UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

LA FLEXIBILITÉ COGNITIVE COMME MODÉRATEUR DES MOTIVATIONS SOUS-JACENTES AU PERFECTIONNISME DANS LES TROUBLES DE LA CONDUITE ALIMENTAIRE

ESSAI DE 3e CYCLE PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE DU

DOCTORAT CONTINUUM D'ÉTUDES EN PSYCHOLOGIE
(PROFIL INTERVENTION)

PAR
PASCALE MACKAY

JANVIER 2023

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de cet essai a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie 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 cet essai. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de cet 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. — directeur de recherche
Université du Québec à Trois-Rivières

Marie-Pierre Gagnon-Girouard, Ph. D. — codirectrice de recherche
Université du Québec à Trois-Rivières

Jury d'évaluation :

Frédéric Langlois, Ph. D. — directeur de recherche
Université du Québec à Trois-Rivières

Paule Miquelon, Ph. D. — évaluatrice interne
Université du Québec à Trois-Rivières

Isabelle Thibault, Ph. D. — évaluatrice externe
Université de Sherbrooke

Ce document est rédigé sous la forme d'articles scientifiques, tel qu'il est stipulé dans les règlements des études de cycles supérieurs (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 apparaitre comme coauteur de l'article soumis pour publication.

Sommaire

Le désir de perfection a été identifié comme étant partie intégrante des troubles des conduites alimentaires. Les études portant sur ces psychopathologies indiquent que le perfectionnisme en complexifie le traitement clinique. Certaines études indiquent aussi qu'une approche motivationnelle serait pertinente pour investiguer le désir de perfection chez diverses populations, dont celle-ci. Les raisons pour lesquelles un individu recherche la perfection dans son alimentation et son corps peuvent différer grandement d'un individu à un autre et une meilleure compréhension de celles-ci pourrait contribuer à l'amélioration des traitements de ces troubles. Le perfectionnisme est associé à une certaine rigidité (ou un manque de flexibilité), caractéristique qui est également rapportée chez les individus ayant un trouble des conduites alimentaires. La flexibilité cognitive peut être définie comme la capacité à remettre en question et remplacer les pensées inadaptées par une pensée plus équilibrée et adaptée. Il est possible qu'un manque de flexibilité nuise à la modification des comportements dommageables observés dans les troubles des conduites alimentaires. L'objectif de la présente étude est de déterminer si la flexibilité cognitive est un modérateur de la relation entre les motivations sous-jacentes au perfectionnisme et les symptômes de troubles des conduites alimentaires chez une population traitée pour ce type de trouble. Un échantillon de 133 femmes âgées de 14 à 63 ans (âge moyen : 26,11 ± 9,65) a été recruté par le biais de l'organisme Maison l'Éclaircie qui vient en aide aux individus présentant des symptômes de type anorexique ou boulimique, référés par des médecins. Les participantes ont complété le *Questionnaire des motivations sous-jacentes au perfectionnisme* (Cossette, 2016), la version française du *Eating Disorder Examination*

Questionnaire (EDE-Q; Fairburn & Beglin, 2008; traduction française de Mobbs & van der Linden, 2006) et l'*Inventaire de flexibilité cognitive* (Dennis & Vander Wal, 2010; version traduite de Langlois et al., 2010). Deux groupes ont été formés sur la base du niveau de flexibilité cognitive des participantes avec la sous-échelle de sentiment de contrôle devant les problèmes de la vie. Des analyses multi-groupes effectuées par le biais d'équations structurales ont été réalisées pour déterminer quelles motivations expliquaient les différents symptômes des troubles des conduites alimentaires pour chacun des groupes et déterminer si une faible ou forte flexibilité changeait ces relations. Les résultats démontrent que chez toutes les participantes, les préoccupations pour la silhouette, l'alimentation et le poids étaient liées à un haut niveau de motivation introjecté. Pour ce qui est de l'effet modérateur, les résultats indiquent que le sentiment de contrôle devant les problèmes est un modérateur significatif des motivations associées à la restriction alimentaire. Pour les femmes ayant un plus haut sentiment de contrôle devant les problèmes, un haut niveau de restriction est lié à un haut niveau de motivation intrinsèque. Le lien entre la motivation intrinsèque et les symptômes de restriction semble suggérer une perversion de la motivation intrinsèque; une forme de plaisir dans le contrôle du poids et de l'alimentation. Dans ce groupe, un faible niveau de motivation identifiée prédirait aussi la restriction. Ce résultat serait cohérent avec la théorie de l'autodétermination qui suggère que les comportements basés sur des valeurs prédisent un meilleur fonctionnement. Pour les femmes ayant un plus faible sentiment de contrôle devant les problèmes, des motivations externes positives serait associées à moins de comportement de restriction. La recherche de récompenses ou de gains pourraient limiter les

comportements de restriction. Globalement, les résultats de cette étude suggèrent que les recherches cliniques devraient tendre à cibler l'impact des différentes motivations associées au désir de perfection et au sentiment de honte chez cette population. En effet, les plans d'intervention bénéficieraient à considérer la fonction de la honte dans les symptômes TCA, et ce, peu importe leur niveau de contrôle sur leur vie. De ce fait, les participantes de ces groupes tireraient profit à baser leur estime personnelle autrement que sur l'atteinte de standards de beauté et de perfection.

Table des matières

Sommaire iv

Liste des tableaux x

Liste des figures xi

Remerciements xii

Introduction générale 1

Troubles des conduites alimentaires 4

Définitions des troubles des conduites alimentaires 4

Conséquences des troubles 6

Défis associés au traitement des TCA 8

Perfectionnisme 12

Perfectionnisme et pathologie 16

Perfectionnisme dans les TCA 16

Motivation au perfectionnisme 22

Théorie de l'autodétermination 23

Motivation intrinsèque 24

Motivation extrinsèque 25

Motivation externe 27

Amotivation 27

Motivation et perfectionnisme 28

Motivation et TCA 30

Flexibilité 32

Définition de la flexibilité 32

Lien entre la flexibilité et les psychopathologies 34

Flexibilité et perfectionnisme 35

Flexibilité et TCA 38

Article scientifique – Lien entre les motivations sous-jacentes au perfectionnisme et les TCA 40

Définition du perfectionnisme 43

Rôle du perfectionnisme chez les TCA 44

Motivation et perfectionnisme 48

Motivation et TCA 49

Flexibilité 51

Flexibilité et TCA 52

Objectif de l'étude 54

Méthodologie 54

Déroulement et participants 54

Instruments de mesure 56

Perfectionnisme 56

Motivations sous-jacentes au perfectionnisme 57

Tendance au TCA 58

Flexibilité cognitive 58

Analyses statistiques 59

Résultats 63

Discussion 66

Références 79

Discussion générale 85

Valeurs et apports de l'étude 94

Perspective pour les futures recherches 96

Pertinence clinique 98

Conclusion générale 102

Références générales 105

Appendice A. Lettre de consentement 118

Appendice B. Questionnaire sur le perfectionnisme-révisé 122

Appendice C. Questionnaire des motivations sous-jacentes au perfectionnisme (MPS) 124

Appendice D. Questionnaire d'examen des troubles alimentaires (EDE-Q) 127

Appendice E. Inventaire de flexibilité cognitive 132

Liste des tableaux

Tableau

1 Corrélations entre les types de motivations au perfectionnisme, la flexibilité et les symptômes de TCA.....60

2 Test des différences de liens de régression selon les groupes Inflexible ou flexible.....67

Liste des figures

Figure

1 Modèle de régressions entre les motivations et les sous-échelles de symptômes alimentaires pour le groupe faible contrôle 65

2 Modèle de régressions entre les motivations et les sous-échelles de symptômes alimentaires pour le groupe haut contrôle..... 65

Remerciements

Je ne saurais débuter cette section sans remercier les deux individus qui ont su me soutenir à travers les cinq longues années de réalisation de cet essai : Frédéric Langlois et Marie-Pierre Gagnon-Girouard. Mes directeurs ont su étayer les versions de ce travail avec des remarques et des réflexions justes et sages. Il me faut souligner tout spécialement leur rigueur, leur patience et leurs encouragements malgré un manque de motivation intermittent. Je tiens également à remercier les correctrices de cet essai qui ont permis d'ajouter une lumière pertinente sur mes réflexions et me permettant ainsi de bonifier grandement ce travail à l'aide de leurs correctifs très sensibles et justes.

Ce travail a été le plus long et le plus exigeant que j'ai eu à faire jusqu'à présent. Il m'a enseigné la patience, à tolérer les imprévus et à persévérer malgré les innombrables moments de découragement. Ce travail a été garant de mon évolution en tant qu'individu et en tant que professionnel. Il aura été le fidèle compagnon de mes pensées et de mes journées d'été. C'est avec une grande fierté que je termine ce chapitre si riche de ma vie.

Un immense merci à tous ceux et celles qui ont de près ou de loin contribué à l'achèvement de cet ouvrage : vous m'aurez permis de garder le cap malgré les tempêtes et les jours plus difficiles. Je ne saurais trop vous remercier.

Un mot spécial à ma conjointe qui a su me motiver et me soutenir, surtout lorsque je n'y arrivais pas moi-même.

Introduction générale

La société d'aujourd'hui prône des valeurs de perfectionnisme et d'excellence (Curran & Hill, 2019). Les technologies et les différents métiers de plus en plus spécialisés et les critères de réussite toujours plus élevés qui augmentent la pression de performance est omniprésente (Curran & Hill, 2019; Fanget, 2008). Le culte de la beauté et de la minceur fait aussi partie intégrante de cette atmosphère de perfection, imposant des exigences rigides aux femmes tout particulièrement (Bélanger, 2007; Lenza, 2020). Il suffit de survoler les réseaux sociaux pour y être exposé. Des images retouchées des individus à l'apparence impeccable retrouvées sur les réseaux sociaux mettent une pression sur l'image que les femmes intègrent comme idéale (Boudreau, 2021; Lenza, 2020). Ceci se répercute sur la recherche du corps et de l'alimentation parfaites, une recherche qui met les femmes à risque de s'imposer des règles alimentaires rigides et de développer un trouble des conduites alimentaires (Boudreau, 2021; Lachaud et al., 2004; Santarossa & Woodruff, 2017). Toutefois, quelles motivations se cachent sous ce désir de perfection? Certaines femmes émettent-elles des comportements dommageables pour leur corps afin de se sentir acceptée dans un groupe ou pour une question de santé? Pourquoi ces femmes persistent avec des comportements qui ont des impacts réels sur leur corps? Ont-elles des difficultés sur le plan de la flexibilité qui permettrait de mieux comprendre pourquoi elles maintiennent ces comportements inadaptés en dépit des conséquences manifestes? L'étude des motivations derrières le désir de perfection permettrait de mieux saisir la variété des explications qui se cachent derrière les comportements alimentaires. De plus,

considérant que cette population semble avoir un profil de flexibilité cognitive affecté, il serait pertinent de déterminer si la flexibilité cognitive pourrait jouer un rôle distinctif dans la relation entre ces différentes motivations chez les femmes et la symptomatologie des troubles alimentaires.

Le présent essai doctoral est composé de trois parties : une introduction générale, un article empirique et une conclusion générale. L'objectif poursuivi dans cet essai est de déterminer le rôle modérateur de la flexibilité cognitive dans le lien entre les motivations sous-jacentes au perfectionnisme et les symptômes des troubles des conduites alimentaires. L'introduction mettra en contexte les différentes variables importantes dans l'essai. Les différents troubles des conduites alimentaires seront présentés ainsi qu'un parcours historique des conceptualisations du perfectionnisme. Une introduction au concept de la motivation et de ses liens avec le perfectionnisme et les troubles des conduites alimentaires sera ensuite présentée. Pour terminer cette section, la flexibilité cognitive sera expliquée et mise en lien avec les précédentes variables introduites. La section suivante, quant à elle, présentera l'article empirique qui comprendra une introduction, une section méthode, des résultats et une discussion. Finalement, l'essai se terminera avec une conclusion dans laquelle seront discutés plus globalement les liens avec la littérature existante et les implications pour la clinique.

Troubles des conduites alimentaires

Le DSM-5 comprend plusieurs catégories de troubles des conduites alimentaires (TCA) dont l'anorexie mentale (AN), la boulimie (BN) et l'hyperphagie boulimique (HB). Ces troubles seront définis dans la section suivante.

Définitions des troubles des conduites alimentaires

Selon le DSM-5, l'anorexie mentale (AN) est conceptualisée comme une restriction des apports énergétiques menant à un poids significativement plus bas que ce qui est normalement attendu selon l'âge, le stade de développement et de la santé physique d'un individu (dimension physique). L'individu doit également présenter soit une peur intense de prendre du poids ou soit l'adoption de comportements persistants qui interfèrent avec la prise de poids, alors que le poids est bas (dimension cognitive/comportementale). De plus, l'individu souffrant d'AN doit présenter une vision altérée de son corps, une estime excessivement dépendante du poids ou de la forme corporelle ou un déni de la gravité de la maigreur (dimension cognitive et psychologique). Le DSM-5 indique deux sous-types possibles pour l'AN : le type restrictif et le type accès hyperphagique/purgatif. Dans le type restrictif, la perte de poids est atteinte à l'aide de jeûne et/ou d'exercices physiques excessifs alors qu'aucun comportement d'accès hyperphagiques récurrents, de vomissements provoqués ou de comportements purgatifs n'ont été utilisés dans les trois derniers mois. Dans le cas du second sous-type, l'individu doit avoir présenté, lors des trois derniers mois, des accès hyperphagiques récurrents et/ou des comportements de vomissements provoqués ou des comportements purgatifs. La sévérité du trouble est

déterminée par l'indice de masse corporelle (American Psychiatric Association [APA], 2013).

D'un autre côté, le trouble de la boulimie (BN) est caractérisé par la survenue récurrente d'accès hyperphagiques autrement appelés crise de gloutonnerie ou *binge-eating*. Lors de ces crises, on note la présence de deux caractéristiques : (1) une absorption en un temps limité d'une plus grande quantité de nourriture normalement ingérée dans les mêmes circonstances; et (2) un sentiment de perte de contrôle durant la crise. Des comportements compensatoires inappropriés récurrents visant à prévenir la prise de poids sont adoptés tels que les vomissements provoqués, un emploi excessif et abusif de laxatifs, de diurétiques ou de médicaments, un jeûne ou de l'exercice physique excessif. Les crises et les comportements compensatoires doivent survenir en moyenne une fois par semaine pendant trois mois. L'estime de soi est influencée de manière excessive par le poids et la forme corporelle. La sévérité est évaluée selon la fréquence des comportements compensatoires inappropriés, mais elle peut être majorée selon d'autres symptômes et le degré d'atteinte à la fonctionnalité de l'individu.

Le trouble de l'hyperphagie boulimique (HB) se défini par la survenue récurrente d'accès hyperphagiques tels que défini dans le trouble de la BN. Ces crises sont toutefois accompagnées par au moins trois des caractéristiques suivantes : manger beaucoup plus rapidement que la normale, manger jusqu'à éprouver une sensation pénible de distension abdominale, manger de grandes quantités de nourriture en l'absence d'une sensation

physique de faim, manger seul par gêne de la quantité de nourriture absorbée et se sentir dégouté de soi-même, déprimé ou très coupable après avoir mangé. Malgré le fait que ce trouble partage des caractéristiques de la BN, le HB n'implique pas de comportements compensatoires suite à la crise alimentaire. Ces crises doivent avoir lieu au moins une fois par semaine pendant trois mois (APA, 2013). Ce trouble a fait son apparition officielle dans la dernière version du DSM (APA, 2013).

Conséquences des troubles

L'AN est associée à une multitude de conséquences physiques. En effet, il est fréquent d'observer des signes de déshydratation, d'hypercholestérolémie, un manque au niveau de plusieurs vitamines (magnésium, zinc, phosphore) et des anomalies au niveau de la fréquence cardiaque (bradycardie sinusale ou arythmies) (Jáuregui-Garrido & Jáuregui-Lobera, 2012; Mehler & Brown, 2015; Rome et al., 2003). Les vomissements provoqués et l'abus de laxatif amènent aussi des conséquences au niveau biochimique. La densité osseuse est aussi fréquemment diminuée, augmentant ainsi le risque de fracture. Les conséquences physiques comprennent aussi un métabolisme de base réduit, une aménorrhée ou un retard dans les ménarches chez les filles prépubères, de la constipation, des douleurs abdominales, une frilosité, un développement de lanugo, une léthargie ou un excès d'énergie (Jáuregui-Garrido & Jáuregui-Lobera, 2012; Mehler & Brown, 2015; Rome et al., 2003). Chez les individus utilisant les vomissements provoqués, comme c'est le cas dans la BN, une hypertrophie des glandes salivaires et une érosion de l'émail dentaire sont fréquentes (APA, 2013; Sachs & Mehler, 2016). Les individus souffrant de

BN peuvent également présenter une irrégularité dans les menstruations ou une aménorrhée (APA, 2013). Les vomissements peuvent causer des débalancements dans les hydroélectrolytes et mener à des problèmes médicaux majeurs (APA, 2013). Des troubles intestinaux sont également observés chez cette population tels que la douleur abdominale, une distension gastrique, le syndrome du côlon irritable, des perforations gastriques, de la constipation et plusieurs autres (Sato & Fukudo, 2015). Des troubles gastro-intestinaux peuvent aussi survenir à la suite de l'utilisation de médicaments servant à se purger (Jáuregui-Garrido & Jáuregui-Lobera, 2012; Sachs & Mehler, 2016). Sur une période de dix ans, c'est jusqu'à 5 % des personnes souffrant d'un TCA qui meurent des complications médicales ou par suicide (APA, 2013). Les conséquences psychosociales sont également multiples pour ce genre de psychopathologies. En effet, les individus aux prises avec ces troubles sont plus sujets à vivre des difficultés interpersonnelles (Carraz, 2009; Criquillion-Doublet & Doyen, 2016; Zanetti, 2014), de l'isolement (Zanetti, 2014), une estime de soi plus basse (Criquillion-Doublet & Doyen, 2016), d'avoir d'autres diagnostics psychiatriques (APA, 2013; Criquillion-Doublet & Doyen, 2016; Zanetti, 2014).

L'HB est associée à plusieurs problématiques de santé telles que l'augmentation de risque de développer de l'obésité, le diabète de type 2, l'hypercholestérolémie, l'hyperlipidémie, l'apnée du sommeil, l'hypertension artérielle, des cardiopathies, différentes formes de cancer et des problèmes de santé chroniques tels que de la fibromyalgie, le syndrome du côlon irritable et l'insomnie (St-Amour et al., 2016). Les

conséquences de ce trouble affectent également la sphère psychosociale d'un individu. On observe également plus de symptômes dépressifs, un plus haut taux de comorbidité psychiatrique et de difficultés psychosociales chez les individus souffrant d'HB (St-Amour et al., 2016). Les individus souffrant de HB auraient également une moins bonne estime d'elle et une tendance à de déprécier (Breault, 2020; de Zwaan et al., 2002). Les gens présentant de l'HB présenteraient aussi une autre psychopathologie au cours de leur vie (Hudson et al., 2007; Striegel-Moore et al., 2001) telles qu'un trouble de l'humeur (APA, 2013; Hudson et al., 2007; Striegel-Moore et al., 2001), un trouble anxieux et un trouble lié aux substances (APA, 2013; Hudson et al., 2007; Root et al., 2010).

Défis associés au traitement des TCA

Les TCA sont réputés pour être des troubles complexes à traiter (Abbate-Daga et al., 2013; Kaplan & Garfinkel, 1999; Satir et al., 2009). En effet, le taux de rémission est bas pour les individus ayant un diagnostic d'AN (environ 29 % sur 2,5 ans) et de BN (27 % sur 1 an), le taux de rémission augmentant avec le nombre d'années de suivi post-traitement (Keel & Brown, 2010). Plusieurs facteurs peuvent expliquer pourquoi le traitement des TCA est complexe. Les facteurs liés aux caractéristiques de l'intervenant dont le genre, entre autres (Satir et al., 2009). Il est possible qu'un patron relationnel négatif présent dans la vie de la cliente soit rejoué avec le thérapeute à travers un mouvement de transfert et de contre-transfert (Abbate-Daga et al., 2013; Kaplan & Garfinkel, 1999; Satir et al., 2009). De plus, un sentiment de compétition peut également s'installer entre la cliente et la thérapeute (Kaplan & Garfinkel, 1999). Chez les thérapeutes

masculins, il est possible d'observer la situation inverse, soit une idéalisation du thérapeute par la cliente et des comportements de séduction intrusifs et sexualisés (Kaplan & Garfinkel, 1999). Nonobstant le sexe du thérapeute, il peut être aussi très frustrant pour un clinicien de traiter un individu qui refuse de s'alimenter et qui met sa vie en danger (Kaplan & Garfinkel, 1999; Satir et al., 2009). Cette frustration chez l'intervenant doit être considérée et abordée en supervision clinique pour que celle-ci n'entrave pas le traitement (Abbate-Daga et al., 2013; Satir et al., 2009).

Il y a aussi des facteurs qui sont propres aux TCA et qui peuvent expliquer une partie de la complexité du traitement. Du côté des caractéristiques du client, la nature des symptômes complique significativement le traitement de la BN et de l'AN. Le déni de la présence et de la sévérité des symptômes compliquent le traitement puisque le trouble est souvent bien établi au moment de la consultation et perdure depuis un certain temps (Abbate-Daga et al., 2013; Kaplan & Garfinkel, 1999). La nature égosyntone des TCA peut également expliquer en partie la difficulté de traitement puisque contrairement à d'autres psychopathologies qui sont dit dysyntone, les TCA sont congruents avec l'individu et ses buts (Abbate-Daga et al., 2013; Gregertsen et al., 2017). Les symptômes peuvent donc être vécus comme ayant des bénéfices par ceux qui en souffrent. Les symptômes de TCA auraient aussi une fonction régulatrice puisqu'ils permettent de neutraliser les émotions négatives, puisqu'ils évitent à l'individu de les ressentir, empêchant donc la mentalisation des émotions (Gregertsen et al., 2017; Nordbø et al., 2006). En conséquence, ce cycle de renforcement négatif peut finir par prendre le contrôle

de l'individu, plutôt que le contraire. Les conséquences des TCA peuvent donc être vu comme positives et adaptatives par les individus en souffrant (Abbate-Daga et al., 2013). De plus, il n'est pas rare d'observer un manque de confiance des clients ayant un TCA envers leur thérapeute (Holmes et al., 2021).

Le haut taux de comorbidité observé chez les TCA semble aussi compliquer le traitement (APA, 2013; Cassin & von Ranson, 2005; Harrop & Marlatt, 2010; Kaplan & Garfinkel, 1999; Keski-Rahkonen & Mustelin, 2016). Les troubles de l'humeur ou anxieux sont assez fréquents dans la population souffrant de TCA et les symptômes associés à ces troubles comorbides peuvent interférer avec le traitement psychothérapeutique ou médical (Kaplan & Garfinkel, 1999; Keski-Rahkonen & Mustelin, 2016; Swinbourne & Touyz, 2007). Certains symptômes des comorbidités vont aussi amener des défis au niveau du diagnostic différentiel : la perte de poids, l'insomnie ou la difficulté à se concentrer sont parfois attribués à la dépression alors qu'ils pourraient être mieux expliqués par le TCA. La cooccurrence d'un trouble d'abus de substances peut également compliquer le traitement puisqu'il est coutume de traiter le trouble d'abus de substances préalablement au traitement du TCA (Harrop & Marlatt, 2010). Il n'est pas rare que les clients qui consultent pour un TCA présentent également des traits ou un trouble de la personnalité tels que du perfectionnisme, du neuroticisme, des traits obsessifs compulsifs ou des traits associés au trouble de personnalité évitant et limite (Cassin & von Ranson, 2005). Tous ces troubles comorbides compliquent le traitement et affectent directement la qualité de la relation thérapeutique (Kaplan & Garfinkel, 1999; Swinbourne

& Touyz, 2007). Parmi les autres conditions comorbides, certains traits de personnalité pourraient aussi poser des défis dans le traitement des TCA.

Tel que mentionné d'entrée de jeu dans l'essai, le perfectionnisme est un trait de personnalité fréquemment observé chez les gens aux prises avec un TCA (Egan, Wade et al., 2011; Sutandar-Pinnock et al., 2003) et ce trait complique particulièrement le traitement (Abbate-Daga et al., 2013; Egan, Wade et al., 2011). Ceci n'est pas étonnant considérant que la nature des symptômes de TCA suggèrent à la base une recherche de la perfection à travers l'alimentation et le corps (Boone, Soenens, Vansteenkiste et al., 2012). Il a été proposé que le perfectionnisme soit une entrave dans la psychothérapie puisqu'il interfère avec l'alliance thérapeutique (Egan, Wade et al., 2011). Une revue de littérature de Egan, Wade et al. publiée en 2011 indique que le traitement ciblant spécifiquement le perfectionnisme permet également de réduire les symptômes d'anxiété, de dépression et de TCA. Plus récemment, une méta-analyse a démontré que le perfectionnisme serait une composante centrale pour la compréhension des TCA (Limburg et al., 2017). De plus, contrairement à d'autres populations où certaines dimensions du perfectionnisme sont liées à un fonctionnement sain, au sein des TCA, le perfectionnisme semble être lié fortement aux symptômes TCA, suggérant un rôle central du perfectionnisme dans cette population (Limburg et al., 2017). Ainsi, puisque le perfectionnisme semble être une entrave importante pour le traitement, il est intéressant de pousser plus loin la réflexion sur son rôle au sein des TCA.

Perfectionnisme

Tout comme plusieurs autres construits étudiés en psychologie, les conceptualisations du perfectionnisme ont évolué au cours du temps. Un des premiers auteurs à avoir étudié ce concept est Adler (1956). Il le décrivait comme une composante inhérente à l'humain face à des sentiments d'infériorité et d'inaptitude (Flett & Hewitt, 2002). Par la suite, Hamachek (1978) a émis l'hypothèse que le perfectionnisme pourrait être divisé en deux types : névrotique et normal. Il a décrit le perfectionnisme normal comme étant une tendance à poursuivre des standards réalistes et raisonnables qui donnent lieu à un sentiment de satisfaction de soi et augmentent l'estime de soi. Il a décrit le perfectionnisme névrotique plutôt comme une tendance à chercher à atteindre des standards irréalistes en étant motivé par la peur de l'échec et la préoccupation de décevoir les autres. Il ajoute également que la distinction entre ces types de perfectionnisme résiderait dans la capacité de l'individu à être flexible dans le choix des situations où appliquer des hauts standards. Ainsi, il propose l'idée que la flexibilité permettrait de faire la distinction entre un niveau sain de perfectionnisme d'un niveau entrainant un dysfonctionnement dans la vie d'un individu (Flett & Hewitt, 2002).

Un des plus grands changements dans la conceptualisation du perfectionnisme fut le passage d'une conceptualisation unidimensionnelle vers une conception multi-dimensionnelle. Pendant plusieurs années, beaucoup d'auteurs mesuraient le perfectionnisme avec une seule dimension pathologique, tel qu'indiqué dans les écrits de

Burns (1980) et de Ellis (1962) ou dans la littérature des TCA avec l'échelle de perfectionnisme du *Eating Disorder Inventory* (EDI; Flett & Hewitt, 2002).

