

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

L'IMPACT DU PERFECTIONNISME DANS LE TRAITEMENT DU  
TROUBLE D'ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE

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

DOCTORAT CONTINUUM D'ÉTUDES EN PSYCHOLOGIE  
(PROFIL INTERVENTION)

PAR  
MARIE-EVE SÉGUIN

MARS 2021

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

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

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

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

DOCTORAT CONTINUUM D'ÉTUDES EN PSYCHOLOGIE  
(PROFIL INTERVENTION) (D.Ps.)

**Direction de recherche :**

---

Frédéric Langlois, Ph.D.

directeur de recherche

**Jury d'évaluation :**

---

Frédéric Langlois, Ph.D.

directeur de recherche

---

Frédéric Dionne, Ph.D.

évaluateur interne

---

Geneviève Belleville, Ph.D.

évaluatrice externe

Ce document est rédigé sous la forme d'article(s) scientifique(s), tel qu'il est stipulé dans les règlements des études de cycles supérieurs (Article 360) 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 de programmes de cycles supérieurs du département de psychologie. Le nom du directeur de recherche pourrait donc apparaître comme co-auteur de l'article soumis pour publication

## Sommaire

Le perfectionnisme est défini comme la tendance à s'imposer des standards élevés de performance et à douter de ses capacités à atteindre ces standards élevés (Frost, Marten, Lahart, & Rosenblate, 1990). Deux grands facteurs prévalent dans la littérature pour décrire le perfectionnisme, soit la « recherche de hauts standards » et les « préoccupations perfectionnistes » (Frost, Heimberg, Holt, Mattia, & Neubauer, 1993). En s'appuyant sur ces deux facteurs, Gaudreau et Thompson (2010) ont proposé un nouveau modèle de compréhension duquel découlent quatre profils de perfectionnisme : la recherche de hauts standards pure (RHSP), les préoccupations perfectionnistes pures (PPP), le perfectionniste mixte (PM) et le non-perfectionnisme (NP). Le perfectionnisme a été associé à différentes psychopathologies dont le trouble d'anxiété généralisée (TAG) (Handley, Egan, Kane, & Rees, 2014). Des recherches ont étudié le lien entre le perfectionnisme et le traitement thérapeutique de symptômes dépressifs (Blatt, Quinlan, Pilkonis, & Shea, 1995; Jacobs et al., 2009) et des troubles du comportement alimentaire (TCA; Sutandar-Pinnock, Blake Woodside, Carter, Olmsted, & Kaplan, 2003) concluent que les individus qui présentent des niveaux plus élevés de perfectionnisme prétraitement ont une moins grande diminution des symptômes pathologiques post-traitement. À ce jour, aucune étude n'a étudié le lien entre le perfectionnisme et le traitement de troubles anxieux. L'objectif de cette étude visait donc à étudier l'impact du perfectionnisme dans la réponse à un traitement cognitif comportemental du TAG à l'aide des quatre profils de perfectionnisme. L'étude s'est déroulée auprès de 145 participants âgés entre 18 et 75 ans (âge moyen :  $40 \pm 15$ ) recrutés dans cinq cliniques de troubles anxieux du Québec et qui

