Differences, 116*(1), 186-190. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.04.044>
- Grensman, A., Acharya, B. D., Wändell, P., Nilsson, G. H., Falkenberg, T., Sundin, Ö., & Werner, S. (2018). Effect of traditional yoga, mindfulness-based cognitive therapy, and cognitive behavioral therapy, on health related quality of life: A randomized controlled trial on patients on sick leave because of burnout. *BMC Complementary and Alternative Medicine, 18*(1), 80. <https://doi.org/10.1186/s12906-018-2141-9>
- Gustafsson, H., DeFreese, J. D., & Madigan, D. J. (2017). Athlete burnout: Review and recommendations. *Current Opinion in Psychology, 16*(1), 109-113. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.05.002>
- Han, S., Shanafelt, T. D., Sinsky, C. A., Awad, K. M., Dyrbye, L. N., Fiscus, L. C., Trockel, M., & Goh, J. (2019). Estimating the attributable cost of physician burnout in the United States. *Annals of Internal Medicine, 170*(11), 784-790. <https://doi.org/10.7326/M18-1422>
- Harari, D., Swider, B. W., Steed, L. B., & Breidenthal, A. P. (2018). Is perfect good? A meta-analysis of perfectionism in the workplace. *Journal of Applied Psychology, 103*(10), 1121-1144. <https://doi.org/10.1037/apl0000324>
- Hassard, J., Teoh, K. R. H., Visockaite, G., Dewe, P., & Cox, T. (2018). The cost of work-related stress to society: A systematic review. *Journal of Occupational Health Psychology, 23*(1), 1-17. <https://doi.org/10.1037/ocp0000069>
- Hemmeter, U.-M. (2013). Treatment of burnout: Overlap of diagnosis. Dans S. Bährer-Köhler (Éd.), *Burnout for experts: Prevention in the context of living and working* (pp. 73-87). Springer. [https://doi.org/10.1007/978-1-4614-4391-9\\_5](https://doi.org/10.1007/978-1-4614-4391-9_5)

- Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (1991a). Dimensions of perfectionism in unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology, 100*(1), 98-101. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.100.1.98>
- Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (1991b). Perfectionism in the self and social contexts: Conceptualization, assessment, and association with psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology, 60*(3), 456-470. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.60.3.456>
- Hewitt, P. L., Flett, G. L., & Mikail, S. F. (2017). *Perfectionism: A relational approach to conceptualization, assessment, and treatment*. Guilford Press.
- Hill, A. P., & Curran, T. (2016). Multidimensional perfectionism and burnout: A meta-analysis. *Personality and Social Psychology Review, 20*(3), 269-288. <https://doi.org/10.1177/1088868315596286>
- Hollender, M. H. (1965). Perfectionism. *Comprehensive Psychiatry, 6*(2), 94-103. [https://doi.org/10.1016/S0010-440X\(65\)80016-5](https://doi.org/10.1016/S0010-440X(65)80016-5)
- Jowett, G. E., Hill, A. P., Hall, H. K., & Curran, T. (2013). Perfectionism and junior athlete burnout: The mediating role of autonomous and controlled motivation. *Sport, Exercise, and Performance Psychology, 2*(1), 48-61. <https://doi.org/10.1037/a0029770>
- Kakiashvili, T., Leszek, J., & Rutkowski, K. (2013). The medical perspective on burnout. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health, 26*(3), 401-412. <https://doi.org/10.2478/s13382-013-0093-3>
- Kaschka, W. P., Korczak, D., & Broich, K. (2011). Burnout: A fashionable diagnosis. *Deutsches Arzteblatt international, 108*(46), 781-787. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2011.0781>
- Kasper, S., & Dienel, A. (2017). Multicenter, open-label, exploratory clinical trial with *Rhodiola rosea* extract in patients suffering from burnout symptoms. *Neuropsychiatric Disease and Treatment, 13*(1), 889-898. <https://doi.org/10.2147/NDT.S120113>