Durant les années 90, deux équipes de chercheurs ont entrepris simultanément la création d'un outil de mesure multidimensionnel. Ces deux outils conceptualisent le perfectionnisme à l'aide de composantes personnelles et interpersonnelles. L'équipe de Frost et al. (1990) ont développé un questionnaire nommé le *Multidimensional Scale of Perfectionism*. Celui-ci est divisé en six dimensions : des préoccupations excessives pour les erreurs, des hauts standards personnels, des hautes attentes parentales perçues, des critiques parentales perçues, des doutes en lien avec la qualité des actions et une préférence pour l'ordre et l'organisation (Frost et al., 1990). Frost et son équipe (1990) indiquent que la dimension des préoccupations excessives pour les erreurs correspondrait à la composante clinique du perfectionnisme et que la dimension des hauts standards personnels correspondrait plutôt à la composante saine (Flett & Hewitt, 2002).

L'équipe de Flett et Hewitt (2002) a développé de son côté un questionnaire du même nom que l'équipe de Frost et al. (1990; *Multidimensional Scale of Perfectionism*) comprenant trois dimensions : le perfectionnisme orienté vers soi, le perfectionnisme orienté vers les autres et le perfectionnisme socialement prescrit. La dimension orientée vers soi correspondrait à la composante saine du perfectionnisme et la dimension imposée par les autres correspondrait à la composante clinique du perfectionnisme (Flett & Hewitt, 2002). Ces deux questionnaires ont été couramment utilisés dans les études portant sur le

perfectionnisme (Bastiani et al., 1995; Boone, Soenens, Mouratidis et al., 2012; Boone, Soenens, Vansteenkiste et al., 2012; Ferrari & Mautz, 1997; Sutandar-Pinnock et al., 2003). Au-delà des conceptualisations multidimensionnelles, le foisonnement de la recherche dans le domaine du perfectionnisme a mené à d'autres conceptualisations dimensionnelles, et d'autres questionnaires ont été développés depuis. Toutefois, la conceptualisation actuellement retenue dans la littérature sur le perfectionnisme est la bidimensionnelle telle qu'utilisée dans les questionnaires suivants : le *Perfectionism Inventory* (Hill et al., 2004) le *Positive and Negative Perfectionism Scale* (Terry-Short et al., 1995), le *Perfectionism Questionnaire-revised* (Langlois et al., 2007, 2010).

La conceptualisation du perfectionnisme qui est actuellement de plus en plus retenue par la communauté scientifique est celle du modèle à deux facteurs : la recherche de hauts standards (RHS) et les préoccupations perfectionnistes (PP) (Bergman et al., 2007; Boone & Soenens, 2015; Boone et al., 2014; Boone, Soenens, Mouratidis et al., 2012; Stoeber & Otto, 2006; Stoeber et al., 2020). La première dimension, la RHS, serait composée de la combinaison de hauts standards pour soi-même, d'un haut degré d'organisation et de perfectionnisme orienté vers soi (Stoeber & Otto, 2006) alors que la deuxième dimension, les PP, serait composée d'une combinaison de doutes sur les actions, de doutes sur les erreurs, de pression parentale perçue et de perfectionnisme socialement prescrit (Stoeber & Otto, 2006).

Certains auteurs défendent la thèse que le perfectionnisme pourrait être adaptatif. Ils utilisent des formulations telles que « adaptatif, sain, fonctionnel » pour parler de ce type de perfectionnisme et utilisent des mots comme « maladaptatif, malsain et dysfonctionnel » pour qualifier le perfectionnisme clinique. Le perfectionnisme clinique peut être compris à l'aide de la définition suivante : la poursuite de hauts standards malgré les conséquences négatives encourues et de baser sa valeur personnelle sur ses accomplissements (Fairburn et al., 2003). Toutefois, considérant la multitude de définitions existant pour décrire le perfectionnisme, chaque auteur ayant créé leur questionnaire pour mesurer le concept semble avoir leur propre définition du perfectionnisme clinique. Certains auteurs cités dans la revue de littérature sur le perfectionnisme adaptatif et maladaptatif de Lo et Abbott (2013) indiquent que la dimension RHS correspondrait au perfectionnisme plus sain alors que la dimension des PP serait la composante dite maladaptative. Une revue de la littérature faite par Stoeber et Otto (2006) montre qu'il existe en effet un lien positif entre une des dimensions du perfectionnisme, la recherche de hauts standards (RHS) et certains facteurs psychologiques positifs. De plus, la RHS semblerait en effet reliée à un plus haut niveau d'affects positifs mais aussi à un plus haut niveau d'affects négatifs (Stoeber & Otto, 2006). D'autres auteurs affirment au contraire que le perfectionnisme ne peut être sain et qu'il est nécessairement associé à un dysfonctionnement (Limburg et al., 2017; Stoeber & Otto, 2006). Selon une méta-analyse, le niveau de RHS ne permettrait pas de distinguer les individus provenant d'un groupe clinique d'un groupe contrôle (Limburg et al., 2017). Ce résultat suggère que la RHS ne pourrait pas être considérée comme une variable

protectrice. À l'inverse, le lien entre les préoccupations perfectionnistes et la pathologie semble constant.

Perfectionnisme et pathologie

Nombre d'études sur le perfectionnisme portent sur son lien avec certaines psychopathologies. En effet, le lien du perfectionnisme a été démontré avec la dépression et l'anxiété (Egan et al., 2007, 2013), les TCA (Bardone-Cone et al., 2008, 2010; Nilsson et al., 2008) et le trouble obsessif-compulsif (Frost & Steketee, 1997). Une méta-analyse faite en 2017 par Limburg et ses collègues indique que dans les populations non cliniques, la dimension des PP était plus associée à la psychopathologie (anxiété, dépression, OCD) que la dimension des RHS. Globalement, ils concluent que le perfectionnisme, et plus particulièrement les préoccupations perfectionnistes, n'est pas une composante exclusive à une psychopathologie en particulier et invoquent l'hypothèse que le perfectionnisme soit un processus transdiagnostique. Cependant, il est intéressant d'observer que leurs résultats ciblent une particularité pour les TCA, soit que les deux dimensions du perfectionnisme présentent de forts liens avec les symptômes alimentaires.

Perfectionnisme dans les TCA

La littérature qui aborde le rôle du perfectionnisme chez les TCA est florissante. Plus spécifiquement, une partie de cette littérature s'est d'abord intéressée au rôle du perfectionnisme dans le développement de symptômes de TCA. Dans cette optique, une équipe de chercheurs s'est penchée sur le rôle du perfectionnisme dans la

symptomatologie des TCA en utilisant un devis expérimental chez une population étudiante (Boone & Soenens, 2015; Boone, Soenens, Vansteenkiste et al., 2012). Ces études sont pertinentes puisqu'elles font partie des rares études qui ont tenté un devis expérimental pour étudier le rôle du perfectionnisme dans le développement des symptômes TCA. Elles sont donc les premières tentatives pour déterminer la nature causale du perfectionnisme sur les TCA. Ce type d'étude pourrait permettre de départager le rôle du perfectionnisme dans cette psychopathologie, à savoir si le perfectionnisme est un facteur prédisposant, de maintien ou un épiphénomène. La première étude (Boone, Soenens, Vansteenkiste et al., 2012), avait comme intention de vérifier l'impact de l'induction des conditions perfectionnistes pour une durée de 24 heures sur les symptômes alimentaires chez une population dite normative. Ils ont assigné aléatoirement les participants à trois conditions expérimentales. La première condition avait comme objectif de rechercher des hauts standards pour soi (dimension hauts standards personnels/seul) tandis que les participants de la deuxième condition avait la même consigne que la première en ajoutant toutefois la mention de ne pas échouer ou de ne pas décevoir les autres (dimension de hauts standards et dimension de préoccupations perfectionnistes). Pour les participants soumis à la troisième condition, la consigne était d'avoir une attitude plus détendue envers leurs standards personnels et de viser de plus bas standards. Les résultats démontrent que lorsque l'on manipule les niveaux des deux dimensions du perfectionnisme, peu importe le niveau de perfectionnisme initial de l'individu, les niveaux de restrictions alimentaires et de symptômes boulimiques sont significativement plus élevés (24 heures) comparativement au groupe contrôle. Cette augmentation de

symptômes est indépendante de la dimension de perfectionnisme manipulée (PP ou RHS). Les conclusions de cette étude démontrent bien que le perfectionnisme est une caractéristique personnelle qui peut être manipulée et modifiée et que cette variable semble être un facteur de risque pour le développement de symptômes de TCA chez une population normale (Boone, Soenens, Vansteenkiste et al., 2012).

La deuxième étude menée par cette équipe (Boone & Soenens, 2015) a également été réalisée avec une population normative. Ils ont ajouté à leur devis les variables du besoin de minceur et de la surévaluation du poids et de la silhouette. Ils ont observé que l'effet causal du perfectionnisme dépendait du niveau d'insatisfaction corporelle initial. En effet, à la suite d'une manipulation du perfectionnisme, chez les individus ayant un haut niveau d'insatisfaction corporelle, une augmentation du perfectionnisme venait de pair avec une augmentation des symptômes de TCA (besoin de minceur, symptômes boulimiques et une tendance à surévaluer leur poids et leur silhouette), contrairement aux individus avec un faible niveau d'insatisfaction corporelle. Ces résultats suggèrent un rôle actif du perfectionnisme sur les symptômes de TCA chez les individus n'étant pas satisfaits de leur corps.

À plusieurs reprises dans la littérature, il a été proposé que le perfectionnisme serait une composante presque indissociable des TCA (Bardone-Cone et al., 2007, 2010; Nilsson et al., 2008). En effet, certains facteurs étiologiques centraux de la BN et de l'AN semblent être de nature perfectionniste, dans le sens où l'individu désire maintenir ou obtenir un

poids parfait (Lamas et al., 2012; Limburg et al., 2017). Ces individus partageraient des traits perfectionnistes et ces traits joueraient un rôle central dans le développement et le maintien de ces troubles (Flett & Hewitt, 2002; Limburg et al., 2017). Les études qui se sont intéressées à ce lien montrent en effet un lien étroit entre le perfectionnisme et les TCA.

Une étude longitudinale menée en 2003 par Sutandar-Pinnock et al. montre que le niveau de perfectionnisme (mesuré à l'aide de l'EDI) était associé au statut de rétablissement. Un score plus bas à l'échelle de perfectionnisme de l'EDI était associé avec une meilleure réponse au traitement qui était conséquemment associée avec un meilleur statut au suivi. Toutefois, dans cet échantillon d'individus souffrant d'un TCA, tant les participants du groupe répondant faiblement ou fortement au traitement, on observait un niveau plus élevé de perfectionnisme que les individus du groupe contrôle. Une autre étude (Bastiani et al., 1995) utilisant un devis transversal a démontré que la tendance au perfectionnisme des patients ayant un diagnostic d'AN restait stable après le retour à un poids normal. Cette étude montre aussi que ce groupe démontrait plus de perfectionnisme orienté vers soi que de perfectionnisme socialement prescrit. Une autre étude longitudinale (Nilsson et al., 2008) démontre également que des individus traités pour un diagnostic d'AN et dont les symptômes de TCA et psychiatriques avaient diminués durant le traitement maintiennent toutefois leur tendance perfectionniste. De plus, le niveau de perfectionnisme serait inversement associé à la durée de la rémission,

ainsi les individus qui avaient des niveaux plus bas de perfectionnisme ont pris moins de temps à se rétablir.

Une autre étude (Bardone-Cone et al., 2010) utilisant une conception du rétablissement plus complète que les précédentes apporte une nuance à la persistance du niveau de perfectionnisme suite au rétablissement. Cette étude montre que lorsqu'on considère les symptômes cognitifs (pensées obsessives envers le poids et la silhouette) dans le rétablissement, le niveau de perfectionnisme des individus dits pleinement rétablis et les individus sains seraient les mêmes, et ce, en utilisant plusieurs mesures différentes de perfectionnisme. Il semblerait que le niveau de perfectionnisme soit étroitement lié au niveau de rétablissement d'un TCA. En effet, les individus ayant un TCA partiellement rétabli et ceux ayant un diagnostic actif auraient un niveau de perfectionnisme similaire et plus élevé alors que les individus d'un groupe contrôle et les individus pleinement rétablis d'un TCA auraient des tendances perfectionnistes plus faibles (Bardone-Cone et al., 2010). Ainsi, il semble que les dimensions du perfectionnisme ont un lien clair avec les TCA, autant comme facteur prédisposant que comme facteur de maintien des symptômes. D'un autre côté, une étude de Bachner-Melman et ses collaborateurs (2007) effectuée auprès d'individus ayant un diagnostic d'AN indique que le niveau de perfectionnisme différait selon le niveau de rétablissement. En effet, le niveau de perfectionnisme était plus élevé chez les individus ayant un diagnostic actif d'AN, suivi des individus étant partiellement rétablis, des individus rétablis et ensuite des individus du groupe contrôle. Cette étude a également utilisé une conceptualisation nuancée et complète de la notion de

rétablissement. Ainsi, il semblerait que le perfectionnisme mesuré de façon unidimensionnelle chez une population avec un diagnostic d'AN diffère selon le statut du diagnostic. De plus, cette relation est observée même lorsque l'individu n'a plus de comportements problématiques et qu'il a retrouvé un poids normal. Ces études indiquent l'importance de considérer le perfectionnisme dans les TCA.

Une autre étude s'est également intéressée au rôle de l'insatisfaction corporelle dans le lien existant entre le perfectionnisme et les TCA (Boone et al., 2014). Cette étude longitudinale indique que l'insatisfaction corporelle a un effet modérateur sur ce lien. Ainsi, lorsque le perfectionnisme est combiné à de l'insatisfaction corporelle, on observe une augmentation des symptômes de TCA, plus particulièrement dans le cas de l'évaluation du corps et du poids.

En somme, les études précédentes indiquent que chez cette population clinique, le perfectionnisme a un rôle important à jouer dans l'évolution et la présentation des symptômes de TCA. En effet, celui-ci serait un facteur de risque dans le développement des symptômes de TCA chez une population normative, et ce, surtout chez les individus étant insatisfaits de leur corps. Le niveau de perfectionnisme est également inhérent au niveau du rétablissement d'un individu. Toutefois, il n'est pas clair si les individus rétablis démontrent un niveau de perfectionnisme équivalent à celui des individus sains. Le perfectionnisme semble donc un facteur indissociable de la problématique des TCA.

À la lumière de ces résultats, il est évident que le perfectionnisme et les TCA sont étroitement liés, mais que notre compréhension de la nature de ce lien est partielle, puisque le lien entre le perfectionnisme et les TCA semble changer selon la mesure de rétablissement utilisée et selon le devis de recherche (transversal ou longitudinal). En effet, il n'est toujours pas clair si le perfectionnisme agit comme facteur de risque, de maintien ou est un épiphénomène dans les TCA. Afin de mieux saisir le lien entre ces deux concepts, s'intéresser aux motivations qui sous-tendent un comportement alimentaire permettrait de mettre en lumière les raisons pour lesquelles un individu s'engage dans des comportements hautement dommageables pour sa santé et pour la recherche d'un corps ou d'une alimentation parfaite. Quels types de buts sont poursuivis par ces individus? Quels besoins veulent-ils satisfaire par ce type de comportement? Le concept de la motivation sous-jacente à un désir de perfection permet d'aborder la question sous un autre angle, c'est-à-dire en tenant compte des raisons derrière de tels choix.

Motivation au perfectionnisme

Le concept de la motivation a donné lieu à plusieurs modèles de compréhension. Un modèle qui se prêtait le mieux pour comprendre les motivations sous-jacentes au perfectionnisme est celui développé par Ryan et Deci (2000), soit la théorie de l'autodétermination. En effet, cette théorie présente l'avantage qu'elle n'est pas spécifique à une culture en particulier, la rendant utilisable dans plusieurs contextes culturels (Matusitz & Martin, 2013). De plus, cette théorie permet de considérer la source d'un

comportement (interne ou externe) plutôt que seulement le comportement observable, rendant la compréhension d'un comportement plus complète (Matusitz & Martin, 2013).

Théorie de l'autodétermination

Malgré le fait que la motivation ait inspiré plusieurs théories, une des théories le plus utilisée pour l'étudier est celle de l'autodétermination (Ryan & Deci, 2000). Cette théorie est utilisée dans plusieurs domaines tels que le sport (Edmunds et al., 2006; Moran, 2013; Reinboth & Duda, 2006), le scolaire (Chen & Jang, 2010; Ratelle et al., 2007), les addictions (Thombs & Osborn, 2019; Zapolski et al., 2014), le travail (Duffy et al., 2016; Tremblay et al., 2009; van Beek et al., 2012). De plus, selon les auteurs de la théorie, les besoins fondamentaux ne seraient pas spécifiques à la culture d'un individu (Ryan & Deci, 2000). Cette théorie soutient qu'il existe trois besoins fondamentaux qui motivent les individus : le besoin de compétence, d'appartenance sociale et d'autonomie. Le besoin d'appartenance sociale réfère au besoin de se sentir connecté aux autres, de sentir que l'on appartient à un groupe ou une communauté et de sentir que d'autres prennent soin de nous et de pouvoir prendre soin d'autrui (Ryan & Deci, 2002). Le besoin d'autonomie réfère à la capacité de choisir librement ses actions et détermine le niveau d'autodétermination d'une action. La notion de compétence est aussi importante pour déterminer le niveau d'autodétermination d'une action : si l'individu se sent compétent, il ressentira plus de plaisir à entreprendre le comportement (Vallerand, 2006). Plus un individu a le pouvoir et la liberté de choisir une action, plus on dira que cette action est autodéterminée. Cette théorie propose un continuum des motivations allant des plus autodéterminées (motivation

intrinsèque) aux moins autodéterminées (motivation extrinsèque), jusqu'à la non-détermination (amotivation) (Ryan & Deci, 2002).

La notion de locus de contrôle est importante pour mieux comprendre la théorie de l'autodétermination (Ryan & Deci, 2002). Cette notion renvoie au lieu de contrôle perçu du comportement (origine du comportement). Le locus peut être soit interne ou externe. Le lieu du locus de contrôle est aussi différent selon le type de motivation. Une motivation sera considérée extrinsèquement motivée si celle-ci est contingente à des pressions externes, l'action est donc entreprise pour retirer un avantage externe ou pour se soustraire à des conséquences désagréables mais pas pour l'action en elle-même. Un locus interne favorisera plutôt l'autodétermination, et donc la liberté de choisir le comportement. La motivation devient donc de plus en plus intrinsèque. Lorsque l'individu a l'impression que le locus est externe, l'autodétermination en est affectée et la motivation devient de moins en moins autodéterminée (Ryan & Deci, 2002; Vallerand, 2006).

Motivation intrinsèque

La motivation intrinsèque est caractérisée par le plaisir et la satisfaction que l'action procure et non pour les avantages externes que la personne en retire (Deci & Ryan, 1995; Ryan & Deci, 2002). L'action est donc entreprise pour l'action en elle-même. Le niveau d'autodétermination est très élevé dans ce type de motivation. Un individu pourrait par exemple faire de la randonnée pour le plaisir que cette activité lui procure et non pour obtenir une récompense ou un prix. Dans ce contexte, le locus de contrôle est interne

(Vallerand, 2006). Dans le cas des TCA, un exemple de ce type de motivation serait de restreindre son alimentation pour le plaisir que le contrôle procure à l'individu.

Motivation extrinsèque

La motivation extrinsèque est composée de plusieurs sous-types de motivations : la motivation identifiée (qui est en partie autodéterminée), introjectée et externe (sociale et matérielle) (Deci & Ryan, 1995; Ryan & Deci, 2002).

La motivation identifiée est caractérisée par le niveau de congruence d'une action avec les valeurs d'un individu (Deci & Ryan, 1995; Ryan & Deci, 2002). Plus un individu intériorise la valeur d'une action, qu'il se sent libre de l'accomplir et qu'il trouve que celle-ci est importante, plus cette action est identifiée. En effet, l'action est entreprise puisque celle-ci s'accorde avec les valeurs adoptées par l'individu. Le niveau d'autodétermination y est plus faible que pour la motivation intrinsèque et est à la fois intrinsèque et extrinsèque puisque l'individu n'accomplit pas l'action pour le seul plaisir qu'elle lui procure, la fin de l'action est instrumentale (Deci & Ryan, 1995; Ryan & Deci, 2002). Il importe de noter ici que même si cette motivation est extrinsèque, elle est tout de même considérée comme autodéterminée (Ryan & Deci, 2002). C'est d'ailleurs la seule motivation extrinsèque considérée comme étant autodéterminée. Dans le cas particulier de l'alimentation, un individu pourrait vouloir améliorer son alimentation parce que la santé est une valeur importante pour lui.

La motivation introjectée est plutôt caractérisée par l'évitement de la honte et la recherche de sources de fierté (Ryan & Brown, 2003). Les auteurs de cette théorie abordent également la notion d'estime de soi contingente en lien avec ce type de motivation (Deci & Ryan, 1995; Ryan & Deci, 2002). Les individus ayant une estime d'eux contingente vont établir leur niveau de valeur personnelle en fonction du niveau d'atteinte de certains standards ou buts. Ce type d'estime fait contraste à l'estime non contingente qui caractérise les individus qui ont l'impression de mériter fondamentalement l'amour et l'estime, sans avoir besoin d'accomplir quelque chose en échange (Ryan & Deci, 2002). Dans le cas de l'estime contingente, les individus vont agir pour protéger leur estime d'eux, au détriment d'une motivation intrinsèque d'une action en concordance de ses valeurs personnelles. Dans l'introjection, le sentiment de fierté représente une source de récompense alors que la honte représente la punition de l'échec. Les individus ayant une estime contingente entreprennent donc une action en fonction de l'effet de cette action sur leur estime (Ryan & Deci, 2002). Les auteurs précisent que cette motivation peut être très forte, que les gens peuvent mettre beaucoup d'efforts pour protéger leur sentiment de valeur personnelle (Ryan & Brown, 2003). Les sources de contrôle sont en partie intériorisées puisque les contraintes externes sont intégrées par l'individu, le locus de contrôle devient donc de plus en plus interne. La pression vient donc de la personne elle-même au point de se sentir coupable de ne pas entreprendre une action en particulier. L'action n'est pas considérée autodéterminée puisque l'individu est en réaction à une pression interne et n'accomplit pas l'action pour sa valeur choisie. L'individu cherche en partie à obtenir l'approbation de ses pairs pour protéger son estime

de soi et sa valeur personnelle (Deci & Ryan, 1995; Ryan & Deci, 2002). Dans le cas des TCA, la motivation introjectée pourrait se manifester par un désir de maigrir pour éviter de ressentir un sentiment de honte, ou au contraire, pour ressentir un sentiment de fierté personnelle d'avoir perdu du poids.

Motivation externe

La motivation externe est caractérisée par la recherche de gain ou l'évitement d'une punition et elle est composée de plusieurs catégories (Deci & Ryan, 1995; Ryan & Deci, 2002). Premièrement, la source de motivation peut être matérielle dans le cas où la récompense est un prix. Un exemple de comportement motivé de façon externe et matérielle chez une population ayant un TCA serait de vouloir être la plus mince pour obtenir un contrat de mannequinat. La deuxième catégorie, la motivation externe sociale, réfère à un statut social obtenu comme la reconnaissance par un groupe de pair (Vallerand, 2006). Chez une population ayant un TCA, il serait possible d'observer ce type de motivation lorsqu'un individu cherche à être mince pour être accepté par son groupe d'amis ou encore par un parent.

Amotivation

Finalement, l'amotivation est considérée comme une absence de motivation (Deci & Ryan, 1995; Ryan & Deci, 2002). Elle est caractérisée par des comportements automatiques qui sont faits par habitude et n'ayant pas de lien avec leurs buts. Le niveau d'autodétermination de ce type de motivation est nul, l'individu ne se sent pas en contrôle

de ses actions et n'obtient pas de satisfaction ou de bénéfices à accomplir ses actions (Vallerand, 2006). Dans le cas des TCA, un exemple de ce type de motivation serait un individu qui contrôle son alimentation sans savoir pourquoi il le fait ou qui le fait par habitude.

En résumé, les motivations intrinsèques et identifiées forment la catégorie de la motivation autonome et les motivations introjectées, externes et l'amotivation correspondent à la catégorie de la motivation contrôlée (Koestner et al., 2008; Weinstein & Ryan, 2010).

Motivation et perfectionnisme

La plupart des études qui ont examiné le lien entre le perfectionnisme, plus précisément sur les deux principales dimensions (recherche de hauts standards ou RSH et préoccupations perfectionnistes ou PP) et les types de motivation autodéterminées, ont ciblé des populations étudiantes et/ou sportives (Bergman et al., 2007; Hill et al., 2018; Madigan et al., 2017; Stoeber et al., 2009, 2017). Il ne semble pas y avoir de méta-analyse qui fasse le point sur le lien entre la motivation et le perfectionnisme, mais un groupe de chercheurs a récemment fait une revue systématique sur le lien entre les différents types de motivation et le perfectionnisme bidimensionnel (Stoeber et al., 2017). Il est important de mentionner que cette revue vérifie si les études comprises dans celle-ci ont contrôlé ou non pour la variance commune des deux dimensions du perfectionnisme. Lorsque la variance entre les deux dimensions est contrôlée, il est alors possible de mesurer la part

statistique de chaque dimension sur les variables mesurées. Limburg et ses collègues (2017), dans leur méta analyse, relèvent l'importance de considérer la variance individuelle des deux dimensions dans le modèle statistique dans la prédiction des résultats. Cette revue récente permet donc de considérer l'effet de chaque dimension du perfectionnisme sur les variables de psychopathologie, contrairement à plusieurs autres études. Cette même revue montre que lorsque la variance commune est contrôlée, la RHS est corrélée positivement avec les motivations autonomes alors que les PP sont corrélées positivement seulement avec les motivations contrôlées. De plus, cet article démontre que les motivations qui sont corrélées positivement avec la RHS sont principalement les motivations identifiées, intégrées et intrinsèques, mais qu'il y a aussi une corrélation faible avec les motivations externes et introjectées, et une corrélation négative avec l'amotivation. Les motivations les plus fortement corrélées avec les PP sont l'amotivation, la motivation externe et introjectée.

Ces résultats indiquent que les motivations sont différentes selon la dimension du perfectionnisme. La RHS semble être plus associée à des motivations autodéterminées alors que les PP sont davantage associées avec des motivations non autodéterminées. Ainsi, les motivations dites autodéterminées sembleraient avoir des liens avec la dimension dite plus « saine » du perfectionnisme alors que les motivations dites non autodéterminées ont plutôt des liens avec la dimension dite « malsaine » du perfectionnisme. Cette étude laisse croire que le profil motivationnel d'un individu varie selon son profil perfectionniste et qu'il est possible de faire des liens entre les éléments

associés à un fonctionnement psychologique plus difficile (c'est-à-dire, le perfectionnisme dit « malsain ») et les différents niveaux de la motivation autodéterminée (Stoeber et al., 2017).