ont reçu un traitement cognitivo-comportemental du TAG de 15 rencontres. Les données ont été recueillies avant et après la thérapie ainsi que 6 et 12 mois après celle-ci à l'aide de l'*Entrevue structurée pour les troubles anxieux* selon le DSM (Marchand & Boivin, 1997), du *Questionnaire de perfectionnisme* (Langlois et al., 2009), du *Questionnaire sur les inquiétudes de Penn State* (Gosselin, Dugas, Ladouceur, & Freeston, 2001), du *Questionnaire sur l'inquiétude et l'anxiété* (Dugas et al., 2001), de l'*Échelle de l'intolérance à l'incertitude* (Gosselin et al., 2008) et du *State-Trait Inventory for Cognitive and Somatic Anxiety* (STICSA; Ree, French, MacLeod, & Locke, 2008). Les résultats démontrent qu'il y a un effet d'interaction, donc une différence significative dans la diminution des symptômes liés à l'anxiété selon le profil de perfectionnisme au post-test entre le groupe PPP et les autres profils pour deux des outils de mesure ainsi qu'au suivi 6 mois entre le profil PPP et RHSP pour un des outils de mesure. Les hypothèses de départ sont donc confirmées pour certains outils de mesure, mais pas pour la majorité d'entre eux. Toutefois, indépendamment du temps, les résultats montrent que le groupe PPP présente une symptomatologie anxieuse significativement plus sévère que le groupe RHSP. Bien que tous les profils aient bénéficié de la thérapie, l'étude suggère que les personnes souffrant du TAG et qui ont davantage de préoccupations perfectionnistes présentent des symptômes cliniques plus sévères d'inquiétude et d'anxiété. Cette étude donne un éclairage nouveau dans la compréhension et le traitement des symptômes du TAG en contexte de comorbidité avec le perfectionnisme.

## Table des matières

Sommaire .....	iv
Liste des figures .....	viii
Remerciements.....	ix
Introduction générale .....	1
Prévalence, répercussions et comorbidités du TAG .....	3
Traitement du TAG.....	5
Définition et évolution du perfectionnisme .....	9
Perfectionnisme et impact psychologique .....	15
Perfectionnisme et TAG .....	16
Perfectionnisme et traitement psychologique .....	17
Chapitre 1. Article scientifique : L’impact du perfectionnisme dans le traitement du trouble d’anxiété généralisée .....	19
Résumé.....	21
Contexte théorique.....	22
Définition du perfectionnisme et des modèles multidimensionnels .....	22
Perfectionnisme et santé mentale.....	25
Perfectionnisme et TAG .....	26
Perfectionnisme et traitement thérapeutique.....	28
Question et hypothèses de recherche .....	31
Méthodologie .....	32
Déroulement et participants .....	32

Instruments de mesure .....	34
Entrevue diagnostique .....	34
Questionnaires .....	35
Stratégies d'analyse .....	37
Résultats.....	38
Analyses préliminaires.....	38
ANOVAs à mesures répétées .....	41
Discussion.....	46
Retour sur l'objectif principal.....	46
Retour sur l'objectif secondaire.....	49
Retombée de la recherche .....	52
Limites et forces de l'étude.....	54
Références.....	56
Conclusion générale.....	61
Pertinence clinique.....	66
Perspectives pour les recherches futures .....	68
Références générales.....	71
Appendice A. Questionnaire de perfectionnisme révisé.....	83
Appendice B. Questionnaire sur l'inquiétude et l'anxiété.....	85
Appendice C. Questionnaire sur les inquiétudes de Penn State .....	89
Appendice D. State-Trait Inventory for Cognitive and Somatic Anxiety .....	91
Appendice E. Inventaire de l'intolérance à l'incertitude.....	94



## Liste des figures

### Figure

1	Modèle 2 x 2 du perfectionnisme (Gaudreau & Thompson, 2010) .....	23
2	Résultats à l'ADIS aux différents temps de mesure.....	42
3	Résultats au QIA aux différents temps de mesure .....	43
4	Résultats à la sous-échelle somatique du QIA aux différents temps de mesure ..	44
5	Résultats au QIPS aux différents temps de mesure.....	45
6	Résultats au STICSA aux différents temps de mesure.....	45
7	Résultats à l'III aux différents temps de mesure .....	46

## **Remerciements**

Je souhaite d'abord exprimer ma reconnaissance envers mon directeur de recherche, monsieur Frédéric Langlois, professeur au Département de psychologie à l'Université du Québec à Trois-Rivières, pour sa disponibilité, ses conseils et son soutien tout au long de mon parcours universitaire. Il m'a offert différentes opportunités qui ont grandement contribué à mon épanouissement académique et professionnel. Je souhaite remercier monsieur Frédérick Dionne, Ph.D. et madame Geneviève Belleville, Ph.D. qui ont participé à l'évaluation de mon essai et m'ont ainsi permis d'enrichir la qualité de celui-ci.