- Kazemi, A., & Ziaaddini, M. (2014). Relationship between perfectionism, psychological hardiness, and job burnout of employees at executive organizations. *The International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences, 4*(1), 160-170. <https://doi.org/10.6007/IJARBSS/v4-i3/686>

- Kim, J. (2018). The contrary effects of intrinsic and extrinsic motivations on burnout and turnover intention in the public sector. *International Journal of Manpower*, 39(3), 486-500. <https://doi.org/10.1108/IJM-03-2017-0053>
- Kleszewski, E., & Otto, K. (2020). The perfect colleague? Multidimensional perfectionism and indicators of social disconnection in the workplace. *Personality and Individual Differences*, 162. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110016>
- Korczak, D., Wastian, M., & Schneider, M. (2012). Therapy of the burnout syndrome. *GMS Health Technology Assessment*, 8. <https://doi.org/10.3205/hta000103>
- Koutsimani, P., Montgomery, A., & Georganta, K. (2019). The relationship between burnout, depression, and anxiety: A systematic review and meta-analysis [Systematic review]. *Frontiers in Psychology*, 10(284). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00284>
- Kovess-Masfety, V., & Saunder, L. (2017). Le burnout : historique, mesures et controverses. *Archives des maladies professionnelles et de l'environnement*, 78(1), 16-23. <https://doi.org/10.1016/j.admp.2016.01.007>
- Langan, E., Blake, C., Toner, J., & Lonsdale, C. (2015). Testing the effects of a self-determination theory-based intervention with youth gaelic football coaches on athlete motivation and burnout. *The Sport Psychologist*, 29(4). <https://doi.org/10.1123/tsp.2013-0107>
- Leiter, M. P., & Maslach, C. (2016). Latent burnout profiles: A new approach to understanding the burnout experience. *Burnout Research*, 3(4), 89-100. <https://doi.org/10.1016/j.burn.2016.09.001>
- Linzer, M., Poplau, S., Grossman, E., Varkey, A., Yale, S., Williams, E., Hicks, L., Brown, R. L., Wallock, J., Kohnhorst, D., & Barbouche, M. (2015). A cluster randomized trial of interventions to improve work conditions and clinician burnout in primary care: Results from the Healthy Work Place (HWP) study. *Journal of General Internal Medicine*, 30(8), 1105-1111. <https://doi.org/10.1007/s11606-015-3235-4>
- Lloyd, S., Schmidt, U., Khondoker, M., & Tchanturia, K. (2015). Can psychological interventions reduce perfectionism? A systematic review and meta-analysis. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 43(6), 705-731. <https://doi.org/10.1017/S1352465814000162>
- Madigan, D. J., Hill, A. P., Mallinson-Howard, S. H., Curran, T., & Jowett, G. E. (2018). *Perfectionism and performance in sport, education, and the workplace*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acrefore/9780190236557.013.166>



- Madigan, D. J., Stoeber, J., & Passfield, L. (2016). Motivation mediates the perfectionism-burnout relationship: A three-wave longitudinal study with junior athletes. *38(4)*, 341-354. <https://doi.org/10.1123/jsep.2015-0238>
- Manzano-García, G., & Ayala, J. C. (2017). Insufficiently studied factors related to burnout in nursing: Results from an e-Delphi study. *PLoS One*, *12(4)*, e0175352. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0175352>
- Marchand, A., Blanc, M.-E., & Durand, P. (2015). Genre, âge, catégorie professionnelle, secteur économique et santé mentale en milieu de travail : les résultats de l'étude SALVEO. *Canadian Journal of Public Health*, *106(4)*, 223-229. <https://doi.org/10.17269/cjph.106.4672>
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, *2(2)*, 99-113. <https://doi.org/10.1002/job.4030020205>
- Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1996). Maslach Burnout Inventory manual. Dans C. P. Zalaquett & R. J. Wood (Éds), *Evaluating stress: A Book of resources* (3<sup>e</sup> éd., Vol. 3, pp. 191-218). Scarecrow Press.