Récemment, un questionnaire a été développé pour mesurer les motivations sous-jacentes au perfectionnisme (Cossette, 2016). Dans ce questionnaire, la personne choisit un domaine dans lequel elle considère avoir de hauts standards et elle doit mesurer à quel point elle se reconnait dans les différentes motivations à rechercher la perfection dans ce domaine. Les résultats entourant la validation de ce questionnaire indiquent qu'il possède une bonne validité convergente et divergente et une bonne cohérence interne pour chacun des sept facteurs (motivation intrinsèque, identifiée, introjectée, sociale, matérielle positive, matérielle négative et amotivation). Il s'agit du premier questionnaire, permettant de considérer les motivations sous-jacentes à des comportements perfectionnistes, s'intéressant à la complexité de ce construit sans le diviser en deux dimensions. Ce questionnaire s'avère un outil intéressant pour mesurer les motivations qui se cachent derrière différents domaines de perfectionnisme.

Motivation et TCA

Les études qui ont ciblé les profils motivationnels derrière le perfectionnisme chez les TCA sont rares. Une étude récente s'est intéressée au lien entre les motivations sous-jacentes au perfectionnisme chez une population ayant des symptômes de TCA (Gaudet, 2019). L'auteure a réalisé sa recherche auprès de deux organismes publics : ANEB et la

maison l'Éclaircie. Les analyses de cette étude montrent que la motivation introjectée et sociale explique la plus grande partie de la variance des symptômes de TCA lorsque tous les participants sont inclus dans le même groupe. Toutefois, les résultats diffèrent lorsque l'échantillon est séparé selon le niveau de sévérité des symptômes de TCA. En effet, pour le groupe ayant des symptômes plus légers, la motivation sociale permet d'expliquer la principale partie de la variance alors que pour le groupe ayant des symptômes plus sévères, la motivation identifiée est le seul prédicteur des symptômes. Ces résultats sont surprenants considérant que la motivation identifiée est habituellement associée à des facteurs psychologiquement positifs. Il est possible d'investiguer si un autre facteur permettrait d'expliquer cette relation étonnante.

À la lumière des commentaires de Hamachek (1978) sur le rôle possible de la flexibilité dans la distinction du perfectionnisme sain du perfectionnisme malsain et de la nature rigide des symptômes alimentaires, il est possible de se questionner sur le rôle de la flexibilité cognitive chez cette population. Nous proposons que la notion de flexibilité cognitive puisse expliquer en partie le lien précédent émis par Gaudet (2019). À notre connaissance, aucune étude n'a ciblé le rôle de la flexibilité dans le lien unissant le perfectionnisme et les symptômes des troubles alimentaires malgré le fait que les traitements des TCA abordent les concepts de flexibilité et de perfectionnisme (Fairburn et al., 2003).

Flexibilité

Tel que mentionné précédemment, le concept de la flexibilité semble être une variable permettant de mieux comprendre le lien entre les motivations sous-jacentes au perfectionnisme et ses différents symptômes. Avant de s'intéresser à ce lien présumé, il est d'abord nécessaire de mieux comprendre ce concept.

Définition de la flexibilité

Le concept de flexibilité est fréquemment utilisé tant en clinique qu'en recherche pour décrire les caractéristiques psychologiques des divers individus. Toutefois, les conceptualisations varient énormément dans la littérature selon les domaines (Cherry et al., 2021).

D'un point de vue conceptuel, il existe deux manières de comprendre la flexibilité cognitive. Le domaine de la neuropsychologie considère la flexibilité cognitive (ou le *set-shifting*) comme étant un construit neurocognitif et comme étant l'habileté à changer de tâches mentales de manière flexible (McAnarney et al., 2011). Le *set-shifting* est communément mesuré à l'aide de tests neuropsychologiques. Il existe également un autre domaine de pensée qui considère la flexibilité cognitive comme une aptitude permettant aux individus de remplacer des pensées inadaptées par une pensée plus équilibrée et adaptée. Cette habileté serait composée de trois composantes : (a) la tendance à percevoir les situations difficiles comme étant contrôlables; (b) l'habileté à percevoir plusieurs explications alternatives pour les évènements de la vie ou les comportements humains; et

(c) l'habileté de générer plusieurs solutions alternatives pour des situations difficiles (Dennis & Vander Wal, 2010). Ce type de flexibilité est communément mesuré par des mesures autorapportées. Alors que les mesures autorapportées peuvent représenter l'expérience subjective des styles de la flexibilité cognitive, la nature comportementale peut être testée à l'aide des mesures neurocognitives du déplacement du focus attentionnel (Arlt et al., 2016). Les questionnaires autorapportés de la flexibilité cognitive comportent un avantage substantiel en recherche, dû à leur facilité d'administration et à leur rapidité de passation. C'est sur cet aspect que nous allons accorder plus d'attention.

Parmi les questionnaires autorévélés, les auteurs ayant créé l'*Inventaire de flexibilité cognitive* (Dennis & Vander Wal, 2010) ont remarqué que les individus ayant obtenus des scores plus bas à l'*Inventaire de flexibilité cognitive* auraient tendance à utiliser des stratégies d'adaptation considérées comme inadaptées alors que les individus ayant obtenus des scores plus haut à ce questionnaire auraient plus tendance à utiliser des stratégies d'adaptation mieux adaptées. Les individus obtenant un score plus élevé à cet inventaire seraient plus flexibles que les individus obtenant un score plus bas (Dennis & Vander Wal, 2010).

Le concept d'inflexibilité, contrairement à la croyance populaire, ne semblerait pas être le revers de la médaille de la flexibilité et ne semblerait pas pouvoir être considéré comme un manque de flexibilité cognitive (Cherry et al., 2021). Les auteurs de cette revue de littérature qui s'est intéressé à la multitude de conceptualisation et de définitions

existants sur la flexibilité cognitive et psychologique relèvent l'importance de bien définir les concepts. Cherry et al. (2021) questionnent grandement la pratique d'assumer la présence d'un concept par l'absence de son contraire. Un exemple de cette pratique serait d'assumer qu'un individu est flexible si celui-ci indique un niveau plus bas d'inflexibilité. Plusieurs définitions existent pour l'inflexibilité dont les deux plus utilisées; celle de Bond et al. (2011) et de Hayes et al. (2013). La définition de Bond et al. va comme suit : L'inflexibilité cognitive est définie comme la dominance rigide des réactions psychologiques sur les valeurs choisies et les contingences. La définition de Hayes et al. va comme suit : l'inflexibilité cognitive serait un patron comportemental, émotionnel et cognitif qui réduit les opportunités apportés par le moment présent pour aller vers une direction désirée. Arlt et ses collègues (2016) définissent l'inflexibilité comme un manque de reconnaissance des options lorsque des situations imprévisibles surviennent et la réticence ou l'incapacité à s'adapter à ces situations. Il est important de rappeler que plusieurs définitions de l'inflexibilité, tout comme pour la flexibilité cognitive, existent dans la littérature.

Lien entre la flexibilité et les psychopathologies

Le concept de la flexibilité a été lié à certaines psychopathologies. En effet, dans une étude s'intéressant à la contribution de l'inflexibilité cognitive dans les problématiques d'anxiété sociale et de TCA (AN, BN et BED), cette variable permettait d'expliquer une partie de la variance des symptômes TCA, au-delà de la contribution des symptômes d'anxiété sociale (Arlt et al., 2016). La force de cette étude est d'avoir permis de mesurer

le lien entre les TCA et l'inflexibilité cognitive, tout en contrôlant pour l'anxiété sociale, qui sont considérablement comorbides (Arlt et al., 2016). Les individus ayant un diagnostic d'AN auraient également des difficultés au niveau de la flexibilité cognitive autorapportée et observée comparativement à des individus normatifs (Lounes et al., 2011). Une méta-analyse faite en 2018 par Morris et Mansell indique que les processus transdiagnostiques (tels que le perfectionnisme) combinés à de la rigidité seraient prédictifs de la psychopathologie. En effet, la majorité des études répertoriées dans leur méta-analyse indiquent que les mesures de rigidité/flexibilité étaient corrélées, co-occurrentes ou prédictives des processus de maintien des psychopathologies. Leur méta-analyse rapporte toutefois que la définition du concept de la rigidité variait grandement entre les études. Il semblerait que plus d'études sont nécessaires pour obtenir un consensus sur la définition et conceptualisation de cette variable. Ainsi, malgré la valeur prometteuse de la flexibilité dans la compréhension de ces troubles, peu d'études s'y sont intéressées.

Flexibilité et perfectionnisme

Étonnamment, peu d'études ont porté sur le lien entre le concept de la flexibilité cognitive et le perfectionnisme. Une des seules études portant sur ce lien, soit Egan et ses collègues (2007), s'est intéressée plus précisément au rôle de la pensée dichotomique et de la rigidité dans le perfectionnisme chez trois groupes différents : un groupe d'athlètes, un groupe clinique composé d'individus ayant un trouble anxieux et/ou dépressif et un groupe d'étudiants. Leurs résultats montrent que le groupe clinique avait obtenu un score plus élevé sur l'échelle de perfectionnisme dit malsain que les deux autres groupes alors

qu'il n'y avait pas de différence sur l'échelle de perfectionnisme dit sain. Cette même étude suggère que la pensée dichotomique permettait d'expliquer une grande partie de la variance du perfectionnisme malsain, mais ne permettait pas d'expliquer la variance du perfectionnisme sain. De plus, la rigidité, même si corrélée au perfectionnisme, ne permettait pas d'expliquer la variance des deux types de perfectionnisme. Toutefois, cette étude a utilisé un questionnaire du perfectionnisme et de rigidité ayant des qualités psychométriques questionnables (Egan, Piek et al., 2011), ce qui pourrait expliquer les résultats. Riley et Shafran (2005) ont observé des résultats similaires avec un devis qualitatif. Un devis qualitatif présente des avantages en recherche puisqu'il permet d'aller chercher des données qui n'auraient pas été possible de recueillir avec un devis quantitatif, de sa nature inductive plutôt que déductive. Ainsi, il est intéressant que cette étude ait utilisé ce type de devis pour étudier le perfectionnisme. Leurs résultats préliminaires indiquaient que les participants ayant un niveau clinique de perfectionnisme rapportaient en grande majorité (93 %) des règles dichotomiques auxquelles ils adhéraient de manière inflexible.

Une étude effectuée à l'Université du Québec à Trois-Rivières (Lépine, 2018) s'est intéressée au rôle joué par la flexibilité cognitive dans le lien entre les deux dimensions du perfectionnisme et les facteurs de fonctionnement psychologique (qualité de vie, anxiété, dépression et stress). La force de cette étude est le devis méthodologique : celui-ci comprenait une section transversale et longitudinale (avec un deuxième temps de mesure après six mois). Ils ont utilisé le *Questionnaire de perfectionnisme révisé* (QP-R;

Langlois et al., 2007, 2010) et l'*Inventaire de flexibilité cognitive* (Dennis & Vander Wal, 2010; version traduite de Langlois et al., 2009). Cent-cinquante et un individus provenant de la population générale ont complété les questionnaires au temps 1, quatre-vingt-six de ce premier groupe ont complété les questionnaires au temps 2, donc six mois plus tard. Leurs analyses indiquent que le lien entre la dimension de la RHS et les indices de fonctionnement était expliqué par la flexibilité cognitive dans le modèle transversal. Ainsi, la RHS serait liée aux facteurs de fonctionnement, tant positifs (qualité de vie) que négatifs (anxiété, dépression, stress) par l'intermédiaire de la flexibilité, et ce, de façon transversale. La dimension des PP, lorsque mesurée de façon transversale, est liée directement et indirectement (toujours par la flexibilité) aux facteurs de fonctionnement psychologique. Ainsi, contrairement à la RHS où le lien transige par la flexibilité cognitive, le lien entre les PP et les facteurs de fonctionnement ne passe pas seulement par la flexibilité. Lorsque mesurées de façon longitudinale, les PP sont uniquement liées directement avec l'anxiété, la dépression et le stress, toutefois la flexibilité permet d'expliquer la qualité de vie six mois plus tard. Ainsi, cette étude indique que la flexibilité cognitive serait un facteur important pour la compréhension du lien avec le perfectionnisme et le fonctionnement psychologique. La flexibilité cognitive pourrait contribuer à la compréhension des TCA. Cette étude va dans le même sens que l'étude de Affrunti et ses collaborateurs (2016) qui s'est intéressée au lien entre le tempérament et la flexibilité cognitive sur le type de perfectionnisme de chacun (sain ou malsain), chez les enfants. Leur étude s'est penchée sur les mécanismes à la base de la différence entre le perfectionnisme sain et malsain, ce que peu d'études ont tenté de faire. Leurs résultats

indiquent qu'une interaction entre un tempérament craintif et un faible niveau de flexibilité cognitive permettrait de prédire un plus fort niveau de perfectionnisme orienté vers soi et socialement prescrit. En somme, malgré le fait que la flexibilité semble expliquer le lien entre le perfectionnisme et la santé mentale, plus d'études sont nécessaires pour déterminer le rôle du concept de la flexibilité dans le perfectionnisme, et plus particulièrement dans le domaine des TCA.

Flexibilité et TCA

Les auteurs qui se sont penchés sur le lien entre la flexibilité et les TCA à l'aide de questionnaires ont également noté que les individus aux prises avec un TCA auraient une difficulté au niveau de la flexibilité. En effet, Lounes et son équipe (2011) ont aussi comparé des individus avec un diagnostic d'AN avec des individus contrôles sur des mesures neuropsychologiques et autorapportées de flexibilité cognitive. Ce sont les seuls à avoir mesuré la flexibilité cognitive dans le contexte des TCA en utilisant les deux conceptualisations, offrant donc une vision nuancée et complète du profil de flexibilité des individus ayant un diagnostic d'AN. Ils ont noté que les individus du groupe avec TCA avaient une moins bonne performance que le groupe de comparaison sur les deux types de mesures. Une autre étude (Arlt et al., 2016) a utilisé un questionnaire mesurant la persévération et la persistance, des concepts se rapprochant de la flexibilité cognitive telle que nous l'avons retenue. Ils ont noté que le groupe avec un TCA (AN et BN) présentait un plus haut niveau de persistance que le groupe anxieux, sans toutefois présenter une plus forte tendance à la persévération. Leur devis méthodologique tentait de

mesurer le lien entre les TCA et la persévération et la persistance, tout en contrôlant pour l'anxiété sociale. Lounes et ses collègues ont conclu dans leur étude que la flexibilité est une variable importante dans la compréhension de l'AN, qu'elle soit mesurée avec des outils neuropsychologiques ou des questionnaires.

En résumé, les TCA sont des troubles particulièrement complexes à traiter qui ont un lien étroit avec le perfectionnisme. Le concept de la motivation est une avenue intéressante pour comprendre les raisons sous-jacentes au désir de perfection pour le poids et l'alimentation. Toutefois, il serait important de connaitre ce qui distingue les profils motivationnels des individus TCA pour ainsi orienter le traitement sur les motivations pour chaque individu. Considérant que cette population présente une plus faible flexibilité cognitive et que le manque de flexibilité cognitive aurait un rôle à jouer dans la psychopathologie, il serait pertinent d'intégrer cette variable dans la compréhension des TCA. Ainsi, à la lumière de la littérature disponible sur le perfectionnisme, il est pertinent de s'interroger sur le rôle de la flexibilité cognitive dans le lien unissant les motivations sous-jacentes au perfectionnisme et les symptômes de TCA. Plus précisément, la question se présente ainsi : est-ce que la flexibilité cognitive permettrait de modérer la relation entre les différentes motivations sous-jacentes à un désir de perfection et les différents symptômes alimentaires chez une population TCA? Formulé autrement, est ce que la flexibilité permet de distinguer les différentes motivations sous-jacentes au perfectionnisme pour les individus ayant un TCA?

Article scientifique

Lien entre les motivations sous-jacentes au perfectionnisme et les TCA

Lien entre les motivations sous-jacentes au perfectionnisme et les TCA

Pascale Mackay[1]

Frédéric Langlois[2]

Marie-Pierre Gagnon-Girouard[2]

[1] Étudiante au doctorat, Département de psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières, 3351, boulevard des Forges, Trois-Rivières, Québec, G8Z 4M3

[2] Professeur, Département de psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières, 3351, boulevard des Forges, Trois-Rivières, Québec, G8Z 4M3

Toute correspondance à cet article doit être acheminée à Pascale Mackay, Université du Québec à Trois-Rivières, à l'adresse courriel suivante : Pascale.Mackay@uqtr.ca

Les troubles de conduites alimentaires (TCA) sont connus pour être une des psychopathologies les plus complexes à traiter (Abbate-Daga et al., 2013; Bastiani et al., 1995; Gregertsen et al., 2017; Satir et al., 2009). En effet, les individus souffrants de TCA présentent une faible motivation au changement (Casasnovas et al., 2007) et plus de 5 % des gens qui présentent ces troubles décèdent de complications médicales ou par suicide (American Psychiatric Association [APA], 2013; Keski-Rahkonen & Mustelin, 2016). Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette situation. Premièrement, la nature égosyntone de la psychopathologie, surtout dans le cas de l'anorexie mentale (AN), doit être considérée (Vandereycken, 2006a, 2006b). La difficulté de traitement peut être partiellement expliquée par le fait que les comportements de contrôle, tels que la restriction alimentaire et l'exercice physique excessif, sont cohérents avec les buts personnels des personnes qui présentent un TCA (Vandereycken, 2006b). L'AN peut devenir partie intégrante de l'identité de l'individu, rendant l'adhérence au traitement difficile, interprété comme la perte d'une partie de soi (Vandereycken, 2006a). De plus, les TCA permettraient de réguler l'anxiété (Vandereycken, 2006b). Les comportements de purges et de restrictions peuvent agir comme un anesthésiant émotionnel et psychologique (Kaplan & Garfinkel, 1999). À la lumière de ces observations, il est clair que le traitement de cette psychopathologie est complexe et un défi pour les cliniciens et que les facteurs nuisant au traitement doivent être étudié.

Selon plusieurs auteurs, le perfectionnisme semblerait être un facteur important à considérer dans l'étude des TCA (Abbate-Daga et al., 2013; Bardone-Cone, 2007; Egan

et al., 2011; Sutandar-Pinnock et al., 2003). Le niveau de perfectionnisme mesuré avec le *Eating Disorder Inventory* (EDI), est associé à un moins bon pronostic pour l'AN (Bizuel et al., 2001) et un plus haut niveau d'abandon thérapeutique (Sutandar-Pinnock et al., 2003). L'EDI (Garner et al., 1983) est un outil destiné à mesurer les traits psychologiques et comportementaux de l'AN et la boulimie (BN). Cet outil est un questionnaire autorapporté composé de 64 items et huit échelles dont une sur le perfectionnisme qui est conceptualisé comme des attentes excessives personnels pour des réalisations personnelles combiné à un style de pensée dichotomique (Garner et al., 1983).

Les études indiquent aussi que le perfectionnisme peut interférer avec le processus thérapeutique en affectant l'engagement du patient et en rendant difficile l'établissement d'une alliance thérapeutique (Egan et al., 2011). L'étude de Egan et ses collègues (2011) s'est concentré sur une compréhension du rôle que joue le perfectionnisme et le niveau de réussite du traitement : le niveau de perfectionnisme au début du traitement prédisait un moins bon réseau social, qui à son tour prédisait un plus faible niveau de succès du traitement (Egan et al., 2011). Le perfectionnisme semble donc un élément qui affecte la personne qui souffre d'un TCA pour éventuellement affecter les relations qui pourraient l'aider à s'en sortir.

Définition du perfectionnisme

Depuis les toutes premières recherches sur le perfectionnisme, ce construit a été défini de plusieurs façons par de nombreux auteurs, passant d'un modèle unidimensionnel

pathologique (Adler, 1956) à des modèles multidimensionnels (Egan et al., 2013; Frost et al., 1990). Dans les dernières années, de plus en plus d'auteurs l'abordent comme un construit bidimensionnel (Stoeber & Otto, 2006). La première dimension, la recherche de hauts standards (RHS), comprendrait la tendance à cibler de hauts standards pour soi-même, un haut niveau d'organisation et un perfectionnisme dirigé vers soi. La deuxième dimension, les préoccupations perfectionnistes (PP), est définie comme une combinaison de doutes sur les actions, de doutes en lien avec les erreurs, de pression parentale perçue, de critiques perçues et de perfectionnisme socialement prescrit (Stoeber & Otto, 2006). La première dimension est habituellement associée à des facteurs de fonctionnement psychologiques positifs alors que la deuxième est plutôt associée à des facteurs négatifs (Stoeber & Otto, 2006). Toutefois dans le cas des TCA, les deux dimensions semblent prédire la variance des symptômes alimentaires (Bardone-Cone et al., 2007; Stoeber et al., 2017) et suggèrent que le perfectionnisme puisse créer moins d'effets bénéfiques dans cette population.

Rôle du perfectionnisme chez les TCA

Tel que mentionné précédemment, le perfectionnisme semble être un facteur central aux TCA (Bardone-Cone et al., 2007; Boone et al., 2012; Boone & Soenens, 2015; Egan et al., 2011; Limburg et al., 2017; Sutandar-Pinnock et al., 2003), mais il n'est pas clair si le perfectionnisme est un facteur de risque, un facteur de maintien ou un épiphénomène.

Plus récemment, deux études (Boone et al., 2012; Boone & Soenens, 2015) ont utilisé une approche expérimentale afin de démontrer que le perfectionnisme serait une cause des TCA. Une de ces études (Boone et al., 2012) a manipulé les deux dimensions du perfectionnisme pour évaluer les impacts sur les symptômes de TCA dans une population non clinique. Les auteurs ont créé trois conditions expérimentales en assignant les individus aléatoirement. Les individus de la première condition recevaient comme consigne de viser des hauts standards pour soi (dimension RHS seule), ceux de la deuxième condition avait la même consigne que la première mais en ajoutant la mention de ne pas échouer ou de ne pas décevoir les autres (RSH et PP). Ceux de la troisième condition avaient comme consigne d'avoir une attitude détendue envers ses standards personnels et de se fixer de bas standards personnels (condition non perfectionniste). Après 24 heures, les individus des deux conditions perfectionnistes rapportaient des niveaux plus élevés de perfectionnisme d'état, indépendamment du niveau de perfectionnisme de trait, et un niveau plus élevé de symptômes de restriction et d'accès hyperphagique. Cette étude suggère un effet causal du perfectionnisme sur les symptômes de TCA (Boone et al., 2012). Une étude subséquente menée par cette de la même équipe de chercheurs (Boone & Soenens, 2015) a intégré la variable de la satisfaction corporelle dans le modèle pour mieux comprendre l'impact du perfectionnisme dans les TCA. Leurs résultats indiquent que le perfectionnisme induit par le devis avait un impact sur les symptômes de TCA (désir de minceur, symptômes boulimiques et surévaluation du poids et de la silhouette) seulement lorsque les individus avaient un niveau préexistant d'insatisfaction corporelle. L'insatisfaction corporelle exacerbait donc les effets du

perfectionnisme sur les symptômes de TCA, surtout en contexte de surévaluation de la silhouette et du poids (Boone et al., 2014). Le perfectionnisme semble donc être un aspect central des TCA, mais plus d'études sont nécessaires pour mieux comprendre cette relation.

Une autre étude menée par Bastiani et ses collègues (1995) indiquent que les scores de perfectionnisme restent élevés chez les individus souffrant d'AN, même après le retour d'un poids normal. Cette étude n'a toutefois pas considéré les symptômes cognitifs dans le niveau de rétablissement. Pour pallier à cette caractéristique, une étude (Bardone-Cone et al., 2010) a comparé le niveau de perfectionnisme d'individu contrôle, d'individu ayant un diagnostic actif d'AN, en plus d'inclure deux niveaux de rétablissement : ceux qui ont encore des préoccupations cognitives (rétablis partiellement) et ceux qui n'en n'ont pas (rétablis complètement), dans un devis transversal. Notamment, Bardone-Cone et al. (2010) démontrent que les individus pleinement rétablis d'un TCA suite à un traitement et les individus du groupe contrôle non clinique ont des niveaux comparables de perfectionnisme. Ces deux groupes rapportent aussi des niveaux significativement plus bas de perfectionnisme qu'un autre groupe ayant un diagnostic actif et un groupe composé d'individus partiellement rétablis. Les deux derniers groupes avaient, quant à eux, des niveaux similaires de perfectionnisme. Selon les critères de l'étude, une personne partiellement rétablie ne manifestait plus de comportements associés aux TCA, présentait un poids normal, mais avait toujours des symptômes cognitifs tels que la surévaluation de la place du poids dans l'estime de soi (Bardone-Cone et al., 2010). Les résultats précédents

nous indiquent donc que le niveau de rétablissement va de pair avec le niveau de perfectionnisme, sans toutefois nous informer si le niveau de perfectionnisme diminue avec le traitement. Ceci peut être expliqué par le devis transversal des études présentées.

D'autres études ont utilisé un devis longitudinal pour explorer la relation entre le perfectionnisme et les symptômes alimentaires quelques temps plus tard. L'étude de celles-ci, menée par Bardone-Cone et al. (2007) dans une population normative, a mesuré les symptômes alimentaires problématiques pendant onze semaines pour déterminer si le perfectionnisme à lui seul permettait d'expliquer les comportements alimentaires problématiques et si les individus ayant des comportements alimentaires problématiques ont des niveaux différents de perfectionnisme comparativement aux individus ayant un niveau plus bas de comportements alimentaires problématiques. Cette étude a démontré que le perfectionnisme orienté vers soi, mesuré par le *Multidimensional Scale of Perfectionism* (MPS) ou le *Eating Disorder Inventory* (EDI), pouvait expliquer une partie de la variance dans le fait de suivre un régime. Le perfectionnisme orienté vers soi (caractérisé par des hautes exigences personnelles) et le perfectionnisme socialement prescrit (caractérisé par une pression de perfection venant de l'extérieur) expliquaient les symptômes boulimiques, indépendamment du niveau d'anxiété et de dépression. Par ailleurs, le lien entre le perfectionnisme et le statut de rétablissement n'est pas clair dans les études longitudinales. Nilsson et ses collaborateurs (2008) ont montré que même si le niveau de symptômes de TCA (mesuré à l'aide du EDI) et psychiatriques (symptômes psychiatriques mesurés à l'aide du score global du *Symptom Check List-90* et du *Global*

Assessment Functioning) diminuaient durant le traitement, le niveau de perfectionnisme restait similaire et était inversement lié à la durée de rémission. Une autre étude, menée par Sutandar-Pinnock et ses collègues (2003) corrobore ces résultats. Le niveau de perfectionnisme mesuré par l'EDI était associé à la réponse au traitement, c'est-à-dire qu'un score peu élevé à l'admission au traitement était associé avec une meilleure réponse au traitement, qui, à son tour, était liée à un meilleur score au f*ollow up* (moyenne de 15,7 mois).

En somme, les études précédentes laissent présager l'existence d'un lien étroit entre le perfectionnisme et les TCA mais les raisons qui expliquent ce lien sont encore peu étudiées. Il est pertinent de se questionner sur les motivations qui poussent un individu à s'engager dans la quête d'un corps et d'une alimentation parfaite alors que ces comportements peuvent s'avérer dommageables à l'excès. Or, les motivations sous-jacentes au perfectionnisme pourraient permettre de répondre en partie à cette question.