Je remercie également mes amies Vanessa Gaudet et Anne-Marie Cotnoir Lacroix ainsi que tous mes collègues du Laboratoire sur l'anxiété et le perfectionnisme pour leur aide tout au long de ce processus d'essai doctoral. Finalement, je voudrais souligner les précieux conseils du Sésame-Service de soutien et d'entraide en méthodologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières dans l'analyse de mes résultats.

## **Introduction générale**

Le trouble d'anxiété généralisée (TAG) est caractérisé par une anxiété et des soucis excessifs survenant la plupart du temps durant au moins six mois (American Psychiatric Association [APA], 2015). L'inquiétude est le principal symptôme de ce trouble. Pour les individus souffrant du TAG, l'anxiété est perçue comme étant excessive, difficile à contrôler, de nature pénible et n'est pas limitée à des circonstances particulières. En effet, l'inquiétude concerne un certain nombre d'événements ou thèmes du quotidien comme les finances, la famille, le travail, la santé, le futur, etc. (Stein & Sareen, 2015). L'anxiété des gens qui souffrent du TAG s'accompagne de plusieurs autres symptômes comme l'agitation ou la sensation d'être survolté, la fatigabilité, des difficultés de concentration ou des trous de mémoire, l'irritabilité, des tensions musculaires et des perturbations du sommeil. Selon la 5<sup>e</sup> édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5; APA, 2015), la présence d'au moins trois des symptômes susmentionnés sont requis pour pouvoir poser le diagnostic du TAG. Si l'inquiétude est le principal symptôme de ce trouble (Stein & Sareen, 2015), l'intolérance à l'incertitude est un processus cognitif central à la base du TAG. Elle représente la difficulté à tolérer l'ambiguïté et l'inconnu (Freeston, Rhéaume, Letarte, Dugas, & Ladouceur, 1994). Elle est aussi décrite comme la propension à réagir négativement sur les plans émotionnel, cognitif ou comportemental face à des situations potentiellement menaçantes bien que leur probabilité d'occurrence soit faible (Dugas, Buhr, & Ladouceur, 2004; Gosselin et al., 2008).

### **Prévalence, répercussions et comorbidités du trouble d'anxiété généralisée**

Le TAG est l'un des troubles anxieux les plus communs (Revicki et al., 2012). Sa prévalence sur 12 mois est estimée à 2,6 % chez les Canadiens âgés de 15 ans et plus (Gilmour, 2016). Dans la population générale, les femmes seraient plus susceptibles (3,2 %) que les hommes (2 %) d'avoir un diagnostic de TAG au cours de leur vie (Statistique Canada, 2013). La prévalence est significativement plus élevée dans les groupes d'âge 15 à 24 ans (3,8 %) et 45 à 64 ans (3,8 %) chez les femmes, alors que chez les hommes, la prévalence est plus élevée dans le groupe d'âge 25 à 44 ans (2,6 %).

Selon une étude américaine, 7 à 8 % des patients que l'on retrouve dans le système de santé souffrent du TAG (Stein & Sareen, 2015). La plupart de ces patients souffriraient de ce trouble pendant plusieurs années avant de consulter un professionnel et rapporteraient rarement des symptômes d'inquiétude comme motif principal de consultation (Stein & Sareen, 2015). Le TAG est associé à différentes conséquences négatives sur les plans social, psychologique et économique. Du point de vue économique, on observe un nombre plus élevé de congés de maladie et une diminution de la productivité au travail chez les individus présentant un TAG. Le TAG entraîne également des répercussions financières notamment en ce qui a trait aux coûts reliés aux démarches d'évaluation pour établir le diagnostic, la prise de médication et les hospitalisations dans certains cas (Hoffman, Dukes, & Wittchen, 2008). Les personnes qui souffrent du TAG ont aussi, de manière significative, une moins bonne qualité de vie en regard de la santé physique et psychologique (Antunes et al., 2018; Hendriks et al., 2016; Hoffman, Dukes,

& Wittchen, 2008; Lieb, Becker, & Altamura, 2005; Revicki et al., 2012; Wittchen, 2002; Yu et al., 2018).