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). Understanding the burnout experience: Recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*, *15(2)*, 103-111. <https://doi.org/10.1002/wps.20311>
- McCormack, N., & Cotter, C. (2013). *Managing burnout in the workplace: A guide for information professionals*. Chandos Publishing.
- Meesters, Y., & Waslander, M. (2010). Burnout and light treatment. *Stress and Health*, *26(1)*, 13-20. <https://doi.org/10.1002/smi.1250>
- Mehr, K. E., & Adams, A. C. (2016). Self-compassion as a mediator of maladaptive perfectionism and depressive symptoms in college students. *Journal of College Student Psychotherapy*, *30(2)*, 132-145. <https://doi.org/10.1080/87568225.2016.1140991>
- Melamed, S., Shirom, A., Toker, S., Berliner, S., & Shapira, I. (2006). Burnout and risk of cardiovascular disease: Evidence, possible causal paths, and promising research directions. *Psychological Bulletin*, *132(3)*, 327-353. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.132.3.327>
- Monsalve-Reyes, C. S., San Luis-Costas, C., Gómez-Urquiza, J. L., Albendín-García, L., Aguayo, R., & Cañadas-De la Fuente, G. A. (2018). Burnout syndrome and its prevalence in primary care nursing: A systematic review and meta-analysis. *BMC Family Practice*, *19(1)*, 59. <https://doi.org/10.1186/s12875-018-0748-z>

- Nazarzadeh, R. S., Fazeli, M., Aval, M. M., & Shourch, R. M. (2015). Effectiveness of cognitive-behavior therapy on cognitive flexibility in perfectionist. *Psychology*, 6(14), 1780-1785. <https://doi.org/10.4236/psych.2015.614174>
- Neudeck, P., & Einsle, F. (2012). Dissemination of exposure therapy in clinical practice: How to handle the barriers? Dans P. Neudeck & H.-U. Wittchen (Éds), *Exposure therapy: Rethinking the model - Refining the method* (pp. 23-34). Springer. [https://doi.org/10.1007/978-1-4614-3342-2\\_3](https://doi.org/10.1007/978-1-4614-3342-2_3)
- Ng, J. Y., Ntoumanis, N., Thøgersen-Ntoumani, C., Deci, E. L., Ryan, R. M., Duda, J. L., & Williams, G. C. (2012). Self-determination theory applied to health contexts: A meta-analysis. *Perspectives on Psychological Science*, 7(4), 325-340. <https://doi.org/10.1177/1745691612447309>
- Nuallaong, W. (2013). Burnout symptoms and cycles of burnout: The comparison with psychiatric disorders and aspects of approaches. Dans S. Bährer-Kohler (Éd.), *Burnout for experts: Prevention in the context of living and working* (pp. 47-72). Springer. [https://doi.org/10.1007/978-1-4614-4391-9\\_4](https://doi.org/10.1007/978-1-4614-4391-9_4)
- Ocampo, A. C. G., Wang, L., Kiazad, K., Restubog, S. L. D., & Ashkanasy, N. M. (2020). The relentless pursuit of perfectionism: A review of perfectionism in the workplace and an agenda for future research. *Journal of Organizational Behavior*, 41(2), 144-168. <https://doi.org/10.1002/job.2400>
- Ohue, T., Moriyama, M., & Nakaya, T. (2011, Jun). Examination of a cognitive model of stress, burnout, and intention to resign for Japanese nurses. *Japan Journal of Nursing Science*, 8(1), 76-86. <https://doi.org/10.1111/j.1742-7924.2010.00161.x>
- Ozbilir, T., Day, A., & Catano, V. M. (2015). Perfectionism at work: An investigation of adaptive and maladaptive perfectionism in the workplace among Canadian and Turkish employees. *Applied Psychology*, 64(1), 252-280. <https://doi.org/10.1111/apps.12032>
- Peckham, C. (2017). *Medscape lifestyle report 2017: Race and ethnicity, bias and burnout*. <https://www.medscape.com/features/slideshow/lifestyle/2017/overview>