Motivation et perfectionnisme

Certaines études suggèrent que la motivation serait une avenue intéressante pour mieux comprendre les raisons qui poussent un individu à s'engager dans des comportements perfectionnistes. Stoeber et ses collègues (2017) suggèrent que la recherche portant sur le perfectionnisme bénéficierait d'étudier ce concept sous l'angle de la perspective motivationnelle. Les résultats d'une revue de littérature menée par ces mêmes auteurs (Stoeber et al., 2017) suggèrent que les deux dimensions du

perfectionnisme, la recherche de hauts standards (RHS) et les préoccupations au perfectionnisme (PP), sont différemment motivées. En effet, la RHS semblerait motivée par les buts d'approche et serait associée avec l'espoir du succès. En effet, la RHS semblerait motivée par les buts d'approche et serait associée avec l'espoir du succès (Stoeber et al., 2017). Cependant, les PP seraient plutôt orientées vers l'évitement et auraient des liens avec la peur de l'échec. De plus, les résultats de cette même revue de la littérature indiquent aussi que lorsqu'on considère la conceptualisation de la motivation proposée par Ryan et Deci (2000), la RHS serait positivement liée avec la motivation identifiée, intégrée et intrinsèque mais faiblement associée avec la motivation externe et introjectée. La RHS serait également inversement liée à l'amotivation. Pour leur part, les PP seraient corrélées avec l'amotivation, la motivation externe et introjectée. Les auteurs ont conclu que la RHS comprendrait des motivations autodéterminées et des motivations d'approche du perfectionnisme alors que les PP comporteraient des motivations autodéterminées et d'évitement de la motivation (Stoeber et al., 2017). Il semblerait donc que les deux dimensions du perfectionnisme ne soient pas liées aux mêmes motivations et que les individus s'engagent dans des comportements perfectionnistes pour plusieurs raisons.

Motivation et TCA

Une grande portion de la littérature sur la motivation et les TCA met l'accent sur la motivation au changement sans toutefois se pencher sur les profils motivationnels comme l'entend la théorie de l'autodétermination. En revanche, une meilleure compréhension des

motivations d'un individu à s'engager dans des comportements perfectionnistes pour un meilleur contrôle du poids et de la silhouette permettrait de mieux identifier des cibles de traitement pour cette clientèle. Une étude récente (Gaudet, 2019) a examiné les motivations sous-jacentes au perfectionnisme en lien avec les symptômes de TCA dans une population clinique. Leurs résultats indiquent que les motivations introjectées et sociales expliquent une large partie de la variance des symptômes de TCA. Selon la théorie de l'autodétermination, la motivation introjectée vise à protéger l'estime de soi (en évitant la honte) ou à la valoriser (en recherchant des sources de fierté) (Ryan & Deci, 2000). Ainsi, les individus poursuivent des comportements de restriction et de contrôle en lien avec leur poids et leur silhouette pour éviter la honte et pour obtenir l'approbation des autres. Toutefois, les résultats diffèrent quand l'échantillon est séparé en deux groupes selon le niveau de sévérité des symptômes (forte sévérité et faible sévérité). La motivation sociale explique la majeure partie de la variance du groupe avec les symptômes TCA (11 % de la variance) les moins sévères alors que c'est la motivation identifiée (7,3 % de la variance) et l'amotivation (10,5 % de la variance) qui expliquent la majeure partie de la variance des symptômes TCA dans le groupe avec les symptômes les plus sévères au questionnaire *Eating Disorder Examination Questionnaire* (EDE-Q). Ce dernier résultat est surprenant considérant que la motivation identifiée est autodéterminée et habituellement associée avec un fonctionnement psychologique positif (Laguardia & Ryan, 2000). Selon cette étude (Gaudet, 2019), ces résultats suggèrent que la motivation identifiée chez les personnes qui souffrent d'un TCA pourrait être pervertie et leur approche de l'alimentation et de la santé pourrait être affectée par leur rigidité. Ces mêmes

auteurs (Gaudet, 2019) suggèrent aussi que la flexibilité cognitive pourrait expliquer ces résultats. Ainsi, la flexibilité cognitive pourrait donc être une bonne candidate comme modératrice entre les motivations sous-jacentes au perfectionnisme chez une population TCA.

Flexibilité

La littérature propose deux domaines possibles lorsque l'on veut évaluer la flexibilité : la flexibilité neuropsychologique et la flexibilité cognitive. La première est la flexibilité neuropsychologique et est habituellement appelée le déplacement du focus attentionnel. Elle réfère à l'habileté à changer entre des états, des opérations ou des tâches mentales (Roberts et al., 2007). Des difficultés dans le déplacement du focus attentionnel peuvent se manifester en inflexibilité cognitive décrite comme une approche rigide et concrète pour trouver des solutions et une inflexibilité en lien avec le stimulus (Arlt et al., 2016; Roberts et al., 2007). Le deuxième domaine est la flexibilité cognitive et est habituellement mesurée par des questionnaires autorapportés (Arlt et al., 2016). La flexibilité cognitive réfère à la capacité de défier et de remplacer des pensées non adaptées pour des pensées plus équilibrées et nuancées (Dennis & Vander Wal, 2010). Cette capacité est composée de trois parties : (a) la tendance à percevoir les situations difficiles comme contrôlables; (b) la capacité à percevoir plus qu'une explication pour les évènements de vie et les comportements humains; et (c) la capacité à générer plus d'une solution pour des situations difficiles (Dennis & Vander Wal, 2010). Alors que les mesures autorapportées peuvent représenter l'expérience subjective des styles de la

flexibilité cognitive, la nature comportementale peut être testée à l'aide des mesures neurocognitives du déplacement du focus attentionnel (Arlt et al., 2016). Plusieurs définitions existent pour qualifier la flexibilité cognitive, rendant le concept plus difficile à cerner et à étudier (Cherry et al., 2021). L'inflexibilité, qui ne semble pas être le contraire de la flexibilité cognitive, selon Cherry et ses collègues (2021), peut aussi être comprise comme un manque de reconnaissance des options lorsque des situations imprévisibles surviennent et la réticence ou l'incapacité à s'adapter à ces situations (Arlt et al., 2016). Cette variable a été liée à plusieurs psychopathologies telles que l'anxiété sociale et les TCA (Arlt et al., 2006; Lounes et al., 2011) et au perfectionnisme (Morris & Mansell, 2018). Selon les résultats d'une méta-analyse de Morris et Mansell (2018), il semblerait que plus d'études soient nécessaire pour obtenir un consensus sur la définition et la conceptualisation de cette variable. Malgré le manque de consensus sur la définition de cette variable, la flexibilité cognitive semblerait liée à plusieurs psychopathologies (Morris & Mansell, 2018). Ces mêmes auteurs soulignent par ailleurs l'importance de la flexibilité dans la compréhension de ces troubles, et la nécessité de produire plus d'études en ce sens. Considérant le lien de la flexibilité cognitive avec la psychopathologie, cette variable semblerait une bonne candidate pour modératrice au sein des TCA.

Flexibilité et TCA

La littérature indique que les individus ayant un TCA présentent des problèmes dans le déplacement du focus attentionnel (Roberts et al., 2007) et que ces problèmes pourraient jouer un rôle dans le développement et la persistance de ces troubles. Une de ces études a

démontré un lien intéressant entre l'inflexibilité cognitive et la symptomatologie TCA (Arlt et al., 2016), dans le sens ou, même en contrôlant pour l'anxiété sociale, les symptômes TCA étaient liés à l'inflexibilité cognitive. Dans le cas précis de l'AN, ce problème dans le déplacement du focus attentionnel semble être indépendant de la perte de poids puisque les individus présentaient un déficit en flexibilité même au retour d'un poids normal. De plus, ce problème semble même présent avec un fonctionnement neurocognitif général normal (Lounes et al., 2011; Steinglass et al., 2006).

En résumé, le perfectionnisme est une variable importante dans la compréhension des TCA et plusieurs études montrent qu'il prédit certains symptômes alimentaires (Bardone-Cone et al., 2010; Bastiani et al., 1995; Boone et al., 2012; Boone & Soenens, 2015; Egan et al., 2011; Limburg et al., 2017; Sutandar-Pinnock et al., 2003). Alors que dans la population en général, la dimension de la RHS est liée à un fonctionnement psychologique dit sain (Stoeber et al., 2017; Stoeber & Otto, 2006), il semblerait que, chez les personnes qui présentent un TCA, cette dimension ne soit pas protectrice. Ainsi, plus de six études proposent que le perfectionnisme semble avoir un rôle particulier chez cette population. Toutefois, la communauté scientifique ne semble pas avoir de consensus sur le rôle du perfectionnisme dans les TCA. La lorgnette des motivations permettrait d'examiner ce lien en portant attention aux raisons sous-jacentes à un désir de perfection chez cette population. Les études indiquent que les individus adhèrent à des comportements perfectionnistes pour des raisons multiples et les motivations associées aux dimensions du perfectionniste sont différentes (revue de la littérature de Stoeber et

al., 2017). Il semblerait également que les individus ayant un TCA présentent aussi des difficultés sur le plan de la flexibilité cognitive (Arlt et al., 2016; Lounes et al., 2011; Roberts et al., 2007; Steinglass et al., 2006). Cette variable est intéressante dans le cas de cette population puisqu'elle aurait un rôle à jouer dans les psychopathologies telles que la dépendance, la dépression, les symptômes TCA (revue de la littérature de Morris & Mansell, 2018).

Objectif de l'étude

Le but de la présente étude est de déterminer le rôle que joue la flexibilité cognitive dans la relation entre les motivations sous-jacentes aux comportements perfectionnistes et les types de symptômes de TCA. Il est attendu que la flexibilité cognitive, ou l'une de ses composantes, modère la relation entre les motivations associées au désir d'avoir un corps et une alimentation parfaite et les symptômes de TCA.

Méthodologie

Déroulement et participants

L'échantillon est composé de 133 femmes âgées entre 14 et 63 ans (âge moyen : 26,11 +/- 9,65). Tous les hommes ($n = 4$) ont été retirés de l'échantillon dans le but d'uniformiser les résultats. La grande majorité de ces femmes sont d'origine canadienne (90 %) et parlent français (97 %). Les informations sur la scolarité indiquent que 14,4 % ont une scolarité de niveau primaire, 24,2 % ont une scolarité de niveau secondaire, 32 % ont une scolarité de niveau collégial, 22,6 % ont une scolarité de niveau universitaire de

premier cycle (7,6 % ont un certificat universitaire et 15 % ont un baccalauréat) 4,5 % ont une scolarité de niveau universitaire de deuxième cycle et 0,8 % ont une scolarité de niveau universitaire de troisième cycle. Ces femmes ont été recrutés par l'intermédiaire d'un organisme communautaire, la Maison l'Éclaircie et ont été référées par des médecins. Cet organisme offre des soins aux personnes qui ont des comportements s'apparentant à l'anorexie et/ou à la boulimie, sans obligatoirement remplir les critères du DSM-5. Elles ont été invitées à remplir la batterie de questionnaires de l'étude en version manuscrite, lors de leur entrée dans le programme d'aide entre novembre 2015 et mai 2020. La méthode de passation se voulait la plus confidentielle possible pour les participantes. Les participantes intéressées étaient invitées à remplir anonymement les questionnaires après avoir lu et signé le formulaire de consentement (voir Appendice A), au début du programme de traitement. Afin de s'assurer de l'anonymat, toutes les participantes des groupes recevaient une enveloppe à sceller non identifiée contenant les questionnaires. Elles étaient invitées à remplir les questionnaires à la maison et à les ramener si elles le voulaient à la secrétaire, qui ne connaissait pas les chercheurs. Les chercheurs n'avaient aucun contact avec les participants, ne créant donc aucune pression induite. Ainsi, dû à la nature anonyme de leur participation, il n'est pas possible de connaitre le taux de refus de participation. La participation à l'étude n'avait aucune influence sur les services reçus à la Maison l'Éclaircie.

Instruments de mesure

Les questionnaires ont toujours été distribués dans le même ordre. L'ordre n'était pas primordial, mais il était toutefois souhaité pour s'assurer que les questionnaires les plus importants pour les analyses soient complétés et pour éviter un sentiment de fatigue. Il n'y avait aucun moyen de s'assurer de l'ordre de remplissage des questionnaires puisque les participantes les remplissaient à la maison.

Le *Questionnaire sociodémographique* comprend des questions sur le sexe, l'âge, la langue parlée, le niveau de scolarité, le statut civil et le niveau socioéconomique. Le contenu des autres questionnaires est présenté ci-dessous.

Perfectionnisme

Le *Questionnaire de perfectionnisme révisé* (Langlois et al., 2009) (voir Appendice B) permet de mesurer les deux dimensions du perfectionnisme : la RHS (sept items) et les PP (13 items). Ce questionnaire est composé de 20 items auxquelles les participantes répondaient à l'aide d'une échelle de Likert à cinq points allant de (1) « *Ne me décrit pas du tout* » à (5) « *Me décrit tout à fait* ». La consistance interne du questionnaire est satisfaisante pour la mesure de la RHS (sept items $\alpha = 0,80$) et excellente pour les PP (13 items, $\alpha = 0,94$), selon l'étude de Langlois et al. (2009, 2010). La structure factorielle de cette échelle a été validée auprès d'un échantillon adulte non clinique et clinique et jugée comme satisfaisante (Langlois et al., 2009). La cohérence interne obtenue

auprès des participantes de la présente étude est satisfaisante pour la mesure de la RHS (sept items α = 0,78) et excellente pour les PP (13 items, α = 0,94).

Motivations sous-jacentes au perfectionnisme

Le *Questionnaire des motivations sous-jacentes au perfectionnisme* (Cossette, 2016) (voir Appendice C) permet de mesurer les différentes motivations associées au perfectionnisme et comprend 25 items. Ce questionnaire est basé sur la conceptualisation de la motivation autodéterminée proposée par Ryan et Deci (2000). Les analyses confirmatoires menées pour valider ce questionnaire par Cossette (2016) démontrent la présence de sept motivations sous-jacentes au perfectionnisme, soit : (1) la motivation intrinsèque; (2) la motivation identifiée; (3) la motivation introjectée; (4) la motivation externe sociale; (5) la motivation matérielle positive; (6) la motivation matérielle négative; et (7) l'amotivation. Il est possible de considérer l'ensemble de ces profils motivationnels selon deux facteurs latents, soit les motivations autonomes ou contrôlées. La motivation intrinsèque et identifiée sont dites autonomes, alors que les autres motivations sont dites contrôlées. Le questionnaire possède une bonne validité convergente et divergente ainsi qu'une bonne cohérence interne pour chacun de ces sept facteurs (Cossette, 2016). En effet, dans l'étude actuelle, l'alpha de Cronbach se situe entre 0,76 et 0,90 pour tous les facteurs : motivation intrinsèque α = 0,89, motivation identifiée α = 0,90, motivation introjectée α = 0,82, motivation sociale α = 0,88, motivation matérielle positive α = 0,81, motivation matérielle négative α = 0,84, et amotivation α = 0,76.

Tendance au TCA

La version française du *Eating Disorder Examination Questionnaire* (EDE-Q; Fairburn & Beglin, 2008; traduction française de Mobbs & van der Linden, 2006) a été utilisée pour mesurer les symptômes de TCA des participantes (voir Appendice D). Cette version comprend 28 items. La consistance interne de l'analyse des quatre facteurs (la restriction alimentaire, les préoccupations pour le poids, les préoccupations pour la silhouette et les préoccupations pour la nourriture) est considérée satisfaisante à bonne, avec des alphas de Cronbach allant de 0,71 à 0,95 (Carrard et al., 2015). Dans la présente étude, les scores de consistance interne varient entre 0,62 et 0,87 (restriction alimentaire $\alpha = 0{,}78$, préoccupations poids $\alpha = 0{,}70$, préoccupations forme du corps $\alpha = 0{,}84$, préoccupations pour la nourriture $\alpha = 0{,}62$).

Flexibilité cognitive

L'*Inventaire de flexibilité cognitive* (Dennis & Vander Wal, 2010; version traduite par Langlois et al., 2010) a servi à évaluer le niveau de flexibilité cognitive des participantes (voir Appendice E). Ce questionnaire de 20 items comprend deux échelles mesurant : (1) la capacité à percevoir les évènements difficiles comme contrôlables (échelle *contrôle*); et (2) la capacité de trouver des explications diverses à des évènements ou des comportements et la capacité à générer des solutions diverses (échelle *alternative*). Il mesure donc la perception de l'individu quant à sa flexibilité cognitive et pas nécessairement sa capacité réelle à être flexible. Dans les études précédentes, la consistance interne des items se situait entre 0,78 et 0,85 et la validité convergente était

considérée satisfaisante pour chacun d'entre eux (Langlois et al., 2010). Dans la présente étude, les indices de cohérence interne étaient satisfaisants (0,86 pour l'échelle de contrôle et 0,87 pour l'échelle d'alternative). Ce questionnaire est utile pour mesurer la flexibilité dans une population clinique puisqu'il mesure la capacité d'un individu à avoir une pensée adaptée face à des événements de vie stressants (Dennis & Vander Wal, 2010).

Analyses statistiques

La logique d'analyse statistique qui a été retenue pour la présente étude est l'analyse multigroupe réalisée à l'aide d'équations structurales (El Akremi & Roussel, 2003). L'avantage de cette méthode est qu'elle permet de réaliser une analyse de modération avec des variables continues non dichotomiques et en tenant compte de plusieurs liens différents dans le même modèle, ce que d'autres méthodes statistiques ne permettent pas de faire (El Akremi & Roussel, 2003; Gaskin, 2021, 2022). La logique d'analyse que nous avons suivie est basée sur la méthode présentée par James Gaskin (2021, 2022). Pour ce faire, des analyses corrélationnelles ont d'abord été réalisées pour déterminer si les types de motivations étaient reliés au score de l'EDEQ et de la flexibilité et de leurs sous-échelles (voir Tableau 1). Comme plusieurs motivations étant étaient significativement corrélées entre elles (*r* variant entre 0,12 et 0,60) et avec les sous-échelles de l'EDE-Q (*r* variant entre 0 et 0,44), nous avons poursuivi les analyses. Les sous-échelles de l'EDEQ, plutôt que le score global, ont été utilisées dans les analyses afin de donner un portrait plus nuancé des symptômes TCA, plus diversifié.

Tableau 1

Corrélations entre les types de motivations au perfectionnisme, la flexibilité et les symptômes de TCA

Variables	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1. Motivation intrinsèque (MSP)													
2. Motivation identifiée (MSP)	0,53**												
3. Motivation introjectée (MSP)	0,54**	0,36**											
4. Motivation externe sociale (MSP)	0,42**	0,40**	0,50**										
5. Motivation externe matérielle positive (MSP)	0,28**	0,41**	0,30**	0,60**									
6. Motivation externe matériel négative (MSP)	0,21*	0,34**	0,21*	0,49**	0,47**								
7. Amotivation (MSP)	0,13	0,15	0,12	0,25**	0,32**	0,28**							
8. Score global (EDEQ)	0,31**	0,13	0,43**	0,29**	0,08	0,12	0,04						
9. Échelle Restriction EDEQ	0,18*	0,00	0,22*	0,06	-0,09	-0,01	-0,01	0,71**					
10. Échelle Préoccupations alimentation (EDEQ)	0,22*	0,11	0,32*	0,22*	0,12	0,09	0,08	0,77**	0,34*				

Tableau 1

Corrélations entre les types de motivations au perfectionnisme, la flexibilité et les symptômes de TCA (suite)

Variables	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
11. Échelle Préoccupations silhouette (EDEQ)	0,30*	0,18*	0,44**	0,28**	0,09	0,13	0,02	0,83**	0,35**	0,54**			
12. Échelle Préoccupations poids (EDEQ)	0,29**	0,13	0,41	0,41*	0,17	0,19*	0,04	0,84**	0,35**	0,56**	0,84**		
13. Flexibilité totale (CFI)	0,11	0,06	0,00	-0,12	-0,06	-0,00	-0,03	-0,02	0,05	0,04	-0,09	-0,07	
Échelle alternative (CFI)	0,13	0,10	0,09	0,04	-0,06	0,11	-0,01	0,08	0,10	0,10	0,02	0,02	0,83**
Échelle contrôle (CFI)	-0,04	-0,07	-0,11	-0,24**	-0,02	-0,07	0,00	-0,13	-0,07	-0,06	-0,18*	-0,11	0,70**

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

MSP = Questionnaire des motivations sous-jacentes au perfectionnisme, CFI = Inventaire de flexibilité cognitive, EDEQ = Questionnaire d'examen des troubles alimentaires

De plus, étant donné que la sous-échelle *contrôle* du questionnaire de la flexibilité était la seule à être corrélée avec la motivation, c'est celle qui a été retenue comme modérateur potentiel. L'hypothèse de base de cette étude était que la flexibilité dans son score global serait un modérateur, voyant qu'il n'y avait pas de corrélation entre la flexibilité dans son ensemble, c'est sa sous-échelle qui a été retenue comme modérateur potentiel pour la suite des analyses. Deux groupes ont été formés en fonction de la médiane du sentiment de contrôle perçu devant les problèmes : le groupe flexible et le groupe inflexible. La médiane a été utilisée afin de créer deux groupes de taille égale. Le *Questionnaire de flexibilité* ne possédant pas de *cut-off* clinique, il a semblé que la médiane serait la meilleure option pour créer les groupes. C'est également ce que suggère de faire El Akremi et Roussel (2003) pour créer des groupes avec une variable continue. Des équations structurales ont ensuite été effectuées avec l'ensemble des échelles relatives à la motivation comme prédicteurs pour vérifier lesquelles permettaient de prédire la variance des scores des sous-échelles de l'EDEQ, selon le groupe. Les motivations qui ne prédisaient aucune sous-échelle dans aucun groupe ont été retirées du modèle et les analyses ont été effectuées de nouveau. Afin de déterminer si le niveau de contrôle perçu sur les situations modérait la relation entre les motivations sous-jacentes au perfectionnisme et les sous-échelles de l'EDEQ, les coefficients de régressions ont été comparés. Ceci dans le but de déterminer s'ils présentaient des différences significatives selon les groupes. Si la différence entre les scores atteignait un ratio critique de 1.96 (Field, 2013), le sentiment de contrôle était considéré comme un modérateur significatif de la relation entre les motivations sous-jacentes au perfectionnisme et les sous-échelles de

l'EDEQ (Gaskin, 2021, 2022). Le logiciel AMOS donne un tableau des indices de ratios critiques permettant de comparer les coefficients de régression des deux groupes et déterminer si le ratio critique indiquant la différence significative est atteint. Les équations structurales multigroupe et la comparaison des coefficients de régression des deux groupes ont été effectuées à l'aide d'une fonction du Logiciel AMOS.

Les indices d'adéquation du modèle utilisé sont le *Comparative Fit Index* (CFI) (acceptable si ≥ 0,90), le *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA) (acceptable si < 0,08), le *Goodness of Fit Index* (GFI) (acceptable si ≥ 0,95), le *Norm Fit Index* (NFI) (acceptable si ≥ 0,95), et le *Tucker Lewis Index* (TLI) (acceptable si ≥ 0,90) (Schreiber et al., 2006).

Résultats

Les résultats des analyses de corrélation entre les variables sont présentés dans le Tableau 1. Ces résultats révèlent que les motivations sont liées entre elles selon un patron normal (voir Tableau 1 pour les résultats des corrélations); chaque type de motivations est plus fortement liée aux autres types de motivations étant plus proches d'elle sur le continuum (Vallerand et al., 1989). La sous-échelle de flexibilité cognitive, qui fait référence au *sentiment de contrôle* (contrôle de la flexibilité) devant les problèmes, est la seule étant corrélée avec les motivations et certains symptômes alimentaires (voir Tableau 1). Pour cette raison, seulement celle-ci a été conservée pour les analyses de modération.

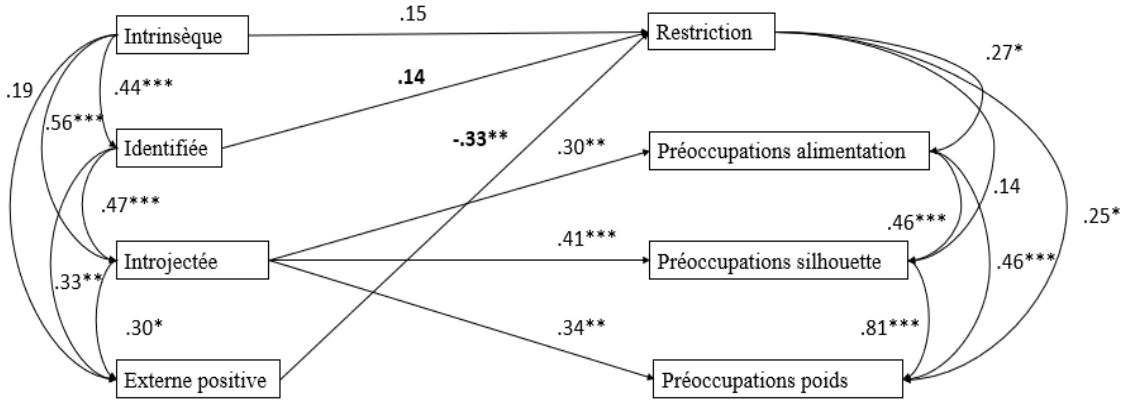
Pour la suite des analyses, le groupe ayant un score en dessous de la médiane a été nommé groupe avec un « sentiment de contrôle faible » et le groupe ayant obtenu un score supérieur à la médiane a été nommé groupe avec un « sentiment de contrôle élevé ». Les deux groupes comptaient 69 femmes chacun. Pour s'assurer de l'homogénéité de l'échantillon, une ANOVA à un facteur a été effectuée dans le but de vérifier si les groupes étaient comparables sur le plan de la sévérité des symptômes alimentaires. Les résultats de cette analyse indiquent que les groupes ne diffèrent pas sur le plan de la sévérité des symptômes alimentaires ($F[1, 129] = 0{,}66$, $p = 0{,}42$).

Les Figures 1 et 2 illustrent les résultats du modèle de régression multigroupes obtenus pour chacun des deux groupes. Dans ces modèles, ce sont les *motivations intrinsèque, identifiée, introjectée et matérielle externe positive* qui expliquent les symptômes alimentaires dans l'un ou l'autre des groupes. Pour le groupe « sentiment de contrôle haut » : (1) la *motivation intrinsèque* contribue positivement à la variance de l'échelle de *restriction*; (2) la *motivation identifiée* explique négativement l'échelle *restriction*; (3) la *motivation introjectée* explique positivement les trois échelles de préoccupations (*préoccupations pour la nourriture*, *préoccupations pour la silhouette,* et *préoccupations pour le poids*); et (4) la *motivation externe positive* n'explique pour sa part aucune des échelles pour ce groupe. Pour le groupe « sentiment de contrôle faible » : (1) la *motivation intrinsèque et identifiée* n'explique pas la variance des échelles de l'EDEQ; (2) la *motivation introjectée* explique positivement la variance des trois échelles de préoccupation (*préoccupations pour la nourriture*, *préoccupations pour la silhouette* et

préoccupations pour le poids); et (3) la *motivation externe positive* explique négativement l'échelle de *restriction*.