La présence du TAG serait associée à des problèmes gastro-intestinaux, cardiovasculaires, endocriniens et respiratoires plus élevés que chez les personnes ne présentant pas ce trouble (Culpepper, 2009; Horenstein, Potter, & Heimberg, 2018; Kessler, Ormel, Demler, & Stang, 2003). Les recherches montrent également que la présence du TAG est associée à une altération du fonctionnement psychosocial (Horenstein & Heimberg, 2020; Kessler & Wittchen, 2002; Kessler, DuPont, Berglund, & Wittchen, 1999; Pollack et al., 2008; Revicki et al., 2012; Wittchen, 2002; Wittchen, Carter, Pfister, Montgomery, & Kessler, 2000). Le TAG est aussi lié à un risque plus élevé de développer une dépendance à certains traitements pharmacologiques tels que les bendodiazépines (Gosselin & Ladouceur, 2001; Gosselin, Ladouceur, Morin, Dugas, & Baillargeon, 2003). Une association entre le TAG et la présence d'idées suicidaires est aussi notée dans la littérature. Les recherches montrent que la prévalence d'idées suicidaires, de tentatives de suicide et de comportements d'automutilation est plus importante chez les personnes qui présentent un TAG que ceux n'ayant pas ce diagnostic (Chartrand, Sareen, Toews, & Bolton, 2012; Gilmour, 2016; Stein & Sareen, 2015). La présence d'idées suicidaires chez les personnes présentant un TAG est plus élevée chez les hommes (32 %) que chez les femmes (21 %) (Gilmour, 2016).

Le TAG se présente rarement seul. Les études montrent que dans 80 % des cas, les gens qui en souffrent présentent aussi un trouble de santé mentale comorbide (Dugas, Ngô, Goulet, & Chaloult, 2018). Les comorbidités les plus fréquentes sont le trouble panique avec ou sans agoraphobie, la phobie sociale, la dépression et les troubles de la personnalité (Dugas et al., 2018; Wittchen, Zhao, Kessler, & Eaton, 1994). La présence de comorbidités est associée à différentes conséquences comme une symptomatologie anxieuse plus sévère, une moins bonne réponse à la thérapie, un traitement plus long et plus complexe et des idéations suicidaires plus élevées (Hoge, Ivkovic, & Fricchione, 2012; Kessler & Wang, 2008; Revicki et al., 2012). Les individus qui ont un autre trouble comorbide sont aussi plus souvent hospitalisés, ont un plus haut taux d'absentéisme au travail et la prise de la médication est associée à des coûts plus élevés (Hoffman, Dukes, & Wittchen, 2008).

### **Traitement du TAG**

Des traitements pharmacologiques sont reconnus comme étant efficaces pour traiter les symptômes du TAG. Parmi les molécules se retrouvent les bendodiazépines, les antidépresseurs tricycliques, les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine, les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline, les antipsychotiques de deuxième génération et le buspirone (Chen, Huang, Hsu, Ouyang, & Lin, 2019). Cependant, peu d'études ont comparé différents traitements pharmacologiques entre eux, permettant ainsi plus difficilement d'établir un consensus sur lequel traite plus efficacement les symptômes du TAG.

Plusieurs types de traitements psychologiques ont été développés et étudiés pour les gens souffrant du TAG au cours des dernières décennies dont les thérapies psychodynamiques (Leichsenring, 2009; Levy Berg, Sandell, & Sandahl, 2009), les thérapies de soutien non-directive (Stanley, Beck, & Glassco, 1996) et les thérapies spirituelles (Koszycki, Raab, Aldosary, & Bradwejn, 2010). Parmi ces psychothérapies, ce sont les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) qui sont les plus utilisées et ayant reçu le plus grand appui empirique (Carpenter et al., 2018; Cuijpers et al., 2014; Hoge, Ivkovic, & Fricchione, 2012).