- Piedmont, R. L. (1993). A longitudinal analysis of burnout in the health care setting: The role of personal dispositions. *Journal of Personality Assessment*, 61(3), 457-473. [https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6103\\_3](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6103_3)
- Plana, I. (2020). *Développement et évaluation d'un traitement du perfectionnisme malsain par modification des motivations sous-jacentes* [Essai de doctorat inédit]. Université du Québec à Trois-Rivières, QC. <https://depot-e.uqtr.ca/id/eprint/9388/>

- Raedeke, T. D. (1997). Is athlete burnout more than just stress? A sport commitment perspective. *Journal of Sport & Exercise Psychology, 19*(4), 396-417. <https://doi.org/10.1123/jsep.19.4.396>
- Raedeke, T. D., & Smith, A. L. (2001). Development and preliminary validation of an athlete burnout measure. *Journal of Sport and Exercise Psychology, 23*(4), 281-306. <https://doi.org/10.1123/jsep.23.4.281>
- Redden, S. A., Patel, T. A., & Cogle, J. R. (2022). Computerized treatment of perfectionism through mistake making: A preliminary study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 77*, 101771. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2022.101771>
- Robakowska, M., Tyranska-Fobke, A., Walkiewicz, M., & Tartas, M. (2018). Adaptive and maladaptive perfectionism, and professional burnout among medical laboratory scientists. *Medycyna Pracy, 69*(3), 253-260. <https://doi.org/10.13075/mp.5893.00644>
- Rotenstein, L. S., Torre, M., Ramos, M. A., Rosales, R. C., Guille, C., Sen, S., & Mata, D. A. (2018). Prevalence of burnout among physicians: A systematic review. *JAMA, 320*(11), 1131-1150. <https://doi.org/10.1001/jama.2018.12777>
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2017). *Self-determination theory: Basic psychological needs in motivation, development, and wellness*. Guilford Press. <https://doi.org/10.1521/978.14625/28806>
- Salvagioni, D. A. J., Melanda, F. N., Mesas, A. E., Gonzalez, A. D., Gabani, F. L., & Andrade, S. M. (2017). Physical, psychological and occupational consequences of job burnout: A systematic review of prospective studies. *PLoS One, 12*(10), e0185781. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0185781>
- Santoft, F., Salomonsson, S., Hesser, H., Lindsäter, E., Ljótsson, B., Lekander, M., Kecklund, G., Öst, L.-G., & Hedman-Lagerlöf, E. (2019). Mediators of change in cognitive behavior therapy for clinical burnout. *Behavior Therapy, 50*(3), 475-488. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2018.08.005>
- Schaufeli, W., Leiter, M., & Maslach, C. (2009). Burnout: 35 Years of research and practice. *Career Development International, 14*(1), 204-220. <https://doi.org/10.1108/13620430910966406>
- Senderey, E. (2016). Mindfulness and group cognitive behavioural therapy to address problematic perfectionism. *Athens Journal of Social Sciences, 4*(1), 49-66. <https://doi.org/10.30958/ajss.4-1-3>

- Shafran, R., Coughtrey, A., & Kothari, R. (2016). New frontiers in the treatment of perfectionism. *International Journal of Cognitive Therapy*, 9(2), 156-170. <https://doi.org/10.1521/ijct.2016.9.2.156>
- Smith, M. M., Saklofske, D. H., Yan, G., & Sherry, S. B. (2016). Cultural similarities in perfectionism: Perfectionistic strivings and concerns generalize across Chinese and Canadian groups. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 49(1), 63-76. <https://doi.org/10.1177/0748175615596785>
- Smith, M. M., Sherry, S. B., Ge, S. Y. J., Hewitt, P. L., Flett, G. L., & Baggley, D. L. (2021). Multidimensional perfectionism turns 30: A review of known knowns and known unknowns. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 63(1), 16-31. <https://doi.org/10.1037/cap0000288>