Figure 1

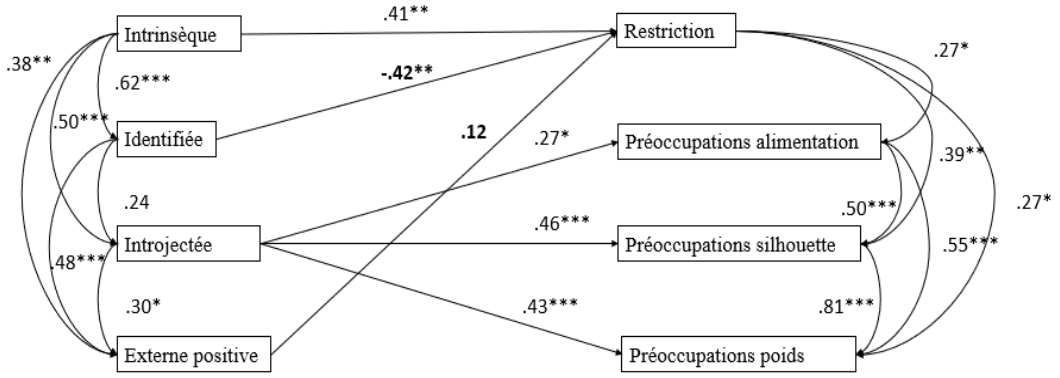
Modèle de régression multivariée entre les motivations et les sous-échelles de symptômes alimentaires pour le groupe faible contrôle



Légende: les chiffres en caractère gras représentent les relations qui sont significativement différentes d'un modèle à l'autre
* = p < 0.05, ** = p < 0.01, *** p < 0.001

Figure 2

Modèle de régression multivariée entre les motivations et les sous-échelles de symptômes alimentaires pour le groupe haut contrôle



Légende: les chiffres en gras représentent les relations qui sont significativement différentes d'un modèle à l'autre
* = p < 0.05, ** = p < 0.01, *** p < 0.001

L'analyse des ratios critiques démontre la présence de différences significatives entre certains indices de régression, trouvés chez les deux groupes, est significative. Les résultats des analyses multigroupes sont présentés dans le Tableau 2. C'est le cas pour *la motivation identifiée* (2,80 > 1,96) lorsqu'elle prédit l'échelle de *restriction* et pour la *motivation matérielle externe positive* (2,82 > 1,96) lorsqu'elle prédit l'échelle de *restriction*. La différence est également marginalement significative pour la *motivation intrinsèque* pour l'échelle de *restriction* (-1,28). Toutefois, les coefficients pour la *motivation introjectée et intrinsèque* ne sont pas statistiquement différents selon les deux groupes pour les échelles de préoccupations pour le poids, la silhouette et la nourriture. Le *sentiment de contrôle* ne modère donc pas le lien entre les motivations intrinsèque et introjectée et les scores obtenus aux sous échelles de l'EDEQ. Le modèle final d'analyse multigroupes présente une bonne adéquation aux données (GFI = 0,95, NFI = 0,93, TLI = 0,94, CFI = 0,98, RMSEA = 0,06).

Discussion

Le but de cette étude était de déterminer le rôle que joue la flexibilité cognitive dans le lien entre les motivations sous-jacentes à un désir de perfection de son corps et de son alimentation et les différents symptômes de TCA. L'hypothèse principale de l'étude a été partiellement démontrée puisque les résultats indiquent que c'est le sentiment de contrôle devant les problèmes, une sous-échelle de la flexibilité, qui modère le lien entre les motivations sous-tendant un désir de perfection dans l'alimentation et le poids et les symptômes de TCA, et non la flexibilité cognitive dans son ensemble.

Tableau 2

Test des différences de liens de régression selon les groupes Inflexible ou flexible

	Groupe				
	Contrôle faible		Contrôle élevé		
Liens de régression	Estimé	*p*	Estimé	*p*	Score-z
Préoccupations alimentation – motivation introjectée	0,11	0,01	0,10	0,03	0,19
Preoccupations silhouette – motivation introjectée	0,11	0,00	0,14	0,00	-0,85
Préoccupations poids – motivation introjectée	0,09	0,00	0,17	0,00	-1,46
Restriction – motivation intrinsèque	0,04	0,20	0,10	0,00	-1,28
Restriction – motivation identifiée	0,05	0,26	-0,12	0,00	2,80***
Restriction motivation externe positive	-0,12	0,00	0,04	0,33	2,82***

Notes. *** *p*-value < 0,01; ** *p*-value < 0,05; * *p*-value < 0,10
Estimation non standardisée

Avant d'aborder l'effet modérateur de l'étude, les résultats obtenus dans la présente étude suggèrent, qu'indépendamment du niveau de flexibilité cognitive, c'est la motivation introjectée qui explique la plus grande partie de la variance associée aux symptômes cognitifs des TCA. Ceci n'est pas surprenant, considérant que la motivation introjectée est liée aux inquiétudes pour le poids, la silhouette et l'alimentation dans la littérature (Gaudet, 2019). En effet, selon la théorie de l'autodétermination (Ryan & Brown, 2003) la pression interne qui vient avec la motivation introjectée est liée à l'estime de soi. Ceci est cohérent avec le concept de l'estime de soi contingente proposé par Deci et Ryan (1995). Les individus ayant un TCA établissent leur estime d'eux-mêmes sur leur

apparence et leur poids (APA, 2013), il n'est donc pas surprenant qu'elles soient motivées à vouloir atteindre la perfection quant à ces aspects pour protéger et rehausser leur valeur personnelle. Les résultats de la présente étude vont ainsi dans le même sens que ceux de l'étude menée par Brockmeyer et ses collègues en 2013, qui démontrait que les participantes ayant un diagnostic actuel ou passé d'AN présentaient une plus faible estime d'eux-mêmes que les participantes n'ayant jamais été diagnostiquées avec l'AN et que la perte de poids était en lien avec une hausse de l'estime de soi. Comme d'autres auteurs l'ont souligné, l'étude actuelle suggère que les enjeux entourant l'estime de soi pourraient être explorés davantage dans le traitement des TCA (Bardone-Cone et al., 2010; Brockmeyer et al., 2013), de manière à développer une estime de soi non contingente à l'atteinte des buts reliés à l'apparence et l'alimentation. Ces résultats sont cohérents avec ceux de l'étude de Gaudet (2019) où la motivation introjectée (ou la pression interne à vouloir un corps ou une alimentation parfaite) expliquait une grande partie de la variance des symptômes TCA. Ainsi, les symptômes TCA serait liés à une recherche de fierté et un évitement de la honte.

Maintenant, en ce qui concerne l'effet modérateur de la flexibilité, les résultats démontrent que les motivations derrières les comportements de restriction changent en fonction du sentiment de contrôle devant les problèmes (une sous-échelle du *Questionnaire de flexibilité*). Plus spécifiquement, chez les femmes présentant un faible niveau de sentiment de contrôle devant les problèmes de la vie, le fait de rechercher la perfection dans son alimentation pour obtenir des récompenses (motivation externe

matérielle positive) diminue les comportements de restrictions. De l'autre côté, chez les femmes présentant un fort sentiment de contrôle devant les problèmes, la restriction est associée à plus de plaisir à rechercher la perfection (motivation intrinsèque) et à un moins grand besoin d'agir selon ses valeurs (motivation identifiée). Ce résultat étonnant amène à considérer la possibilité que la motivation intrinsèque puisse être pervertie chez les participantes dans le plaisir du contrôle. Les résultats de la présente étude semblent donc suggérer que l'étude de la perception du sentiment de contrôle pourrait nous aider à mieux saisir les enjeux du TCA. Les propositions cliniques seront discutées plus tard.

Les hypothèses principales de la présente étude prévoyaient aussi que la flexibilité cognitive, dans son ensemble, serait un modérateur de la relation entre les motivations sous-jacentes au désir de perfection dans l'alimentation et les différents types de symptômes. Toutefois, les analyses indiquent que seule la sous-échelle mesurant le sentiment de contrôle sur les évènements de la vie (une des composantes de la flexibilité cognitive selon le questionnaire de l'*Inventaire de flexibilité cognitive*) modère le lien entre certaines motivations perfectionnistes et certains types de symptômes de TCA. Ainsi, les résultats indiquent que le sentiment de contrôle a bien un effet modérateur mais que son effet se limite à la question de la restriction alimentaire. Il n'y a pas d'effet modérateur sur les sous-échelles liées aux inquiétudes pour le poids, la silhouette et l'alimentation.

Plusieurs facteurs pourraient expliquer pourquoi la flexibilité dans son ensemble n'est pas un modérateur de la relation entre les motivations sous-jacentes au désir de perfection dans l'alimentation et les différents types de symptômes. Il est possible que la mesure de flexibilité utilisée dans le devis actuel n'était pas la mesure optimale pour détecter une relation de modération. Le questionnaire utilisé dans la présente étude avait été choisi parce qu'il vise davantage une flexibilité cognitive (i.e pouvoir bien réagir et générer différentes options devant des problèmes) plutôt qu'une flexibilité très large comme le mesurent les questionnaires de l'approche TCC de 3e vague. Cet outil avait aussi été choisi pour cette étude dû à sa facilité d'administration et la rapidité de passation, en faisant un outil très intéressant en recherche. D'autres auteurs (Cherry et al., 2021) suggèrent cependant une autre conception de flexibilité psychologique et la conçoivent comme la capacité à gérer la détresse et à prendre des mesures pour atteindre des objectifs ou des valeurs. Un récent relevé de littérature systématique (Cherry et al., 2021) suggère que le questionnaire PPFI (*Personalized Psychological Flexibility Index*; Kashdan et al., 2020) soit la meilleure mesure disponible pour évaluer la flexibilité psychologique. La flexibilité psychologique, contrairement à la flexibilité cognitive, pourrait mieux saisir l'ensemble des manifestations émotionnelles, cognitives et comportementales de la flexibilité et être ainsi plus en lien avec les symptômes de TCA. Ainsi, une étude future pourrait tenter de tester l'effet de modération avec ce concept plus large de flexibilité psychologique plutôt que la flexibilité cognitive. Ce relevé de littérature n'était pas disponible au moment de la réalisation de la collecte de données de la présente, raison pour laquelle ce nouvel outil de mesure n'a pas été utilisé.

De plus, on doit considérer que les questionnaires autorapportés mesurent la perception qu'a un individu de sa flexibilité et non sa capacité objective. Ainsi, quelqu'un pourrait se percevoir flexible et ne pas l'être réellement. L'utilisation d'une mesure objective de la flexibilité permettrait de tester la capacité réelle à être flexible plutôt que la perception d'un individu de ses propres habiletés. Un devis utilisant une mise en situation et des réponses comportementales pourrait pallier cet élément. Dans le cas précis du *Questionnaire sur la flexibilité cognitive* utilisé dans la présente étude, il est important de considérer la formulation de l'échelle du sentiment de contrôle dans l'analyse des résultats. En effet, la manière dont certains items sont formulés pourrait avoir créé une confusion. En effet, six items sur sept sont formulés de manière négative, par exemple « j'ai de la difficulté à prendre des décisions devant des situations difficiles » et « je suis impuissant devant une situation difficile ». Il est possible que cette formulation des items ait amené à comprendre le sentiment de contrôle comme l'avantage d'avoir du contrôle. Ainsi, il serait pertinent de reproduire la présente actuelle avec le PPFI.

Lorsqu'on s'attarde aux effets de modération statistiquement significatifs, il est possible de d'observer que, chez les femmes ayant un plus grand sentiment de contrôle face aux problèmes de la vie, ce sont les motivations intrinsèque, identifiée (relation négative) et introjectée qui expliquent la variance des différents symptômes alimentaires. En effet, plus les participantes de ce groupe sont motivées intrinsèquement à l'atteinte de la perfection du corps et de l'alimentation, plus les symptômes de restriction sont élevés. Tel que mentionné précédemment, la motivation intrinsèque concerne les actions qui sont

entreprises par le plaisir que celles-ci procurent. Le plaisir à rechercher la perfection dans l'alimentation serait lié au niveau de la restriction et suggère l'idée d'une perversion de la motivation intrinsèque dans ce sous-groupe. Il est étonnant que le sentiment de plaisir obtenu à travers une action motivée intrinsèquement prédise la présence de comportements autodestructeurs comme la restriction. Cependant, le plaisir dans la restriction dans le contexte des TCA pourrait avoir un effet autorenforçateur puisqu'une plus grande restriction donne une impression d'avoir un plus grand sentiment de contrôle sur sa vie et son alimentation. Cette affirmation est cohérente avec l'étude de Vandereycken (2006a, 2006b) qui indique que les comportements de contrôle, tels que l'exercice physique excessif et la restriction alimentaire, sont cohérents avec les buts de l'individu, lui apportant donc un bénéfice personnel. Cette même équipe affirme également que les comportements de restriction permettraient de réguler l'anxiété. Ceci fait le pont avec les résultats de l'étude de Gregertsen et al. (2017) qui affirment que les symptômes de TCA ont pour effet d'anesthésier et de neutraliser les émotions, permettant donc de réguler les émotions désagréables. Cette fonction anesthésiante des émotions pourrait permettre aux individus de garder un contrôle sur leur monde interne, ce qui expliquerait l'association entre la restriction et la motivation intrinsèque. Les résultats de la présente étude doivent toutefois être examinés avec réserve puisque la différence entre les coefficients de régression des deux groupes pour la motivation intrinsèque est marginale.

À l'inverse, pour ce même groupe, les résultats indiquent que plus la motivation est identifiée, moins la tendance à la restriction est élevée. Donc, le fait d'aspirer à obtenir une alimentation parfaite pour être en cohérence avec ses valeurs (p. ex., pour avoir une bonne santé), est lié à moins de comportements alimentaires restrictifs. Ce résultat corrobore la littérature sur la théorie de l'autodétermination et les facteurs psychologiques (Laguardia & Ryan, 2000). Dans une population normale, les actions entreprises en congruence avec nos valeurs sont associées à un fonctionnement psychologique optimal.

Chez le groupe des participantes ayant un faible sentiment de contrôle face aux problèmes, c'est la motivation externe matérielle positive qui explique significativement les différents symptômes de restriction alimentaire. Donc, plus une participante présente une motivation matérielle positive (p. ex., recevoir un prix, une mention ou être la meilleure), moins elle présente de symptômes restrictifs. Dans une population TCA, ce type de motivation pourrait se traduire par l'envie d'obtenir des *likes* sur les médias sociaux ou toutes récompenses obtenues en suivant les plans de traitement. Or, aucune donnée dans la littérature ne laissait présager ce résultat ou même l'inverse. Le locus de contrôle pourrait expliquer en partie ce lien (Ryan & Deci, 2000). Il est possible que les filles ayant un faible niveau de sentiment de contrôle sur les problèmes de la vie recherchent de la satisfaction dans les prix ou les mentions obtenues par le monde extérieur (p. ex., être la fille la plus mince d'un groupe) et que le fait d'obtenir cette satisfaction réduise leur besoin de restriction alimentaire. Puisque la restriction n'est ni valorisée ni récompensée dans le traitement pour les TCA, elles pourraient rechercher des

récompenses autrement, comme l'obtention de la mention réussite du programme de traitement. Cette hypothèse est purement spéculative car rien dans la littérature, à notre connaissance, ne vient confirmer ce postulat; il est nécessaire d'entreprendre des études pour la vérifier.

Au-delà des effets de modération, le modèle des analyses multigroupes indique que les motivations sont corrélées positivement ensemble, ce qui suggère que les comportements alimentaires sont adoptés pour plusieurs raisons. Cette compréhension va dans le même sens que les résultats obtenus par Wedig et Nock (2010). En effet, ces auteurs ont démontré que les individus présentant des comportements d'accès hyperphagiques et de purge le font pour différentes raisons, notamment pour réguler leurs émotions. Ces comportements pourraient servir à communiquer des besoins à autrui, à réduire les émotions négatives et augmenter les émotions positives. Les auteurs de cette même étude suggèrent donc que le traitement de ces individus devrait considérer les raisons sous-jacentes au comportement dans le but de développer les motivations plus en lien avec la rémission du TCA. Or, la présente étude tentait justement de comprendre les symptômes de TCA sous cet angle. Les résultats confirment que les femmes qui consultent pour des problèmes alimentaires cherchent la perfection dans le poids et l'alimentation pour plusieurs raisons et soutiennent l'idée d'effectuer une meilleure évaluation des motivations sous-jacentes pour déterminer les meilleures cibles d'intervention.

Certaines limites de cette étude doivent être considérées. Premièrement, bien que l'étude visait les comportements TCA en général, la taille de l'échantillon ne permettait pas de contrôler l'effet de la présence de comportements de type anorexiques et boulimiques. Il n'est donc pas possible d'exclure l'hypothèse selon laquelle des profils de TCA pourraient affecter les relations entre la flexibilité, la motivation et les comportements. L'étude de Gaudet (2019) avait démontré que le degré de sévérité des symptômes TCA avait une influence sur le type de motivation sous-jacente à un désir de perfection dans l'alimentation et le poids. Les comportements alimentaires caractérisés par la restriction pourraient aussi impliquer des motivations différentes des comportements caractérisés par le faible contrôle de l'impulsion. En ce sens, l'étude faite par Gagnon-Girouard et al. (2019) indique que pour les individus ayant un diagnostic de BN, les comportements alimentaires problématiques avaient une fonction de soulager ou éviter des états internes désagréables, plus que les individus ayant un diagnostic d'AN. Ainsi, les raisons sous-jacentes à un trouble caractérisé par des comportements plus impulsifs (i.e la BN) pourraient être différentes de ceux d'un trouble plus restrictif (i.e l'AN). Évidemment, plus d'études sur ce lien sont nécessaires pour vérifier cette hypothèse, peu d'études s'étant intéressées aux différentes motivations sous-jacentes aux symptômes TCA; la majorité des études existantes sur les motivations et les TCA portant sur la motivation au changement. Une des rares études portant les raisons sous-jacentes aux comportements alimentaires problématiques (Vinkers et al., 2012) suggèrent que les raisons qui sous-tendent l'exercice physique seraient liées à la symptomatologie TCA. Ils mentionnent aussi que ce lien serait expliqué partiellement par une estime corporelle faible

chez une population non clinique. Ces résultats indiquent que de s'intéresser aux raisons derrière un comportement permettrait de comprendre le lien avec la psychopathologie. Aussi, il est important de noter que dans l'étude actuelle, bien que les diagnostics précis des participantes n'étaient pas connus, celles-ci recevaient toutes un traitement pour des symptômes alimentaires de type anorexiques ou boulimiques. Les jeunes femmes qui ont déjà accepté de participer à un programme pourraient présenter des motivations différentes, tout dépendamment de ce qui a motivé la mise en action de ces femmes. Il est possible que certaines de ces femmes soient dans le programme de leur plein gré alors que d'autres vivent une plus grande ambivalence face au traitement. Cette étude s'adresse donc à la symptomatologie AN et HB) et il n'est pas possible de se positionner concernant les différences au niveau des troubles précis tels que définit dans le DSM-5.

La taille de l'échantillon de l'étude doit aussi être soulevée comme limite. Considérant le modèle que nous avions choisi, le nombre de participants aurait dû être de 160. Il était toutefois difficile de diminuer le nombre de variables tout en priorisant certaines motivations ou symptômes alimentaires. Il n'a pas été possible de recruter plus de participantes pour cette étude dû à deux facteurs : la limite de temps inhérente au temps prédéterminé pour un essai doctoral et la taille des cohortes de participantes du groupe de traitement pour les TCA. Dans un monde idéal, plus de participantes auraient été recrutées. Certains liens pourraient s'avérer non significatifs par manque de puissance et ressortir dans une étude à plus grande échelle. Il est donc possible que d'autres motivations expliquent la variance des échelles du questionnaire EDEQ. Il est également possible

qu'un manque de puissance puisse expliquer le fait que l'autre sous-échelle de flexibilité, la capacité à voir différentes solutions et perspectives, n'ait pas ressorti comme étant un modérateur.

En résumé, l'objectif de cette étude était de déterminer le rôle modérateur de la flexibilité cognitive dans le lien entre les motivations sous-jacentes à un désir de perfection de son corps et de son alimentation et les différents symptômes de TCA. L'hypothèse principale de l'étude a été partiellement confirmée puisque ce n'est pas la flexibilité globale qui est le modérateur de ce lien mais uniquement le sentiment de contrôle devant les problèmes, une sous-échelle de la flexibilité. Les résultats démontrent que le sentiment de contrôle des participants affecte les motivations derrière les comportements de restriction. Plus précisément, chez le groupe ayant un faible niveau de sentiment de contrôle devant les problèmes de la vie, le désir d'atteindre la perfection dans son alimentation pour des raisons externes (motivation matérielle positive) est associé à moins de comportements de restriction. Chez les participantes présentant un fort sentiment de contrôle devant les problèmes, la tendance à la restriction alimentaire est positivement associée au plaisir de rechercher la perfection (motivation intrinsèque), alors que viser la perfection en cohérence avec ses valeurs (motivation identifiée) est associée à moins de restriction. La motivation intrinsèque pourrait être pervertie d'une certaine manière dans le plaisir d'avoir du contrôle. Pour cette raison, les résultats de l'étude suggèrent donc que le possible plaisir dans le sentiment de contrôle sur les problèmes mérite d'être approfondi pour tenter de comprendre son effet sur l'efficacité des traitements TCA.

Enfin, les résultats démontrent que, nonobstant le niveau de flexibilité cognitive des participantes, c'est la motivation introjectée qui explique le mieux la variance des symptômes cognitifs du TCA. Ainsi, la motivation introjectée est liée aux préoccupations pour le poids, la silhouette et l'alimentation, ce qui va dans le même sens que la littérature, d'autres auteurs l'ayant déjà proposé (Bardone-Cone et al., 2010; Brockmeyer et al., 2013). Pour cette raison, l'étude de la pression interne à viser un corps parfait, et l'estime de soi contingente au poids semble être toujours une avenue pertinente pour l'amélioration des traitements pour les TCA.

À notre connaissance, cette étude est la première ciblant les relations entre la flexibilité cognitive, les motivations sous-jacentes au perfectionnisme et les symptômes de TCA. Les résultats soulignent la pertinence de considérer l'impact d'une composante de la flexibilité cognitive, c'est-à-dire le sentiment de contrôle devant les problèmes, pour mieux comprendre lorsqu'il est question des motivations derrières les comportements des TCA. L'étude révèle aussi l'importance de mieux comprendre le plaisir pervers qui semble associé au sentiment de contrôle. Néanmoins, d'autres recherches sont nécessaires pour comprendre pourquoi certaines personnes souffrant de TCA continuent à émettre des comportements nuisibles pour elles-mêmes.

Références

Abbate-Daga, G., Amianto, F., Delsedime, N., De-Bacco, C., & Fassino, S. (2013). Resistance to treatment and change in anorexia nervosa: A clinical overview. *BMC Osychiatry*, *13*(1), 1-18. https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-294

Adler, A. (1956). The neurotic disposition. Dans H. L. Ansbacher & R. R. Ansbacher (Éds), *The individual psychology of Alfred Adler* (pp. 239-262). Harper.

American Psychiatric Association. (APA, 2013). DSM-5 : *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5e éd.). American Psychiatric Publishing.

Arlt, J., Yiu, A., Eneva, K., Dryman, M. T., Heimberg, R. G., & Chen, E. Y. (2016). Contributions of cognitive inflexibility to eating disorder and social anxiety symptoms. *Eating Behaviors*, *21*(1), 30-32. https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2015.12.008

Bardone-Cone, A. M. (2007). Self-oriented and socially prescribed perfectionism dimensions and their associations with disordered eating. *Behaviour Research and Therapy*, *45*(8), 1977-1986. https://doi.org/10.1016/j.brat.2006.10.004

Bardone-Cone, A. M., Sturm, K., Lawson, M. A., Robinson, D. P., & Smith, R. (2010). Perfectionism across stages of recovery from eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, *43*(2), 139-148. https://doi.org/10.1002/eat.20674

Bardone-Cone, A. M., Wonderlich, S. A., Frost, R. O., Bulik, C. M., Mitchell, J. E., Uppala, S., & Simonich, H. (2007). Perfectionism and eating disorders: Current status and future directions. *Clinical Psychology Review*, *27*(3), 384-405. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.12.005

Bastiani, A. M., Rao, R., Weltzin, T., & Kaye, W. H. (1995). Perfectionism in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, *17*(2), 147-152. https://doi.org/10.1002/1098-108x(199503)17:2<147::aid-eat2260170207>3.0.co;2-x

Bizuel, C., Sadowsky, N., & Rigaud, D. (2001). The prognostic value of initial EDI scores in anorexia nervosa patients: A prospective follow-up study of 5–10 years. *European Psychiatry*, *16*(4), 232-238. https://doi.org/10.1016/S0924-9338(01)00570-3

Boone, L., & Soenens, B. (2015). In double trouble for eating pathology? An experimental study on the combined role of perfectionism and body dissatisfaction. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *47*(1), 77-83. https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2014.11.005

Boone, L., Soenens, B., & Luyten, P. (2014). When or why does perfectionism translate into eating disorder pathology? A longitudinal examination of the moderating and mediating role of body dissatisfaction. *Journal of Abnormal Psychology*, *123*(2), 412-418. https://doi.org/10.1037/a0036254

Boone, L., Soenens, B., Vansteenkiste, M., & Braet, C. (2012). Is there a perfectionist in each of us? An experimental study on perfectionism and eating disorder symptoms. *Appetite*, *59*(2), 531-540. https://doi.org/10.1016/j.appet.2012.06.015

Brockmeyer, T., Holtforth, M. G., Bents, H., Kämmerer, A., Herzog, W., & Friederich, H. C. (2013). The thinner the better: Self-esteem and low body weight in anorexia nervosa. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *20*(5), 394-400. https://doi.org/10.1002/cpp.1771

Carrard, I., Lien Rebetez, M. M., Mobbs, O., & van der Linden, M. (2015). Factor structure of a French version of the Eating Disorder Examination-Questionnaire among women with and without binge eating disorder symptoms. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, *20*(1), 137-144. https://doi.org/10.1007/s40519-014-0148-x

Casasnovas, C., Fernández-Aranda, F., Granero, R., Krug, I., Jiménez-Murcia, S., Bulik, C. M., & Vallejo-Ruiloba, J. (2007). Motivation to change in eating disorders: Clinical and therapeutic implications. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*, *15*(6), 449-456. https://doi.org/10.1002/erv.780

Cherry, K. M., Vander Hoeven, E., Patterson, T. S., & Lumley, M. N. (2021). Defining and measuring "psychological flexibility": A narrative scoping review of diverse flexibility and rigidity constructs and perspectives. *Clinical Psychology Review*, *84*(1), Article 101973. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.101973

Cossette, A. (2016). *Validation d'un questionnaire mesurant les motivations sous-jacentes au perfectionnisme* [Thèse de doctorat inédite]. Université du Québec à Trois-Rivières, QC.

Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1995). Human autonomy. The basis for true self-esteem. Dans M. H. Kernis (Éd.), *Efficacy, agency, and self-esteem* (pp. 31-49). Plenum Press. https://doi.org/10.1007/978-1-4899-1280-0_3

Dennis, J. P., & Vander Wal, J. S. (2010). The cognitive flexibility inventory: Instrument development and estimates of reliability and validity. *Cognitive Therapy and Research*, *34*(3), 241-253. https://doi.org/10.1007/s10608-009-9276-4

Egan, S. J., Piek, J. P., Dyck, M. J., Rees, C. S., & Hagger, M. (2013). A clinical investigation of motivation to change standards and cognitions about failure in perfectionism. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *41*(1), 565-578. https://doi.org/10.1017/S135246581200063X Co

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

El Akremi, A., & Roussel, P. (2003). *Analyse des variables modératrices et médiatrices par les méthodes d'équations structurelles : applications en GRH*. https://www.agrh.fr/assets/actes/2003elakremi-roussel045.pdf

Fairburn, C. G., & Beglin, S. J. (2008). Eating disorder examination questionnaire. Dans C. G. Fairburn (Éd.), *Cognitive behaviour therapy and eating disorders* (pp. 309-313). Guilford Press.

Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics*. Sage Publications.

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

Gagnon-Girouard, M. P., Chenel-Beaulieu, M. P., Aimé, A., Ratté, C., & Bégin, C. (2019). Psychological meanings of eating disorders and their association with symptoms, motivation toward treatment, and clinical evolution among outpatients. *Europe's Journal of Psychology*, *15*(2), 367-379. https://doi.org/10.5964/ejop. v15i2.1623

Garner, D. M., Olmsted, M. P., & Polivy, J. (1983). The Eating Disorder Inventory: A measure of cognitive-behavioral dimensions of anorexia nervosa and bulimia. *Anorexia Nervosa: Recent Developments in Research*, *3*(1), 173-184.

Gaskin, J. (2021), *Causal Model: Multigroup*. Gaskination's StatWiki. http://statwiki.gaskination.com/index.php?title=Causal_Models#Multi-group

Gaskin, J. (2022). *SEM Series (2016) 10. Multigroup Analysis*. Gaskination's Statistics, http://youtube.com/Gaskination

Gaudet, V. (2019). *Les motivations au perfectionnisme dans les troubles alimentaires* [Thèse de doctorat inédite]. Université du Québec à Trois-Rivières, QC.

Gregertsen, E. C., Mandy, W., & Serpell, L. (2017). The egosyntonic nature of anorexia: An impediment to recovery in anorexia nervosa treatment. *Frontiers in Psychology*, *8*. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.02273

Kaplan, A. S., & Garfinkel, P. E. (1999). Difficulties in treating patients with eating disorders: A review of patient and clinician variables. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *44*(7), 665-670. https://doi.org/10.1177/070674379904400703

Kashdan, T. B., Disabato, D. J., Goodman, F. R., Doorley, J. D., & McKnight, P. E. (2020). Understanding psychological flexibility: A multimethod exploration of pursuing valued goals despite the presence of distress. *Psychological Assessment*, *32*(9), 829-850. https://doi.org/10.1037/pas0000834

Keski-Rahkonen, A., & Mustelin, L. (2016). Epidemiology of eating disorders in Europe: prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. *Current Opinion in Psychiatry*, *29*(6), 340-345. https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000278

Laguardia, J. G., & Ryan, N. M. (2000). Buts personnels, besoins psychologiques fondamentaux et bien-être : théorie de l'autodétermination et applications. *Revue québécoise de psychologie*, *21*(2), 281-304.

Langlois, F., Aubé, W., Roy, P., & Vanasse-Larochelle, J.-P. (Octobre, 2010). *Confirmatory analysis of the Perfectionism Questionnaire* (short form). Communication présentée à l'Annual Convention of the European Association for the Advencement of Behavioral cognitive Therapy (EABCT), Milano, Italie.

Langlois, F., Rhéaume, J., Gosselin, P., Boucher, O., Lapointe-Brassard, M.-L., Ladouceur, R., & Vanasse Larochelle, J. P. (2009). *Evaluation of perfectionism*. Communication présentée à la Société québécoise de recherche en psychologie, Chicoutimi, Québec.

Limburg, K., Watson, H. J., Hagger, M. S., & Egan, S. J. (2017). The relationship between perfectionism and psychopathology: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, *73*(10), 1301-1326. https://doi.org/10.1002/jclp.22435

Lounes, N., Khan, G., & Tchanturia, K. (2011). Assessment of cognitive flexibility in anorexia nervosa-Self-report or experimental measure? A brief report. *Journal of the International Neuropsychological Society: JINS*, *17*(5), 925-928. https://doi.org/10.1017/S1355617711000671

Mobbs, O., & van der Linden, M. (2006). *Traduction française du questionnaire sur l'alimentation (Eating Questionnaire, EDE-Q).* [Document inédit].

Morris, L., & Mansell, W. (2018). A systematic review of the relationship between rigidity/flexibility and transdiagnostic cognitive and behavioral processes that maintain psychopathology. *Journal of Experimental Psychopathology*, *9*(3), https://doi.org/10.1177/2043808718779431.

Nilsson, K., Sundbom, E., & Hägglöf, B. (2008). A longitudinal study of perfectionism in adolescent onset anorexia nervosa-restricting type. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*, *16*(5), 386-394. https://doi.org/10.1002/erv.850

Roberts, M. E., Tchanturia, K., Stahl, D., Southgate, L., & Treasure, J. (2007). A systematic review and meta-analysis of set-shifting ability in eating disorders. *Psychological Medicine*, *37*(8), 1075-1084. https://doi.org/10.1017/S0033291707009877

Ryan, R. M., & Brown, K. W. (2003). Why we don't need self-esteem: On fundamental needs, contingent love, and mindfulness. *Psychological Inquiry*, *14*(1), 71-76.

Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Intrinsic and extrinsic motivations: Classic definitions and new directions. *Contemporary Educational Psychology*, *25*(1), 54-67. https://doi.org/10.1006/ceps.1999.1020

Satir, D. A., Thompson-Brenner, H., Boisseau, C. L., & Crisafulli, M. A. (2009). Countertransference reactions to adolescents with eating disorders: Relationships to clinician and patient factors. *International Journal of Eating Disorders*, *42*(6), 511-521. https://doi.org/10.1002/eat.20650

Schreiber, J. B., Nora, A., Stage, F. K., Barlow, E. A., & King, J. (2006). Reporting structural equation modeling and confirmatory factor analysis results: A review. *The Journal of Educational Research*, *99*(6), 323-338. https://doi.org/10.3200/JOER.99.6.323-338

Steinglass, J. E., Walsh, B. T., & Stern, Y. (2006). Set shifting deficit in anorexia nervosa. *Journal of the International Neuropsychological Society: JINS*, *12*(3), 431-435. https://doi.org/10.1017/S1355617706060528

Stoeber, J., Damian, L. E., & Madigan, D. J. (2017). Perfectionism: A motivational perspective. Dans J. Stoeber (Éd.), *The Psychology of Perfectionism* (pp. 19-43). Routledge.

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

Sutandar-Pinnock, K., Blake Woodside, D., Carter, J. C., Olmsted, M. P., & Kaplan, A. S. (2003). Perfectionism in anorexia nervosa: A 6–24-month follow-up study. *International Journal of Eating Disorders*, *33*(2), 225-229. https://doi.org/10.1002/eat.10127

Vallerand, R. J., Blais, M. R., Brière, N. M., & Pelletier, L. G. (1989). Construction et validation de l'échelle de motivation en éducation (EME). *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, *21*(3), 323-349. https://doi.org/10.1037/h0079855

Vandereycken, W. (2006a). Denial of illness in anorexia nervosa—a conceptual review: Part 1 diagnostic significance and assessment. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*, *14*(5), 341-351. https://doi.org/10.1002/erv.721

Vandereycken, W. (2006b). Denial of illness in anorexia nervosa—a conceptual review: Part 2 different forms and meanings. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*, *14*(5), 352-368. https://doi.org/10.1002/erv.722

Vinkers, C. D., Evers, C., Adriaanse, M. A., & de Ridder, D. T. (2012). Body esteem and eating disorder symptomatology: The mediating role of appearance-motivated exercise in a non-clinical adult female sample. *Eating Behaviors*, *13*(3), 214-218. https://doi.org/10.1016/ j.eatbeh.2012.02.006

Wedig, M. M., & Nock, M. K. (2010). The functional assessment of maladaptive behaviors: A preliminary evaluation of binge eating and purging among women. *Psychiatry Research*, *178*(3), 518-524. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2009.05.010

Discussion générale

Cette étude s’est intéressée au rôle modérateur que joue la flexibilité cognitive dans le lien entre les motivations sous-jacentes à un désir d’une alimentation et d’un corps parfait et les symptômes de TCA. Des analyses ont été effectuées pour déterminer les liens entre la flexibilité, les motivations au perfectionnisme et les sous-échelles de l’EDEQ. L’hypothèse de modération a été partiellement confirmée puisque seule la sous-échelle sentiment de contrôle devant les problèmes, une sous-échelle du questionnaire de l’*Inventaire de flexibilité cognitive*, était liée à la motivation ou à une sous-échelle de l’EDEQ. Ainsi, le sentiment de contrôle devant les problèmes modère la relation entre les motivations perfectionnistes et les types de symptômes de TCA. Les différences significatives entre les groupes se situent particulièrement au niveau de l’échelle de restriction.

Pour toutes les participantes, ceci tant dans le groupe avec un faible ou un fort sentiment de contrôle face aux problèmes, la motivation introjectée explique positivement la variance des sous-échelles qui mettent en évidence les préoccupations liées aux TCA. Plus les participantes sont motivées de façon introjectée à adopter une alimentation parfaite, plus les préoccupations pour la silhouette, le poids et l'alimentation sont élevées. Le fait de poursuivre des idéaux de perfection pour éviter un sentiment de honte ou pour rechercher un sentiment de fierté serait associé à des préoccupations plus fortes pour le poids, la silhouette et l’alimentation.

Ces résultats sont cohérents avec ceux de l'étude de Brockmeyer et al. (2013) qui examinait l'influence du poids sur l'estime de soi chez des individus ayant un diagnostic d'AN rétabli ou non. Selon la théorie de l'autodétermination, les actions entreprises le sont en fonction de leur effet sur l'estime de l'individu, à savoir si l'action pourrait augmenter l'estime de soi (donc donner un sentiment de fierté) ou protéger l'estime (en évitant un sentiment de honte). Pour certains individus, dont certainement les individus ayant un TCA, l'estime est contingente à l'atteinte ou non des standards établis par l'individu (APA, 2013). Ainsi, un échec dans un domaine établi (p. ex., la perte de poids) a un impact direct sur le niveau d'estime de l'individu en question. Les résultats de l'étude de Brockmeyer et al. indiquent que les individus ayant un diagnostic actif ou passé présentent un plus faible niveau d'estime de soi que les individus n'ayant jamais eu de diagnostic. Ces mêmes résultats indiquent aussi qu'une perte de poids est associée à une hausse de l'estime de soi. Dans cette population, l'estime de soi serait donc contingente au poids de l'individu. Or, leurs résultats suggèrent qu'il serait pertinent d'adresser la question de l'estime de soi dans le traitement des symptômes. Les résultats de la présente étude indiquent les mêmes éléments, un traitement tenant compte de la source de l'estime de soi pourrait être bénéfique pour cette population. Une autre étude (Swan & Andrews, 2003) s'intéressant aux individus ayant reçu un traitement pour des TCA et la honte, en lien avec le dévoilement en thérapie, indique que les individus ayant un diagnostic actif ou étant rétabli présentaient plus de honte que les individus n'ayant jamais eu de diagnostic. Leurs résultats indiquent également que les individus ayant un diagnostic actif ou étant rétabli affichent un niveau plus élevé de honte (en lien avec l'alimentation et le

corps) que les individus contrôles. La honte serait donc une composante importante à considérer chez cette population, et ce, même lorsqu'ils sont considérés rétablis. Ces résultats vont dans le même sens que les résultats de la présente étude, puisque la honte est le moteur de la motivation introjectée. Les prochaines études pourraient cibler cliniquement des manières d'adresser la honte résiduelle chez les individus ayant un TCA.

La présente étude stipulait que la flexibilité dans son ensemble serait un modérateur de la relation entre les motivations sous-jacentes au désir de perfection dans l'alimentation et les différents types de symptômes. Les analyses indiquent que seule la sous-échelle mesurant le sentiment de contrôle sur les évènements de la vie (une des composantes de la flexibilité cognitive selon le questionnaire de l'*Inventaire de flexibilité cognitive*) modère le lien entre certaines motivations perfectionnistes et certains types de symptômes de TCA. Ainsi, lorsque l'on divise les participantes de l'échantillon selon leur niveau de sentiment de contrôle devant les problèmes, les motivations associées aux symptômes alimentaires diffèrent selon le groupe. Plus précisément, la modération concernerait les motivations qui sont associées à des comportements de restriction, notamment la motivation identifiée et la motivation externe positive. De plus, bien qu'il y ait un lien significatif entre la motivation intrinsèque et les symptômes restrictifs pour le groupe sentiment de contrôle fort, la différence entre les coefficients des deux groupes n'était pas statistiquement significative. Enfin, les résultats indiquent que le sentiment de contrôle ne permet pas de distinguer les motivations à la source des autres sous échelles de symptômes alimentaires.

Tel que discuté dans l'article scientifique, plusieurs raisons pourraient expliquer le fait que la flexibilité dans son ensemble ne soit pas un modérateur. D'abord, il est possible que la taille de l'échantillon de permettait pas d'avoir une puissance optimale pour l'analyse de modération multigroupe. De plus, il est aussi possible que la mesure de flexibilité retenue pour cette étude ne permettait pas de détecter une relation de modération. Sachant cela, il pourrait être intéressant de répliquer cette étude avec un *Questionnaire de flexibilité psychologique*, le PPFI (Cherry et al., 2021). D'autres conceptualisations de la flexibilité pourraient mieux expliquer la variance des symptômes de TCA et des motivations perfectionnistes.

Lorsqu'on analyse les différences entre les groupes, on note que chez les femmes ayant un plus grand sentiment de contrôle face aux problèmes de la vie, ce sont les motivations intrinsèques, identifiée et introjectée qui expliquent la variance de différents symptômes alimentaires. Plus les participantes de ce groupe sont motivées intrinsèquement à l'atteinte de la perfection du corps et de l'alimentation, plus les symptômes de restriction sont élevés. La motivation intrinsèque fait référence au sentiment de plaisir qu'un individu va ressentir en poursuivant un comportement. Or, le plaisir ressenti à atteindre la perfection dans l'alimentation est associé à l'intensité de la restriction et suggère l'idée que la motivation intrinsèque soit pervertie dans cette population puisque cette motivation est habituellement associée à un fonctionnement sain (Ryan & Deci, 2000). Les résultats suggèrent que le sentiment de plaisir ressenti dans une action dite intrinsèque prédirait l'utilisation de comportements plus autodestructeurs que

bénéfiques pour l'individu. Il est possible que ce plaisir dans la restriction alimentaire ait un effet autorenforçateur : en effet, plus on se restreint, plus on a l'impression d'avoir un contrôle sur son alimentation et sur sa vie, ce qui encourage la restriction. Il aurait été intéressant de vérifier cette hypothèse en tenant compte de la typologie TCA. Il est possible que le plaisir dans le contrôle soit différent dans des groupes caractérisés par la BN ou l'AN. Dans la littérature portant sur la théorie de l'autodétermination (Laguardia & Ryan, 2000), selon laquelle la motivation intrinsèque est associée avec des facteurs psychologiques positifs, ces résultats semblent jeter un nouvel éclairage sur le profil motivationnel des individus ayant un TCA. Il faut toutefois considérer ce résultat avec réserve car la différence entre les deux groupes est marginale et non significative.

L'étude des motivations sous-jacentes aux comportements TCA permet de faire le pont avec le concept de fonction des comportements. Une étude conduite en 2019 par Gagnon-Girouard et ses collègues s'est justement intéressée aux fonctions que peut avoir un TCA dans la vie d'un individu. Leurs résultats indiquent que TCA auraient principalement les fonctions suivantes : éviter de ressentir des émotions et des expériences négatives, avoir un sentiment de force et de contrôle mental et obtenir un sentiment de sécurité et de stabilité (p. ex., garder sa vie et son corps sous contrôle). Leurs résultats indiquent également que l'évitement était la fonction la plus fréquente, suivi de la force et du contrôle mental. L'évitement était rapporté significativement plus souvent pour les individus ayant un diagnostic de BN que les individus ayant un diagnostic d'AN. Face à ces résultats, il est possible de se questionner sur les différences motivationnelles entre les

deux types de TCA. De plus, leurs résultats font du sens avec ceux de la présente étude. En effet, dans cette population, on peut penser que les TCA sont une manière de conserver un sentiment de contrôle sur sa vie. Ceci est cohérent avec la relation observée entre la motivation introjectée et les symptômes cognitifs de TCA. En effet, les symptômes de TCA leur permettraient de conserver un contrôle sur leur vie et d'éviter de ressentir des émotions négatives telles que la honte. Il aurait également été intéressant de faire des comparaisons selon le type de TCA. Il est possible que les individus ayant un diagnostic d'AN n'aient pas le même sentiment de contrôle que les individus ayant un diagnostic de BN.

À l'inverse, toujours chez le groupe à haut sentiment de contrôle, les résultats indiquent que plus la motivation est identifiée, moins la tendance à la restriction est élevée. Le fait de vouloir avoir une alimentation parfaite pour être en cohérence avec ses valeurs (p. ex., pour avoir une bonne santé), est associée à moins de comportements alimentaires restrictifs. Ceci est davantage cohérent avec la littérature sur la théorie de l'autodétermination et les facteurs psychologiques (Laguardia & Ryan, 2000). En effet, dans une population générale, le fait d'entreprendre des actions en cohérence avec nos valeurs serait associé à un fonctionnement psychologique positif. Les résultats de l'étude de Gaudet (2019) suggéraient que les individus ayant des symptômes de TCA plus sévères étaient motivés par leur système de valeurs. Ces résultats vont dans le sens contraire des présents résultats. Toutefois, dans la présente étude, l'échantillon a plutôt été divisé selon le niveau de sentiment de contrôle face aux problèmes de la vie, alors que dans l'étude de

Gaudet, la division avait été faite en lien avec la sévérité des symptômes de TCA. Cette division clinique pourrait expliquer pourquoi les résultats diffèrent. De plus, une partie de l'échantillon de Gaudet avait été en partie recrutée par l'entremise d'une ressource d'aide téléphonique (ANEB), alors que le présent échantillon comprend uniquement des femmes qui consultent pour un traitement des symptômes alimentaires. Le portrait symptomatologique et motivationnel des individus utilisant ces ressources pourrait être très différent. En effet, les participantes faisant partie d'un groupe de traitement ne présentent peut-être pas les mêmes motivations que ceux ne faisant pas partie d'un groupe. Donc, dans ce groupe, la motivation intrinsèque est associée aux symptômes restrictifs alors que la motivation identifiée est négativement associée à ces mêmes symptômes.

Du côté des participantes ayant un plus faible sentiment de contrôle face aux problèmes, ce sont plutôt les motivations introjectées externes positives qui expliquent significativement les différents symptômes alimentaires. Ainsi, plus une participante présente une motivation matérielle d'approche (p. ex., recevoir un prix, une mention ou une récompense), moins elle présente de symptômes restrictifs. Dans le contexte des TCA cela pourrait se manifester par exemple par l'envie d'obtenir des *likes* sur les médias sociaux ou d'avoir des congés de traitement pour une personne hospitalisée. L'explication de ce résultat pourrait résider dans le locus de contrôle (Ryan & Deci, 2000). En effet, il est possible que les filles ayant un faible niveau de sentiment de contrôle sur les problèmes de la vie recherchent de la satisfaction dans les prix ou les mentions obtenues par le monde extérieur, par exemple être la fille la plus mince d'un groupe, et que le fait d'avoir obtenu

cette satisfaction réduit leur besoin de restriction alimentaire. Il est possible de penser que, dans un contexte de traitement psychologique, la restriction qui n'est pas valorisée ni récompensée amène une recherche de récompense d'autre façon comme atteindre des objectifs externes pour sortir le plus rapidement possible d'un le programme de soin. Cette étude a été effectuée dans le cadre d'un traitement des symptômes alimentaires, il serait possible de vérifier cette hypothèse en reproduisant ce devis dans un autre contexte tel qu'avec des individus prenant part à des mouvements tel que « pro-ana », mouvement qui prône les symptômes anorexiques et qui offre mêmes des outils et du support pour perdre du poids. Des études ultérieures devraient tenter de déterminer si le type de motivations sous-jacentes au perfectionnisme permettrait de prédire la variance de la réponse au traitement.

Par ailleurs, le modèle d'analyses multigroupes montre que les motivations sont corrélées entre elles. Ceci révèle que les comportements alimentaires sont adoptés pour plusieurs raisons différentes. Ces interprétations vont dans le même sens que les résultats de l'étude de Wedig et Nock (2010) qui indiquent que les individus qui ont des comportements d'accès hyperphagiques et de purge ont de tels comportements pour plusieurs raisons, notamment pour gérer leurs émotions. En effet, ces comportements alimentaires serviraient entre autre à communiquer leurs besoins aux autres, à réduire leurs émotions négatives et à augmenter leurs émotions positives. Ils argumentent que le traitement psychologique de ces personnes devrait s'intéresser à la raison sous-jacente au comportement avant de tenter de le supprimer. La présente étude permet aussi d'aborder

des symptômes de TCA sous cette lorgnette. L'intérêt de de cette étude était de découvrir ce qui motive les comportements et les préoccupations alimentaires. Les résultats confirment que les femmes qui consultent pour des problèmes alimentaires cherchent la perfection dans le poids et l'alimentation pour plusieurs raisons. Les résultats de la présente étude soutiennent l'importance de considérer une meilleure évaluation des motivations sous-jacentes pour déterminer les meilleures cibles thérapeutiques et diminuer la complexité du traitement.

Valeurs et apports de l'étude

À notre connaissance, il s'agit de la première étude investiguant le rôle modérateur de la flexibilité cognitive dans le lien entre les motivations sous-jacentes au perfectionnisme et les symptômes de TCA. Dans la littérature actuelle, plusieurs études ont porté sur la motivation au changement chez cette population sans investiguer les raisons pour lesquelles les gens adoptent des comportements néfastes pour leur santé. La présente perspective motivationnelle permet d'ouvrir de nouvelles voies en considérant différentes raisons sous-tendant la recherche d'une alimentation parfaite, en établissant un portrait différent selon le niveau de sentiment de contrôle d'un individu En effet, l'avantage du modèle motivationnel (Matusitz & Martin, 2013) est qu'il permet de distinguer les motivations qui se cachent derrière le comportement des individus, et non seulement de tenir compte du comportement observable. Il n'est pas seulement important de relever les symptômes créant un dysfonctionnement, il est également important de distinguer les individus qui cherchent la perfection dans leur alimentation pour le plaisir,

pour les valeurs, pour éviter la honte, pour rechercher un statut social, pour une récompense ou par simple habitude. Cette distinction motivationnelle est utile afin d'intervenir sur le bon niveau, créant une opportunité d'adresser le problème central. Une autre avenue de recherche pertinente serait de dresser le portrait du niveau de toutes les différentes motivations pour chacune les participantes et ainsi tenir compte de la multitude des motivations présentes à la fois. Ainsi, cette avenue permettrait de considérer toutes les motivations sous-jacentes derrière les comportements alimentaires problématiques et ainsi illustrer la complexité d'un seul comportement.

Un autre apport de la présente étude est d'avoir utilisé des analyses d'équations structurales des différents symptômes alimentaires plutôt que d'uniquement prédire un score global de symptômes alimentaires. L'étude permet d'avoir une perspective plus précise des symptômes alimentaires puisque le score global n'aurait pas permis de faire la différence entre les symptômes de restriction et les différentes préoccupations. En effet, les motivations sous-jacentes aux différents symptômes n'étaient pas toujours les mêmes. Premièrement, les préoccupations cognitives (alimentation, poids et silhouette) étaient motivées par la motivation introjectée. Deuxièmement, les motivations sous-jacentes aux symptômes restrictifs changeaient dépendamment du sentiment de contrôle. Malgré ce premier pas dans l'investigation des motivations sous-tendant un désir de perfection chez cette population, plus d'études sont nécessaires afin de mieux comprendre les différents facteurs influençant les motivations et les liens avec les différents facteurs psychologiques.

Perspective pour les futures recherches

Cette étude pourrait être reproduite avec un plus grand échantillon. En effet, il est possible qu'un plus grand échantillon permette de faire ressortir des relations qui sont actuellement non observées par manque de puissance statistique. De plus, un plus grand échantillon permettrait de refaire les analyses tout en tenant compte de certaines variables telles que la nationalité, la nature des symptômes, l'âge, la durée des symptômes, etc. Il serait ainsi possible d'avoir un portrait plus diversifié et représentatif de la population ayant un TCA. De futures recherches devraient prendre soin d'établir une évaluation diagnostic à l'aide d'entrevues structurées plus formelles pour tenir en compte des différentes classifications de TCA et vérifier si le profil motivationnel est différent selon le type de TCA.

Enfin, comme la présente étude ne démontre pas que les deux sous-échelles de la flexibilité cognitive sont des modérateurs de la relation d'intérêt, il serait pertinent de d'utiliser une autre mesure de flexibilité, telle que la flexibilité psychologique (Dionne et al., 2013) ou neuropsychologique (Lounes et al., 2011) ou même la flexibilité selon l'ACT (Monestès et al., 2009). Il est possible que la conceptualisation de la flexibilité retenue dans la présente étude ne cible qu'une petite partie de ce grand concept. Tel que mentionné par Cherry et al. (2021) dans leur récente revue de la littérature sur les outils de mesures de la flexibilité, les études pourraient bénéficier de repenser la méthodologie utilisée pour étudier la flexibilité. Ils suggèrent par exemple l'utilisation de devis longitudinal avec plusieurs temps de mesure permettant de mieux saisir la complexité du construit de la

flexibilité. Ils affirment également que les mesures les plus utilisées actuellement dans le domaine de la flexibilité psychologique (plus particulièrement le AAQ-II) ne sont pas adéquats pour mesurer le construit. Ils suggèrent une réforme assez drastique des outils et de la conceptualisation de la flexibilité, afin de bien circonscrire le construit et mieux le comprendre. Cette étude n'était disponible au moment du recrutement. De plus, il est possible que la mesure choisie dans notre étude n'ait pas été bien compris par les participantes. Il est possible qu'elles aient confondu « sentiment de contrôle » et « besoin de contrôle ». Il semble qu'aucun outil disponible au moment de l'étude ne permettait de mesurer objectivement le contrôle de ces participantes devant les problèmes de la vie. L'utilisation d'un questionnaire sur le besoin de contrôle permettrait de vérifier si les résultats changent en fonction du besoin de contrôle.

D'autres recherches sont également nécessaires pour approfondir la compréhension du rôle du plaisir que procurerait la recherche de perfection chez les TCA. En effet, le lien entre la motivation intrinsèque et les symptômes de restrictions pour les participantes ayant un plus haut sentiment de contrôle sur leur vie est surprenant. Ceci suggère une perversion de la motivation intrinsèque pour cette population. Plus d'études sont nécessaires pour comprendre la composante de plaisir dans le désir de perfection de ces individus afin de bien orienter le traitement. L'étude du besoin de contrôle pourrait aider à comprendre pourquoi le contrôle du poids et de l'alimentation procure autant de plaisir.

À la suite des résultats de cette étude, plusieurs questions cliniques restent encore à élucider. En effet, le devis transversal n'a pas permis de vérifier si les motivations sous-jacentes au perfectionnisme sont stables dans le temps et si d'éventuelles fluctuations se répercutent sur les comportements du TCA ou même si les symptômes de TCA ont un impact sur les motivations. Un devis corrélationnel ne permet pas de déterminer la direction du lien mesuré; ainsi il est possible que les symptômes de TCA aient une influence sur le profil motivationnel. Cela pourrait se manifester par un renforcement de la motivation intrinsèque par le biais d'une augmentation des symptômes de restriction. Ainsi, plus de symptômes de restriction pourraient renforcer la motivation intrinsèque, et donc le plaisir à la restriction.