- Sopezki, D., Andreoni, S., Montero-Marin, J., Dias de Castro Filho, E., Fortes, S., de Lima, G. G., Pizutti, L., Girão, Á. C., Silva, T. F., García-Campayo, J., & Demarzo, M. (2020). Feasibility and effectiveness of a mindfulness-based program Vs. Relaxation in the treatment of burnout in Brazilian primary care providers: A mixed-methods pragmatic controlled Study. *Mindfulness*, 11(11), 2573-2588. <https://doi.org/10.1007/s12671-020-01472-w>
- Stoeber, J. (2016). Perfectionism. Dans V. Zeigler-Hill & T. K. Shackelford (Éds), *Encyclopedia of personality and individual differences* (pp. 1-7). Springer. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-28099-8\\_2027-1](https://doi.org/10.1007/978-3-319-28099-8_2027-1)
- Stoeber, J. (2017). *The psychology of perfectionism: Theory, research, applications*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315536255>
- Stoeber, J., & Damian, L. E. (2016). Perfectionism in employees: Work engagement, workaholism, and burnout. Dans F. M. Sirois & D. S. Molnar (Éds), *Perfectionism, Health, and Well-Being* (pp. 265-283). Springer. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-18582-8\\_12](https://doi.org/10.1007/978-3-319-18582-8_12)
- Stoeber, J., Lalova, A. V., & Lumley, E. J. (2020). Perfectionism, (self-)compassion, and subjective well-being: A mediation model. *Personality and Individual Differences*, 154, 109708. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2019.109708>
- Stoeber, J., Madigan, D. J., & Gonidis, L. (2020). Perfectionism is adaptive and maladaptive, but what's the combined effect? *Personality and Individual Differences*, 161, 109846. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.109846>
- Stoeber, J., & Otto, K. (2006). Positive conceptions of perfectionism: Approaches, evidence, challenges. *Personality and Social Psychology Review*, 10(4), 295-319. [https://doi.org/10.1207/s15327957pspr1004\\_2](https://doi.org/10.1207/s15327957pspr1004_2)

- Stoeber, J., & Stoeber, F. S. (2009). Domains of perfectionism: Prevalence and relationships with perfectionism, gender, age, and satisfaction with life. *Personality and Individual Differences*, 46(4), 530-535. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2008.12.006>
- Suh, H., Sohn, H., Kim, T., & Lee, D.-g. (2019). A review and meta-analysis of perfectionism interventions: Comparing face-to-face with online modalities. *Journal of Counseling Psychology*, 66(4), 473-486. <https://doi.org/10.1037/cou0000355>
- ten Brummelhuis, L. L., ter Hoeven, C. L., Bakker, A. B., & Peper, B. (2011). Breaking through the loss cycle of burnout: The role of motivation. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 84(2), 268-287. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8325.2011.02019.x>
- Tyler, M. S. J. (2016). *The use of cognitive behavior group therapy to reduce maladaptive perfectionism and improve cognitive flexibility in anxious Latino youth* [Thèse de doctorat inédite]. PCOM Psychology Dissertations. [https://digitalcommons.pcom.edu/psychology\\_dissertations/379](https://digitalcommons.pcom.edu/psychology_dissertations/379)
- World Health Organization. (2022). *ICD-11: International classification of diseases* (11<sup>e</sup> éd.). <https://icd.who.int/>
- Zellars, K. L., Perrewé, P. L., & Hochwarter, W. A. (2000). Burnout in health care: The role of the five factors of personality. *Journal of Applied Social Psychology*, 30(8), 1570-1598. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2000.tb02456.x>