De plus, il serait pertinent de poursuivre l'étude des motivations sous-jacentes à la recherche de perfection dans le poids en ciblant d'autres modérateurs comme les profils restrictifs versus compulsifs. Aussi, la question de la perversion possible de la motivation intrinsèque dans le cas des participantes ayant un plus haut niveau de sentiment de contrôle sur leur vie mériterait d'être approfondie.

Pertinence clinique

Les résultats de la présente étude indiquent que la perception de contrôle devant les problèmes pourrait être une variable intéressante à évaluer pour la préparation des plans de traitements des TCA afin de mieux saisir quelles motivations sous-tendent certains symptômes alimentaires. De manière générale et de façon cohérente avec la littérature

(Flett et al., 2016; Swan & Andrews, 2003), la motivation introjectée est liée aux symptômes cognitifs des préoccupations TCA. Ceci indique que peu importe le niveau de sentiment de contrôle d'un individu sur sa vie, l'estime de soi et les enjeux liés à la honte mériteraient d'être davantage explorer dans la préparation du plan d'intervention.

Dans le cas des individus ayant un plus haut sentiment de contrôle face à leur vie, c'est la motivation intrinsèque, le plaisir ressenti dans la quête de perfection, qui est le plus associée aux symptômes de restriction. Cela semble suggérer que le plaisir que leur procure la recherche de la perfection pourrait être une bonne porte d'entrée pour traiter cette catégorie de symptômes. De plus, considérant que pour ce groupe la motivation identifiée semble être protectrice des symptômes restrictifs, la clarification du système de valeurs de l'individu pourrait favoriser des comportements plus sains qui les éloigneraient des comportements alimentaires néfastes (Ryan & Deci, 2002). Par exemple, s'alimenter réellement pour la santé et non pour l'image que le corps envoie pourrait avoir un impact sur le vécue de ces personnes. D'un autre côté, pour les individus ayant un plus faible sentiment de contrôle, la motivation externe positive pourrait jouer un certain rôle de protection par rapport aux symptômes restrictifs. Le fait de vouloir être symboliquement la meilleure ou d'accéder à des privilèges dans un contexte de traitement des TCA semblerait être positif pour ces individus, du moins pour les comportements de restriction. Toutefois, ceci reste une hypothèse à confirmer puisque rien dans la littérature ne permettait d'expliquer ce lien. En revanche, malgré ce bénéfice en apparence, il faut garder en tête que la motivation externe n'est pas une motivation autodéterminée et

qu'idéalement, il faudrait viser le développement de motivation autodéterminée à vouloir bien s'alimenter et gérer son poids dans le but d'être en santé (Flett et al., 2016).

Concrètement, les intervenants pourraient être attentifs au plaisir inhérent à ce désir de contrôle et de perfection du corps et son impact sur le plan de traitement. Ils pourraient également encourager les participantes à lier leur alimentation à des valeurs personnelles (comme la santé), considérant la valeur protectrice de la motivation identifiée sur les symptômes de restriction. Aussi, les intervenants ne doivent pas négliger la place des motivations introjectées qui suggèrent que l'estime de soi est contingente à des critères de poids irréalistes. Les intervenants pourraient encourager les participantes à développer une estime de soi indépendante de l'atteinte de standards de beauté et de perfection.

Plusieurs limites doivent être considérées pour bien comprendre les résultats présentés dans l'étude actuelle. En effet, le devis actuel ne tient compte que des liens présents chez une population féminine; tous les hommes ($n = 4$) ont été retirés de l'échantillon pour uniformiser les résultats. Nous avions le souci d'uniformiser les résultats observés en lien avec la variable sexe. Toutefois, la littérature sur la gent masculine et les TCA est rare (Greenberg & Schoen, 2008). La prévalence de l'AN et la BN n'est pas la même selon le sexe. En effet, la prévalence de l'AN et de la BN est trois fois plus grande chez les femmes (APA, 2013; Greenberg & Schoen, 2008). Les différences entre les deux genres concerneraient des préoccupations en lien avec le poids : les femmes se plaindraient de leur poids en termes de kilo à perdre ou en termes de

grandeur de vêtement alors que les hommes se plaindraient de leur physique en haut de la taille (p. ex., bras et poitrine). Les hommes seraient également plus susceptibles de souffrir d'anorexie renversée ou de bigorexie (Greenberg & Schoen, 2008). Il est très possible que les motivations sous-jacentes à la recherche de la perfection du corps et de l'alimentation des hommes soient différentes de celles des femmes. Il serait d'un intérêt clinique et empirique d'investiguer ce qui encourage les hommes à entreprendre des comportements problématiques alimentaires.

Conclusion générale

Le but de cette étude était de déterminer le rôle que joue la flexibilité cognitive dans le lien entre les motivations sous-jacentes à un désir de perfection de son corps et de son alimentation et les différents symptômes de TCA. L'hypothèse principale de l'étude a été partiellement démontrée puisque les résultats indiquent que c'est le sentiment de contrôle devant les problèmes, une sous-échelle de la flexibilité, qui est modérateur du lien d'intérêt et non la flexibilité cognitive dans son ensemble.

Les résultats de cette étude indiquent également que, chez toutes les participantes, la motivation introjectée est liée aux inquiétudes pour le poids, la silhouette et l'alimentation. Plus spécifiquement, chez les individus présentant un faible niveau de sentiment de contrôle devant les problèmes de la vie, le fait de vouloir obtenir la perfection dans son alimentation pour obtenir des récompenses (motivation matérielle positive) les éloigne des comportements de restrictions. De l'autre côté, chez les individus présentant un fort sentiment de contrôle devant les problèmes, la restriction est associée à plus de plaisir à rechercher la perfection et moins de motivations identifiée (le besoin d'agir selon des valeurs). La motivation intrinsèque pourrait s'avérer en quelque sorte pervertie chez eux dans le plaisir du contrôle. Les résultats de la présente étude semblent suggérer que la perception d'un sentiment de contrôle sur les problèmes mérite encore notre attention et pourrait permettre d'améliorer ultimement les traitements des TCA.

À notre connaissance, il s'agit de la première étude examinant les relations entre la flexibilité cognitive, les motivations sous-jacentes au perfectionnisme et les symptômes de TCA. Les résultats suggèrent la pertinence de considérer l'impact d'une composante de flexibilité psychologique, c'est-à-dire le sentiment de contrôle devant les problèmes, sur les motivations qui sont associées au TCA. L'étude pourrait aussi nous pousser à mieux comprendre le plaisir pervers qui semble associé au sentiment de contrôle. Néanmoins, d'autres recherches sont nécessaires pour mieux comprendre pourquoi certaines personnes souffrant de TCA continue à émettre des comportements aussi nocifs pour elles-mêmes.

Références générales

Abbate-Daga, G., Amianto, F., Delsedime, N., De-Bacco, C., & Fassino, S. (2013). Resistance to treatment and change in anorexia nervosa: A clinical overview. *BMC Osychiatry*, *13*(1), 1-18. https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-294

Adler, A. (1956). The neurotic disposition. Dans H. L. Ansbacher & R. R. Ansbacher (Éds), *The individual psychology of Alfred Adler* (pp. 239-262). Harper.

Affrunti, N. W., Gramszlo, C., & Woodruff-Borden, J. (2016). Executive function moderates the association between fearful temperament and dimensions of perfectionism. *Personality and Individual Differences*, *89*(1), 117-122. https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.10.012

American Psychiatric Association. (APA, 2013). DSM-5 : *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5e éd.). American Psychiatric Publishing.

Arlt, J., Yiu, A., Eneva, K., Dryman, M. T., Heimberg, R. G., & Chen, E. Y. (2016). Contributions of cognitive inflexibility to eating disorder and social anxiety symptoms. *Eating Behaviors*, *21*(1), 30-32. https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2015.12.008

Bachner-Melman, R., Zohar, A. H., Kremer, I., & Ebstein, R. P. (2007). Psychological profiles of women with a past or present diagnosis of anorexia nervosa. *Internet Journal of Mental Health*, *4*(2), 2. https://doi.org/10.5580/1a20

Bardone-Cone, A. M., Joiner Jr, T. E., Crosby, R. D., Crow, S. J., Klein, M. H., Le Grange, D., Mitchell, J. E., Peterson, C. B., & Wonderlich, S. A. (2008). Examining a psychosocial interactive model of binge eating and vomiting in women with bulimia nervosa and subthreshold bulimia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, *46*(7), 887-894. https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.04.003

Bardone-Cone, A. M., Sturm, K., Lawson, M. A., Robinson, D. P., & Smith, R. (2010). Perfectionism across stages of recovery from eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, *43*(2), 139-148. https://doi.org/10.1002/eat.20674

Bardone-Cone, A. M., Wonderlich, S. A., Frost, R. O., Bulik, C. M., Mitchell, J. E., Uppala, S., & Simonich, H. (2007). Perfectionism and eating disorders: Current status and future directions. *Clinical Psychology Review*, *27*(3), 384-405. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.12.005

Bastiani, A. M., Rao, R., Weltzin, T., & Kaye, W. H. (1995). Perfectionism in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, *17*(2), 147-152. https://doi.org/10.1002/1098-108x(199503)17:2<147::aid-eat2260170207>3.0.co;2-x

Bélanger, A. (2007). *Le corps standardisé : la minceur et l'influence de l'environnement social sur les stratégies de perte de poids chez les adolescentes* [Mémoire de mémoire inédit]. Université Laval, Québec, QC.

Bergman, A. J., Nyland, J. E., & Burns, L. R. (2007). Correlates with perfectionism and the utility of a dual process model. *Personality and Individual Differences*, *43*(2), 389-399. https://doi.org/10.1016/j.paid.2006.12.007

Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., Waltz, T., & Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A revised measure of psychological flexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy, 42*(1), 676-688. https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.007

Boone, L., & Soenens, B. (2015). In double trouble for eating pathology? An experimental study on the combined role of perfectionism and body dissatisfaction. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *47*(1), 77-83. https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2014.11.005

Boone, L., Soenens, B., & Luyten, P. (2014). When or why does perfectionism translate into eating disorder pathology? A longitudinal examination of the moderating and mediating role of body dissatisfaction. *Journal of Abnormal Psychology*, *123*(2), 412-418. https://doi.org/10.1037/a0036254

Boone, L., Soenens, B., Mouratidis, A., Vansteenkiste, M., Verstuyf, J., & Braet, C. (2012). Daily fluctuations in perfectionism dimensions and their relation to eating disorder symptoms. *Journal of Research in Personality*, *46*(6), 678-687. https://doi.org/10.1016/j.jrp.2012.08.001

Boone, L., Soenens, B., Vansteenkiste, M., & Braet, C. (2012). Is there a perfectionist in each of us? An experimental study on perfectionism and eating disorder symptoms. *Appetite*, *59*(2), 531-540. https://doi.org/10.1016/j.appet.2012.06.015

Boudreau, S. (2021). *L'influence de l'estime de soi et les facteurs socioculturels sur les tendances des troubles alimentaires* [Thèse de doctorat inédite]. Université de Moncton, NB.

Breault, A. A. (2020). *L'hyperphagie boulimique et la dépendance alimentaire : comparaison des profils* [Mémoire de maitrise inédit]. Université Laval, Québec, QC.

Brockmeyer, T., Holtforth, M. G., Bents, H., Kämmerer, A., Herzog, W., & Friederich, H. C. (2013). The thinner the better: Self-esteem and low body weight in anorexia nervosa. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *20*(5), 394-400. https://doi.org/10.1002/cpp.1771

Burns, D. D. (1980). The perfectionist's script for self-defeat. *Psychology Today*, *14*(6), 34-52.

Carraz, J. (2009). *Anorexie et boulimie : approche dialectique* (Série Pratiques en psychothérapie). Elsevier Masson.

Cassin, S. E., & von Ranson, K. M. (2005). Personality and eating disorders: A decade in review. *Clinical Psychology Review*, *25*(7), 895-916. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.04.012

Chen, K. C., & Jang, S. J. (2010). Motivation in online learning: Testing a model of self-determination theory. *Computers in Human Behavior*, *26*(4), 741-752. https://doi.org/10.1016/j.chb.2010.01.011

Cherry, K. M., Vander Hoeven, E., Patterson, T. S., & Lumley, M. N. (2021). Defining and measuring "psychological flexibility": A narrative scoping review of diverse flexibility and rigidity constructs and perspectives. *Clinical Psychology Review*, *84*(1), Article 101973. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.101973

Cossette, A. (2016). *Validation d'un questionnaire mesurant les motivations sous-jacentes au perfectionnisme* [Thèse de doctorat inédite]. Université du Québec à Trois-Rivières, QC.

Criquillion-Doublet, S., & Doyen, C. (2016). *Anorexie, boulimie: nouveaux concepts, nouvelles approches* (Série Cahiers de Sainte-Anne). Lavoisier-Médecine sciences.

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

Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1995). Human autonomy. The basis for true self-esteem. Dans M. H. Kernis (Éd.), *Efficacy, agency, and self-esteem* (pp. 31-49). Plenum Press. https://doi.org/10.1007/978-1-4899-1280-0_3

Dennis, J. P., & Vander Wal, J. S. (2010). The cognitive flexibility inventory: Instrument development and estimates of reliability and validity. *Cognitive Therapy and Research*, *34*(3), 241-253. https://doi.org/10.1007/s10608-009-9276-4

de Zwaan, M., Lancaster, K. L., Mitchell, J. E., Howell, L. M., Monson, N., Roerig, J. L. & Crosby, R. D. (2002). Health-related quality of life in morbidly obese patients: Effect of gastric bypass surgery. *Obesity Surgery, 12*(6), 773-780. https://doi.org/10.1381/096089202320995547

Dionne, F., Ngô, T. L., & Blais, M. C. (2013). Le modèle de la flexibilité psychologique : une approche nouvelle de la santé mentale. *Santé mentale au Québec*, *38*(2), 111-130. https://doi.org/10.7202/1023992ar

Duffy, R. D., Blustein, D. L., Diemer, M. A., & Autin, K. L. (2016). The psychology of working theory. *Journal of Counseling Psychology*, *63*(2), 127-148. https://doi.org/10.1037/cou0000140

Edmunds, J., Ntoumanis, N., & Duda, J. L. (2006). A test of self-determination theory in the exercise domain. *Journal of Applied Social Psychology*, *36*(9), 2240-2265. https://doi.org/10.1111/j.0021-9029.2006.00102.x

Egan, S. J., Piek, J. P., Dyck, M. J., & Rees, C. S. (2007). The role of dichotomous thinking and rigidity in perfectionism. *Behaviour Research and Therapy*, *45*(8), 1813-1822. https://doi.org/10.1016/j.brat.2007.02.002

Egan, S., Piek, J., Dyck, M., & Kane, R. (2011). The reliability and validity of the Positive and Negative Perfectionism Scale. *Clinical Psychologist*, *15*(3), 121-132. https://doi.org/10.1111/j.1742-9552.2011.00029.x

Egan, S. J., Piek, J. P., Dyck, M. J., Rees, C. S., & Hagger, M. (2013). A clinical investigation of motivation to change standards and cognitions about failure in perfectionism. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *41*(1), 565-578. https://doi.org/10.1017/S135246581200063X Co

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

Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. Lyle Stuart.

Fairburn, C. G., & Beglin, S. J. (2008). Eating disorder examination questionnaire. Dans C. G. Fairburn (Éd.), *Cognitive behaviour therapy and eating disorders* (pp. 309-313). Guilford Press.

Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A "transdiagnostic" theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, *41*(5), 509-528. https://doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00088-8

Fanget, F. (2008). *Toujours mieux! : psychologie du perfectionnisme*. Éditions Odile Jacob.

Ferrari, J. R., & Mautz, W. T. (1997). Predicting perfectionism: Applying tests of rigidity. *Journal of Clinical Psychology*, *53*(1), 1-6. https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-4679(199701)53:1<1::AID-JCLP1>3.0.CO;2-Y

Flett, G. L., & Hewitt, P. L. (2002). Perfectionism and maladjustment: An overview of theoretical, definitional, and treatment issues. Dans G. L. Flett & P. L. Hewitt (Éds), *Perfectionism: Theory, research, and treatment* (pp. 5-31). American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/10458-001

Flett, G. L., Hewitt, P. L., Besser, A., Su, C., Vaillancourt, T., Boucher, D., Munro, Y., Davidson, L. A., & Gale, O. (2016). The Child–Adolescent Perfectionism Scale: Development, psychometric properties, and associations with stress, distress, and psychiatric symptoms. *Journal of Psychoeducational Assessment*, *34*(7), 634-652. https://doi.org/10.1177/0734282916651381

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

Frost, R. O., & Steketee, G. (1997). Perfectionism in obsessive-compulsive disorder patients. *Behaviour Research and Therapy*, *35*(4), 291-296. https://doi.org/10.1016/S0005-7967(96)00108-8

Gagnon-Girouard, M. P., Chenel-Beaulieu, M. P., Aimé, A., Ratté, C., & Bégin, C. (2019). Psychological meanings of eating disorders and their association with symptoms, motivation toward treatment, and clinical evolution among outpatients. *Europe's Journal of Psychology*, *15*(2), 367-379. https://doi.org/10.5964/ejop.v15i2.1623

Gaudet, V. (2019). *Les motivations au perfectionnisme dans les troubles alimentaires* [Thèse de doctorat inédite]. Université du Québec à Trois-Rivières, QC.

Greenberg, S. T., & Schoen, E. G. (2008). Males and eating disorders: Gender-based therapy for eating disorder recovery. *Professional Psychology: Research and Practice*, *39*(4), 464-471. https://doi.org/10.1037/0735-7028.39.4.464

Gregertsen, E. C., Mandy, W., & Serpell, L. (2017). The egosyntonic nature of anorexia: An impediment to recovery in anorexia nervosa treatment. *Frontiers in Psychology*, *8*. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.02273

Hamachek, D. E. (1978). Psychodynamics of normal and neurotic perfectionism. *Psychology: A Journal of Human Behavior, 15*(1), 27-33.

Harrop, E. N., & Marlatt, G. A. (2010). The comorbidity of substance use disorders and eating disorders in women: Prevalence, etiology, and treatment. *Addictive Behaviors*, *35*(5), 392-398. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2009.12.016

Hayes, S. C., Levin, M. E., Plumb-Vilardaga, J., Villatte, J. L., & Pistorello, J. (2013). Acceptance and Commitment Therapy and contextual behavioural science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behavior Therapy, 44*(1), 180-198. https://doi.org/10.1016/j.beth.2009.08.002

Hill, R. W., Huelsman, T. J., Furr, R. M., Kibler, J., Vicente, B. B., & Kennedy, C. (2004). A new measure of perfectionism: The Perfectionism Inventory. *Journal of Personality Assessment*, *82*(1), 80-91. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa8201_13

Hill, A. P., Mallinson-Howard, S. H., & Jowett, G. E. (2018). Multidimensional perfectionism in sport: A meta-analytical review. *Sport, Exercise, and Performance Psychology*, *7*(3), 235-270. https://doi.org/10.1037/spy0000125

Holmes, S., Malson, H., & Semlyen, J. (2021). Regulating "untrustworthy patients": Constructions of "trust" and "distrust" in accounts of inpatient treatment for anorexia. *Feminism & Psychology*, *31*(1), 41-61. https://doi.org/10.1177/095935 3520967516

Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope, H. G., & Kessler, R. C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry, 61*(3), 348-58. https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2006. 03.040

Jáuregui-Garrido, B., & Jáuregui-Lobera, I. (2012). Sudden death in eating disorders. *Vascular Health and Risk Management*, *8*(1), 91-98. https://doi.org/10.2147/ VHRM.S28652

Kaplan, A. S., & Garfinkel, P. E. (1999). Difficulties in treating patients with eating disorders: A review of patient and clinician variables. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *44*(7), 665-670. https://doi.org/10.1177/070674379904400703

Keel, P. K., & Brown, T. A. (2010). Update on course and outcome in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, *43*(3), 195-204. https://doi.org/10.1002/ eat.20810

Keski-Rahkonen, A., & Mustelin, L. (2016). Epidemiology of eating disorders in Europe: prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. *Current Opinion in Psychiatry*, *29*(6), 340-345. https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000278

Koestner, R., Otis, N., Powers, T. A., Pelletier, L., & Gagnon, H. (2008). Autonomous motivation, controlled motivation, and goal progress. *Journal of Personality*, *76*(5), 1201-1230. https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2008.00519.x

Lachaud, M., Miquel, V., Rousseau, A., & Chabrol, H. (2004). Pratiques alimentaires et préoccupations corporelles chez les jeunes femmes. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, *14*(3), 131-134. https://doi.org/10.1016/S1155-1704(04)97460-5

Laguardia, J. G., & Ryan, N. M. (2000). Buts personnels, besoins psychologiques fondamentaux et bien-être : théorie de l'autodétermination et applications. *Revue québécoise de psychologie*, *21*(2), 281-304.

Lamas, C., Nicolas I., Shankland, R., & Guelfi, J.-D. (2012). *Les troubles du comportement alimentaire*. Elsevier Health Sciences France.

Langlois, F., Aubé, W., Roy, P., & Vanasse-Larochelle, J.-P. (Octobre, 2010). *Confirmatory analysis of the Perfectionism Questionnaire* (short form). Communication présentée à l'Annual Convention of the European Association for the Advencement of Behavioral cognitive Therapy (EABCT), Milano, Italie.

Langlois, F., Rhéaume, J., Gosselin, P., Boucher, O., Lapointe-Brassard, M.-L., Ladouceur, R., & Vanasse Larochelle, J. P. (2009). *Evaluation of perfectionism*. Communication présentée à la Société québécoise de recherche en psychologie, Chicoutimi, Québec.

Langlois, F., Rhéaume, J., Lapointe, B. M-L., Boucher, O., Ladouceur, R., Bouvette, A., & Blondeau, J. (avril, 2007). *Le questionnaire du perfectionnisme : analyse de la validité de construit auprès de patients anxieux et dépressifs.* Communication présentée au congrès annuel de l'Association Canadienne des Troubles Anxieux, Montréal, Québec.

Lenza, C. (2020). Eating sisorders in 'Millennials': Risk factors and treatment strategies in the digital age. *Clinical Social Work Journal*, *48*(1), 46-53. https://doi.org/10.1007/s10615-019-00733-z

Lépine, J. (2018). *Le rôle de la flexibilité cognitive comme médiateur de la relation entre le perfectionnisme et le fonctionnement psychologique* [Thèse de doctorat inédite]. Université du Québec à Trois-Rivières, QC.

Limburg, K., Watson, H. J., Hagger, M. S., & Egan, S. J. (2017). The relationship between perfectionism and psychopathology: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, *73*(10), 1301-1326. https://doi.org/10.1002/jclp.22435

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

Lounes, N., Khan, G., & Tchanturia, K. (2011). Assessment of cognitive flexibility in anorexia nervosa-Self-report or experimental measure? A brief report. *Journal of the International Neuropsychological Society: JINS*, *17*(5), 925-928. https://doi.org/10.1017/S1355617711000671

Madigan, D. J., Stoeber, J., & Passfield, L. (2017). Perfectionism and training distress in junior athletes: A longitudinal investigation. *Journal of Sports Sciences*, *35*(5), 470-475. https://doi.org/10.1080/02640414.2016.1172726

Matusitz, J., & Martin, J. (2013). The application of self-determination theory to eating disorders. *Journal of Creativity in Mental Health*, *8*(4), 499-517. https://doi.org/10.1080/15401383.2013.850392

McAnarney, E. R., Zarcone, J., Singh, P., Michels, J., Welsh, S., Litteer, T., Wang, H., & Klein, J. D. (2011). Restrictive anorexia nervosa and set-shifting in adolescents: A biobehavioral interface. *Journal of Adolescent Health*, *49*(1), 99-101. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2010.11.259

Mehler, P. S., & Brown, C. (2015). Anorexia nervosa-medical complications. *Journal of Eating Disorders*, *3*(1), 1-8. https://doi.org/10.1186/s40337-015-0040-8

Mobbs, O., & van der Linden, M. (2006). *Traduction française du questionnaire sur l'alimentation (Eating Questionnaire, EDE-Q)* [Document inédit].

Monestès, J. L., Villatte, M., & Loas, G. (2009). Introduction à la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT). *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, *19*(1), 30-34. https://doi.org/10.1016/j.jtcc.2009.04.003

Moran, A. (2013). *Sport and exercise psychology: A critical introduction*. Routledge.

Morris, L., & Mansell, W. (2018). A systematic review of the relationship between rigidity/flexibility and transdiagnostic cognitive and behavioral processes that maintain psychopathology. *Journal of Experimental Psychopathology*, *9*(3), https://doi.org/10.1177/2043808718779431.

Nilsson, K., Sundbom, E., & Hägglöf, B. (2008). A longitudinal study of perfectionism in adolescent onset anorexia nervosa-restricting type. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*, *16*(5), 386-394. https://doi.org/10.1002/erv.850

Nordbø, R. H., Espeset, E. M., Gulliksen, K. S., Skårderud, F., & Holte, A. (2006). The meaning of self-starvation: Qualitative study of patients' perception of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, *39*(7), 556-564. https://doi.org/10.1002/eat.20276

Ratelle, C. F., Guay, F., Vallerand, R. J., Larose, S., & Senécal, C. (2007). Autonomous, controlled, and amotivated types of academic motivation: A person-oriented analysis. *Journal of Educational Psychology*, *99*(4), 734-746. https://doi.org/10.1016/j.chb.2010.01.011

Reinboth, M., & Duda, J. L. (2006). Perceived motivational climate, need satisfaction and indices of well-being in team sports: A longitudinal perspective. *Psychology of Sport and Exercise*, *7*(3), 269-286. https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2005.06.002

Riley, C., & Shafran, R. (2005). Clinical perfectionism: A preliminary qualitative analysis. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *33*(3), 369-374. https://doi.org/10.1017/S1352465805002122

Rome, E. S., Ammerman, S., Rosen, D. S., Keller, R. J., Lock, J., Mammel, K. A., O'Toole, J., Rees, J. M., Sanders, M. J., Sawyer, S. M., Schneider, M., Sigel, E., & Silber, T. J. (2003). Children and adolescents with eating disorders: The state of the art. *Pediatrics*, *111*(1), e98-e108. https://doi.org/10.1542/peds.111.1.e98

Root, T. L., Pisetsky, E. M., Thornton, L., Lichtenstein, P., Pedersen, N. L., & Bulik, C. M. (2010). Patterns of comorbidity of eating disorders and substance use in swedish females. *Psychological Medicine, 40*(1), 105-115. https://doi.org/10.1017/S0033291709005662

Ryan, R. M., & Brown, K. W. (2003). Why we don't need self-esteem: On fundamental needs, contingent love, and mindfulness. *Psychological Inquiry*, *14*(1), 71-76.

Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Intrinsic and extrinsic motivations: Classic definitions and new directions. *Contemporary Educational Psychology*, *25*(1), 54-67. https://doi.org/10.1006/ceps.1999.1020

Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2002). Overview of self-determination theory: An organismic dialectical perspective. Dans E. L. Deci & R. M. Ryan (Éds), *Handbook of self-determination research* (pp. 3-33). University of Rochester Press.

Sachs, K., & Mehler, P. S. (2016). Medical complications of bulimia nervosa and their treatments. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, *21*(1), 13-18. https://doi.org/10.1007/s40519-015-0201-4

Santarossa, S., & Woodruff, S. J. (2017). # SocialMedia: Exploring the relationship of social networking sites on body image, self-esteem, and eating disorders. *Social Media+ Society*, *3*(2), 1-10. https://doi.org/10.1177/2056305117704407

Satir, D. A., Thompson-Brenner, H., Boisseau, C. L., & Crisafulli, M. A. (2009). Countertransference reactions to adolescents with eating disorders: Relationships to clinician and patient factors. *International Journal of Eating Disorders*, *42*(6), 511-521. https://doi.org/10.1002/eat.20650

Sato, Y., & Fukudo, S. (2015). Gastrointestinal symptoms and disorders in patients with eating disorders. *Clinical Journal of Gastroenterology*, *8*(5), 255-263. https://doi.org/10.1007/s12328-015-0611-x

St-Amour, N., Léveillée, S., & Wilkins, J. (2016). La cyberthérapie dans le traitement de l'hyperphagie boulimique : recension de la littérature. *Revue québécoise de psychologie*, *37*(1), 61-86. https://doi.org/10.7202/1040104ar

Stoeber, J., Damian, L. E., & Madigan, D. J. (2017). Perfectionism: A motivational perspective. Dans J. Stoeber (Éd.), *The Psychology of Perfectionism* (pp. 19-43). Routledge.

Stoeber, J., Feast, A. R., & Hayward, J. A. (2009). Self-oriented and socially prescribed perfectionism: Differential relationships with intrinsic and extrinsic motivation and test anxiety. *Personality and Individual Differences*, *47*(5), 423-428. https://doi.org/10.1016/J.PAID.2009.04.014

Stoeber, J., Madigan, D. J., & Gonidis, L. (2020). Perfectionism is adaptive and maladaptive, but what's the combined effect?. *Personality and Individual Differences*, *161*, Article 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

Striegel-Moore, R. H., Cachelin, F. M., Dohm, F.-A., Pike, K. M., Wilfley, D. E., & Fairburn, C. G. (2001). Comparison of binge eating disorder and bulimia nervosa in a community sample. *International Journal of Eating Disorders, 29*(2), 157-165. https://doi.org/10.1002/1098-108X(200103)29:2<157::AID-EAT1005>3.0.CO;2-8

Sutandar-Pinnock, K., Blake Woodside, D., Carter, J. C., Olmsted, M. P., & Kaplan, A. S. (2003). Perfectionism in anorexia nervosa: A 6–24-month follow-up study. *International Journal of Eating Disorders*, *33*(2), 225-229. https://doi.org/10.1002/eat.10127

Swan, S., & Andrews, B. (2003). The relationship between shame, eating disorders and disclosure in treatment. *British Journal of Clinical Psychology*, *42*(4), 367-378. https://doi.org/10.1348/014466503322528919

Swinbourne, J. M., & Touyz, S. W. (2007). The co-morbidity of eating disorders and anxiety disorders: A review. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*, *15*(4), 253-274. https://doi.org/10.1002/erv.784

Terry-Short, L. A., Owens, R. G., Slade, P. D., & Dewey, M. E. (1995). Positive and negative perfectionism. *Personality and Individual Differences*, *18*(5), 663-668. https://doi.org/10.1016/0191-8869(94)00192-U

Thombs, D. L., & Osborn, C. J. (2019). *Introduction to addictive behaviors*. Guilford Press.

Tremblay, M. A., Blanchard, C. M., Taylor, S., Pelletier, L. G., & Villeneuve, M. (2009). Work Extrinsic and Intrinsic Motivation Scale: Its value for organizational psychology research. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, *41*(4), 213-226. https://doi.org/10.1037/a0018176

Vallerand, R. J. (2006). *Les fondements de la psychologie sociale* (2e éd.). Gaëtan Morin.

Van Beek, I., Hu, Q., Schaufeli, W. B., Taris, T. W., & Schreurs, B. H. (2012). For fun, love, or money: What drives workaholic, engaged, and burned-out employees at work?. *Applied Psychology*, *61*(1), 30-55. https://doi.org/10.1111/j.1464-0597.2011.00454.x

Wedig, M. M., & Nock, M. K. (2010). The functional assessment of maladaptive behaviors: A preliminary evaluation of binge eating and purging among women. *Psychiatry Research*, *178*(3), 518-524. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2009.05.010

Weinstein, N., & Ryan, R. M. (2010). When helping helps: Autonomous motivation for prosocial behavior and its influence on well-being for the helper and recipient. *Journal of Personality and Social Psychology*, *98*(2), 222-244. https://doi.org/10.1037/a0016984

Zanetti, T. (2014). *Mirror mirror on the wall, who's the thinnest of them all?: Reflections on anorexia nervosa in adolescence* (Série Eating disorders in the 21st century). Nova Biomedical.

Zapolski, T. C., Pedersen, S. L., McCarthy, D. M., & Smith, G. T. (2014). Less drinking, yet more problems: Understanding African American drinking and related problems. *Psychological Bulletin*, *140*(1), 188-223. https://doi.org/10.1037/a0032113

Appendice A

Lettre de consentement

LETTRE D'INFORMATION

Motivations sous-jacentes au perfectionnisme en lien avec les troubles du comportement alimentaire expliqués par la flexibilité cognitive

Pascale Mackay, étudiante au doctorat en psychologie
Frédéric Langlois, PhD, directeur de recherche
Marie-Pierre Gagnon-Girouard, PhD, codirectrice de recherche

Préambule

Votre participation à la recherche, qui vise à mieux comprendre le rôle du perfectionnisme et la flexibilité cognitive au sein des troubles de comportements alimentaires, serait grandement appréciée. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire ce formulaire. Il vous aidera à comprendre ce qu'implique votre éventuelle participation à la recherche de sorte que vous puissiez prendre une décision éclairée à ce sujet.

Ce formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles au chercheur responsable de ce projet de recherche ou à un membre de son équipe de recherche. Sentez-vous libre de leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair. Prenez tout le temps dont vous avez besoin pour lire et comprendre ce formulaire avant de prendre votre décision.

Objectif de la recherche

Cette recherche a pour objectif d'étudier les liens entre la flexibilité cognitive (le contraire de la rigidité) les motivations à rechercher la perfection et les troubles de comportements alimentaires (plus précisément l'anorexie et la boulimie).

Durée du questionnaire
Cette étude demande de remplir plusieurs questionnaires et dure entre 40 et 80 minutes. Pour commencer, quelques questions générales vous seront posées. Ensuite, vous devrez répondre à quelques questions à savoir jusqu'à quel point le perfectionnisme occupe une place importante dans votre vie. On vous questionne notamment sur les raisons qui vous poussent à adopter ces comportements. Vous aurez simplement à coter les énoncés selon le degré auquel ils vous correspondent. De plus, des questions sur vos habitudes alimentaires et votre flexibilité cognitive vous seront posées. Pour terminer, vous aurez à répondre à des questions sur vos traits de personnalité et la satisfaction que vous avez de votre vie. Vous aurez à répondre aux énoncés en fonction du degré auquel vous avez l'impression qu'ils vous décrivent.

Confidentialité
Cette étude se veut entièrement anonyme et confidentielle. En effet, en aucun cas il sera possible de connaitre votre identité puisque les questionnaires que vous aurez remplis ne comporteront aucune information permettant de vous identifier. La présente feuille sera séparée de vos questionnaires et un numéro de dossier sera attribué.

Participation libre et volontaire
Il est possible d'arrêter de participer à l'étude à tout moment pendant la complétion du questionnaire et en aucun cas, il vous sera demandé de justifier cette décision.

Risques
Aucun risque n'est associé à la participation à l'étude. Il est toutefois possible que certaines personnes ressentent un inconfort suite à la complétion du questionnaire et si tel est le cas, ils sont invités à communiquer avec les membres de l'équipe de la Maison l'Éclaircie, Monsieur Frédéric Langlois (frederic.langlois@uqtr.ca; 819-376-5011#3500), Pascale Mackay (Pascale.Mackay@uqtr.ca) ou Marie-Pierre Gagnon-Girouard (Marie-Pierre.Gagnon-Girouard@uqtr.ca, 819 376-5011#3981)

Bénéfices
Vous n'avez pas d'avantage direct à participer à cette étude mais votre participation à l'étude permet d'une part, de contribuer à l'avancement des connaissances au sujet des raisons qui motivent quelqu'un à rechercher la perfection chez une clientèle qui présente des troubles du comportement alimentaire. À plus long terme, ce domaine de recherche mènera à l'élaboration de nouvelles techniques en psychothérapie.

Approbation éthique

Cette recherche est approuvée par le comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières et un certificat portant le numéro CER-18-245-07.06 a été émis le 16 mai 2018. Pour toute question ou plainte d'ordre éthique concernant cette recherche, vous devez communiquer avec la secrétaire du comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières par téléphone (819) 376-5011 poste 2129 ou par courrier électronique Cereh@uqtr.ca.

À qui poser des questions et les plaintes

Pour toutes questions ou plaintes, vous pouvez communiquer avec les membres de l'équipe, Pascale Mackay, candidate au doctorat en psychologie (Pascale.Mackay@uqtr.ca), monsieur Frédéric Langlois, Ph. D., professeur au département de psychologie à l'Université du Québec à Trois-Rivières (frederic.langlois@uqtr.ca; 819-376-5011#3500) ou madame Marie-Pierre Gagnon-Girouard (Marie-Pierre.Gagnon-Girouard@uqtr.ca, 819 376-5011#3981)

En signant, vous indiquez avoir lu l'information et être d'accord pour participer

_____ _____

Signature Date

Appendice B

Questionnaire sur le perfectionnisme-révisé

QUESTIONNAIRE SUR LE PERFECTIONNISME-RÉVISÉ

A. Voici des affirmations concernant la tendance à être **perfectionniste**. Veuillez coter jusqu'à quel point chacun de ces énoncés **décrit bien** vos tendances.

	Ne me décrit pas du tout	Me décrit un peu	Me décrit assez bien	Me décrit très bien	Me décrit tout à fait
1. J'essaie de toujours bien réussir toutes les choses que j'entreprends.	1	2	3	4	5
2. Je continue à m'appliquer tant que je ne sens pas que c'est correct.	1	2	3	4	5
3. J'aime que les choses que je fais soient parfaites.	1	2	3	4	5
4. Peu importe si les autres considèrent que j'ai réussi, en dernière analyse, ce sont mes propres critères de réussite qui sont importants.	1	2	3	4	5
5. Je ne peux rester longtemps sans me fixer des objectifs élevés à atteindre.	1	2	3	4	5
6. Même si j'aime la compétition, c'est d'abord avec mes propres idéaux que je compétitionne.	1	2	3	4	5
7. Peu importe comment les autres réussissent, j'ai besoin que les choses soient parfaites selon mes critères à moi.	1	2	3	4	5

B. Certains considèrent la tendance perfectionniste comme souvent très utile. À d'autres moments, elle peut aussi causer quelques ennuis. La prochaine section comprend des **inconvénients** reliés à cette tendance. Veuillez entourer jusqu'à quel point chacun des énoncés suivants **vous décrit bien**.

	Ne me décrit pas du tout	Me décrit un peu	Me décrit assez bien	Me décrit très bien	Me décrit tout à fait
8. Pour être entièrement satisfait(e) de moi, j'ai parfois l'impression que j'aurais besoin d'une garantie que ce que j'ai fait ne peut pas être mieux.	1	2	3	4	5
9. Mes tendances perfectionnistes m'amènent à douter de mes performances	1	2	3	4	5
10. Je me sens inconfortable tant que les choses ne sont pas parfaites	1	2	3	4	5
11. Tant que je n'ai pas de preuve que c'est parfait, j'ai tendance à croire que c'est mauvais.	1	2	3	4	5
12. Même lorsque j'échoue partiellement, j'ai tendance à m'en vouloir autant que si j'avais tout raté.	1	2	3	4	5
13. J'ai tendance à conclure facilement que tout est mal dès que ce n'est pas parfait.	1	2	3	4	5
14. J'ai souvent l'impression que les choses ne sont pas faites correctement et ça me dérange.	1	2	3	4	5
15. Je me sens en confiance seulement quand j'ai l'impression que tout est parfait.	1	2	3	4	5
16. Si une imperfection m'a échappé, tout devient gâché par celle-ci.	1	2	3	4	5
17. Peu importe combien j'en fais, ce n'est jamais assez pour moi.	1	2	3	4	5
18. Si je réduis mes critères personnels, je vais me sentir diminué(e).	1	2	3	4	5
19. De temps à autre, j'aimerais être moins perfectionniste mais je crains que je pourrais me laisser aller.	1	2	3	4	5
20. Quand j'essaie de viser un peu moins haut, j'ai peur de fournir un rendement de deuxième classe.	1	2	3	4	5

© Rhéaume, J., Freeston, M.H., & Ladouceur, R. École de psychologie, Université Laval, 1994. Version révisée: Langlois, F., Rhéaume, J., & Gosselin, P. (2009).

Appendice C

Questionnaire des motivations sous-jacentes au perfectionnisme (MPS)

Questionnaire des motivations sous-jacentes au perfectionnisme (MPS)

Les gens peuvent présenter un degré plus ou moins élevé de perfectionnisme. Dans ce questionnaire, nous voulons examiner les raisons qui poussent les gens à être perfectionniste. Pour répondre aux questions présentées ci-dessous, référez-vous au domaine suivant : **ALIMENTATION ET LE POIDS**

Sur une échelle de 1 à 10, estimez votre niveau de perfectionnisme dans le domaine de l'**ALIMENTATION ET LE POIDS**

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

Veuillez répondre aux questions suivantes en vous référant toujours au domaine de l'ALIMENTATION ET LE POIDS

Ne correspond pas du tout à moi 1	**Correspond Très peu à moi 2**	**Correspond un peu à moi 3**	**Correspond moyennement à moi 4**	**Correspond assez à moi 5**	**Correspond beaucoup à moi 6**	**Correspond exactement à moi 7**

Dans ce domaine, je suis perfectionniste…

1	…parce que ça me rapproche de la première place et des privilèges concrets qui s'y rattachent.	1	2	3	4	5	6	7
2	…parce que je me sens coupable lorsque je ne peux pas atteindre mes critères de réussite.	1	2	3	4	5	6	7
3	…bien que je ne vois pas ce que cela me donne.	1	2	3	4	5	6	7
4	…parce que me rapprocher de la perfection me fait vivre une énergie agréable.	1	2	3	4	5	6	7
5	…parce que ça me permet d'éviter la désapprobation de mes proches.	1	2	3	4	5	6	7
6	…parce que ça me permet d'éviter des dangers ou accidents qui pourraient me nuire ou nuire à mes proches.	1	2	3	4	5	6	7

7	…parce que ça me permet de m'investir à fond dans ce qui est important pour moi.	1	2	3	4	5	6	7
8	…parce que ça me permet d'être respecté (e) par les autres.	1	2	3	4	5	6	7
9	…parce que ça me permet d'accéder à des mentions d'excellence, des trophées, des bonus, etc.	1	2	3	4	5	6	7
10	…parce que ça me permet d'être considéré (e) par certaines personnes.	1	2	3	4	5	6	7
11	…même si je n'ai pas de bonnes raisons de l'être.	1	2	3	4	5	6	7
12	…parce que c'est un bon moyen de réaliser mes projets.	1	2	3	4	5	6	7
13	…parce que ça me rassure de ne pas briser ou abimer mes choses par accident.	1	2	3	4	5	6	7
14	…parce que je suis déçu (e) de moi-même lorsque je n'agis pas de façon parfaite.	1	2	3	4	5	6	7
15	…pour montrer aux autres ce que je vaux.	1	2	3	4	5	6	7
16	…parce qu'au bout, il y a quelque chose à gagner (p. ex., médaille, mention d'excellence, prix, argent, bourse d'études, bonus, prime salariale, prime de rendement).	1	2	3	4	5	6	7
17	…parce que ça me permet de ressentir des émotions que j'aime.	1	2	3	4	5	6	7
18	…parce que je m'assure de ne pas provoquer de problèmes qui pourraient me nuire ou nuire à mes proches.	1	2	3	4	5	6	7
19	…pour éviter de décevoir certaines personnes.	1	2	3	4	5	6	7
20	…parce que je ressens du plaisir quand je me surpasse.	1	2	3	4	5	6	7
21	…parce que ça provoque des sensations agréables chez-moi.	1	2	3	4	5	6	7
22	… bien que cela ne fasse pas de différence que je me lance dans le perfectionnisme ou non.	1	2	3	4	5	6	7
23	… parce que ça me permet d'atteindre mes buts.	1	2	3	4	5	6	7
24	…parce que je m'en voudrais de ne pas faire les choses à la perfection.	1	2	3	4	5	6	7
25	…parce que si ce n'est pas parfait, je pourrais perdre ma réputation.	1	2	3	4	5	6	7

Appendice D

Questionnaire d’examen des troubles alimentaires (EDE-Q)

Questionnaire d'examen des troubles alimentaires
EDE-Q

Consigne : Les questions suivantes concernent seulement les quatre dernières semaines (28 jours). Veuillez lire chaque question attentivement. Veuillez répondre à toutes les questions. Merci.

Questions 1 à 12 : Veuillez cocher le chiffre approprié à droite. Rappelez-vous que les questions se réfèrent seulement aux quatre dernières semaines (28 jours).

Aucun jour	1 – 5 jours	6 – 12 jours	13 – 15 jours	16 – 22 jours	23 – 27 jours	Chaque jour
0	1	2	3	4	5	6

Pendant combien de jours durant les 28 jours passés…

1. Avez-vous intentionnellement essayé de limiter la quantité de nourriture que vous mangez pour influencer votre silhouette ou votre poids (que vous ayez réussi ou non)?	0	1	2	3	4	5	6
2. Avez-vous déjà passé de longues périodes (8 heures de veille ou plus) sans rien manger du tout dans le but d'influencer votre silhouette ou votre poids?	0	1	2	3	4	5	6
3. Avez-vous essayé d'exclure de votre alimentation des aliments que vous aimez dans le but d'influencer votre silhouette ou votre poids (que vous ayez réussi ou non)?	0	1	2	3	4	5	6
4. Avez-vous essayé de suivre des règles précises concernant votre alimentation (p. ex., une limitation de calories) dans le but d'influencer votre silhouette ou votre poids (que vous ayez réussi ou non)?	0	1	2	3	4	5	6
5. Avez-vous eu fermement envie d'avoir l'estomac vide dans le but d'influencer votre silhouette ou votre poids?	0	1	2	3	4	5	6
6. Avez-vous eu fermement envie d'avoir un ventre complètement plat?	0	1	2	3	4	5	6
7. Est-ce que le fait de penser à la nourriture, au fait de manger ou aux calories vous a beaucoup gêné-e pour vous concentrer sur les choses qui vous intéressent (p. ex., travailler, suivre une conversation, ou lire)?	0	1	2	3	4	5	6

8.	Est-ce que le fait de penser à votre silhouette ou à votre poids vous a beaucoup gêné-e pour vous concentrer sur les choses qui vous intéressent (p. ex., travailler, suivre une conversation, ou lire)?	0	1	2	3	4	5	6
9.	Avez-vous clairement eu peur de perdre le contrôle sur votre alimentation?	0	1	2	3	4	5	6
10.	Avez-vous clairement eu peur d'une possible prise de poids?	0	1	2	3	4	5	6
11.	Vous êtes-vous senti-e gros-se?	0	1	2	3	4	5	6
12.	Avez-vous eu une forte envie de perdre du poids?	0	1	2	3	4	5	6

Questions 13-18 : Veuillez compléter l'espace à droite avec les chiffres appropriés. Rappelez-vous que les questions se réfèrent seulement aux quatre dernières semaines (28 jours).

Aucun jour	1 – 5 jours	6 – 12 jours	13 – 15 jours	16 – 22 jours	23 – 27 jours	Chaque jour
0	1	2	3	4	5	6

13. Durant les 28 derniers jours, combien de fois avez-vous mangé ce que d'autres personnes considéreraient comme une quantité anormalement grande de nourriture (étant donné les circonstances)? ……

14. Lors de ces épisodes, combien de fois avez-vous eu le sentiment de perdre le contrôle sur votre comportement alimentaire (au moment où vous mangiez)? ……

15. Durant les 28 derniers jours, pendant combien de JOURS ont eu lieu ces épisodes d'excès de nourriture (c.-à-d., vous avez mangé une quantité anormalement grande de nourriture et vous avez eu le sentiment de perdre le contrôle à ce moment)? ……

16. Durant les 28 derniers jours, combien de fois vous êtes-vous fait-e vomir comme moyen de contrôler votre silhouette ou votre poids? ……

17. Durant les 28 derniers jours, combien de fois avez-vous pris des laxatifs comme moyen de contrôler votre silhouette ou votre poids? ……

18. Durant les 28 derniers jours, combien de fois avez-vous fait de l'exercice sans pouvoir vous en empêcher, de façon irrésistible, pour contrôler votre poids, votre silhouette ou votre quantité de graisse, ou pour brûler des calories? ……

Questions 19 à 21 : Veuillez compléter l'espace à droite avec les chiffres appropriés. Nous vous prions de noter que pour ces questions, le terme « crises de boulimie » signifie manger une quantité de nourriture que les autres considéreraient comme anormalement grande pour les circonstances, accompagné d'un sentiment d'avoir perdu le contrôle sur le comportement alimentaire.

Aucun jour	1 – 5 jours	6 – 12 jours	13 – 15 jours	16 – 22 jours	23 – 27 jours	Chaque jour
0	1	2	3	4	5	6

19. Durant les 28 derniers jours, pendant combien de jours avez-vous mangé en secret (c.-à-d., en cachette)? Ne comptez pas les épisodes de crises de boulimie. ……

Aucune fois	Quelques fois	Moins de la moitié	La moitié des fois	Plus de la moitié	La plupart des fois	Chaque fois
0	1	2	3	4	5	6

20. Combien de fois vous êtes- vous senti-e coupable de manger (avez-vous ressenti avoir fait quelque chose de mal) en raison des conséquences de ces prises d'aliments sur votre silhouette ou votre poids? …Ne comptez pas les épisodes de crises de boulimie. ……

Pas du tout		Légèrement		Modérément		Fortement
0	1	2	3	4	5	6

21. Durant les 28 derniers jours, est-ce que l'idée que d'autres personnes pourraient vous voir manger vous a inquiété-e? Ne comptez pas les épisodes de crises de boulimie. ……

Questions 22 à 28 : Veuillez entourer le chiffre approprié à droite. Rappelez-vous que les questions se réfèrent seulement aux quatre dernières semaines (28 jours).

Pas du tout		Légèrement		Modérément		Fortement
0	1	2	3	4	5	6

Durant les 28 jours passés…

22.	Est-ce que votre poids a influencé l'idée (jugement) que vous avez de vous-même en tant que personne?	0	1	2	3	4	5	6
23.	Est-ce que votre silhouette a influencé l'opinion (jugement) que vous avez de vous-même en tant que personne?	0	1	2	3	4	5	6
24.	À quel point cela vous aurait-il contrarié-e si on vous avait demandé de vous peser une fois par semaine (pas plus ou moins souvent) pendant quatre semaines?	0	1	2	3	4	5	6
25.	À quel point avez-vous été insatisfait-e de votre poids?	0	1	2	3	4	5	6
26.	À quel point avez-vous été insatisfait-e de votre silhouette?	0	1	2	3	4	5	6
27.	À quel point étiez-vous mal à l'aise à la vue de votre corps (p. ex., voir votre silhouette dans le miroir, dans le reflet d'une vitrine de magasin, en train de vous déshabiller ou de prendre un bain ou une douche)?	0	1	2	3	4	5	6
28.	À quel point étiez-vous mal à l'aise du fait que les autres voient votre silhouette ou vos formes (p. ex., dans des vestiaires communs, quand vous nagez, ou portez des habits serrés)?	0	1	2	3	4	5	6

Si vous êtes une femme : Durant les trois à quatre derniers mois, avez-vous eu une absence de règles?

☐ Oui

Si oui, combien de fois? ……

☐ Non

Avez-vous pris ou prenez-vous actuellement la pilule?

☐ Oui

☐ Non

Appendice E

Inventaire de flexibilité cognitive

L'inventaire de flexibilité cognitive

Instruction : Les énoncés suivants concernent vos croyances et vos impressions sur vos comportements. Lisez chacun des énoncés ci-dessous et répondez en encerclant le chiffre qui correspond le mieux à votre degré d'accord.

Fortement en désaccord	En désaccord	Plutôt en désaccord	Neutre	Plutôt en accord	En accord	Fortement en accord
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**

1) Je suis bon pour jauger les situations.	1	2	3	4	5	6	7
2) J'ai de la difficulté à prendre des décisions devant des situations difficiles.	1	2	3	4	5	6	7
3) Je considère plusieurs options avant de prendre une décision.	1	2	3	4	5	6	7
4) Lorsque je suis confronté à des situations difficiles, j'ai l'impression de perdre le contrôle.	1	2	3	4	5	6	7
5) J'aime regarder les situations difficiles sous plusieurs angles.	1	2	3	4	5	6	7
6) Je cherche plus d'informations, pas nécessairement accessibles, avant d'attribuer une raison à un comportement.	1	2	3	4	5	6	7
7) Lorsque je suis confronté à une situation difficile, je deviens tellement stressé que je ne peux plus réfléchir à un moyen de régler la situation.	1	2	3	4	5	6	7
8) J'essaie de penser aux choses à partir du point de vue d'une autre personne.	1	2	3	4	5	6	7
9) Je trouble cela embarrassant qu'il y ait plusieurs façons de gérer une situation difficile.	1	2	3	4	5	6	7
10) Je suis bon pour me mettre à la place d'une autre personne.	1	2	3	4	5	6	7
11) Lorsque je suis confronté à des situations difficiles, je ne sais tout simplement pas quoi faire.	1	2	3	4	5	6	7
12) C'est important de regarder les situations difficiles de différentes façons.	1	2	3	4	5	6	7
13) Devant des situations difficiles, j'examine plusieurs options avant de décider comment me comporter.	1	2	3	4	5	6	7
14) Je regarde souvent un problème de différents points de vue.	1	2	3	4	5	6	7
15) Je suis capable de surmonter les difficultés que je rencontre dans la vie.	1	2	3	4	5	6	7
16) Je prends en considération toutes les informations disponibles lorsque j'attribue une raison à un comportement.	1	2	3	4	5	6	7
17) Je me sens impuissant face à une situation difficile.	1	2	3	4	5	6	7
18) Lorsque je suis confronté à une situation difficile, je m'arrête et j'essaie de réfléchir à plusieurs façons de la résoudre.	1	2	3	4	5	6	7
19) Je peux penser à plus d'une manière de résoudre une situation difficile à laquelle je suis confronté.	1	2	3	4	5	6	7
20) Je prends en considération plusieurs options avant de réagir à une situation difficile.	1	2	3	4	5	6	7

John P. Dennis • Jillon S. Vander Wal (2009) traduit par Vanasse Larochelle, J.P., & Langlois, F. (2010)