La TCC est un type de psychothérapie qui comprend différents types d'intervention dont la restructuration cognitive, l'exposition, la résolution de problèmes, les techniques de relaxation, etc. (Cuijpers et al., 2014). Différentes formes de TCC sont reconnues efficaces dans le traitement du TAG comme le modèle de l'évitement cognitif de Borkovec (Borkovec & Costello, 1993), les thérapies cognitives basées sur la pleine conscience (Evans et al., 2008), la thérapie d'acceptation et d'engagement (Hayes, Strosahl, & Wilson, 2011), la thérapie de la régulation émotionnelle (Mennin, 2004), le traitement de l'intolérance à l'incertitude (Ladouceur, Gosselin, & Dugas, 2000) et la thérapie métacognitive (Wells & King, 2006). Certaines de ces TCC ont été testées en modalité individuelle ou de groupe (Dugas et al., 2003). Comme pour le traitement pharmacologique, il existe peu d'études qui ont comparé différents types de TCC sur les symptômes du TAG. Stefan, Cristea, Szentagotai Tatar et David (2019) ont comparé l'efficacité du modèle de l'évitement cognitif de Borkovec (Borkovec & Costello, 1993),



de la thérapie rationnelle-émotive (Ellis, 1977) et de la thérapie d'acceptation et d'engagement (Hayes et al., 2012) dans un essai clinique mené auprès de 71 patients (60 femmes et 11 hommes) âgés entre 20 et 51 ans ( $M=27$ ;  $ET=8$ ) ayant reçu le diagnostic primaire du TAG et ayant été assignés de manière aléatoire à l'une des trois formes de thérapie. 23 participants ont reçu le traitement de l'évitement cognitif de Borkovec (Borkovec & Costello, 1993), 24 ont participé à la thérapie rationnelle-émotive (Ellis, 1977) et 24 ont été assignés à la thérapie d'acceptation et d'engagement (Hayes et al., 2012). Les résultats ont démontré qu'il n'y a pas de différence significative entre les trois types de TCC dans la réponse au traitement des symptômes du TAG. Les trois approches étaient associées à une diminution significative des symptômes du TAG post thérapie. Dans les limites de l'étude, les auteurs soulignent que la puissance statistique était réduite ce qui pourrait expliquer que les résultats ne montrent pas de différences significatives entre les groupes. Faire ressortir des différences entre des interventions dont on a déjà démontré l'efficacité demande de grands échantillons, car les grandeurs d'effet sont petites.

De manière générale, les récentes méta-analyses (Carl et al., 2020; Chen et al., 2019; Cuijpers et al., 2014) qui ont comparé les différents types de traitements pharmacologiques et psychologiques du TAG concluent que la plupart des traitements pharmacologiques et des interventions psychologiques sont plus efficaces que l'administration d'un placebo ou l'utilisation d'une liste d'attente. Toutefois, il ne semble pas y avoir de consensus à savoir quel type de traitement est le plus efficace

(psychologique ou pharmacologique). Alors que certains résultats suggèrent que le traitement pharmacologique serait plus efficace que la thérapie (Chen et al., 2019), d'autres études affirment que la thérapie serait aussi efficace qu'une médication (Cuijpers et al., 2014; Katzman et al., 2014). Certains avancent que les effets positifs de la TCC peuvent persister plus longtemps que ceux d'une médication une fois l'arrêt de celle-ci (Katzman et al., 2014). Par contre, les études précisent que si le patient ne répond pas bien à la TCC, l'ajout d'une médication est recommandé.

Bien qu'il existe différents traitements pharmacologiques et formes de thérapies reconnus efficaces pour le traitement des symptômes du TAG, les recherches montrent que seulement 20 à 32 % des gens qui en souffrent recevraient un traitement adéquat (Andrews, Sanderson, Slade, & Issakidis, 2000; Wittchen, 2002; Young, Klap, Sherbourne, & Wells, 2001). Aussi, seulement une minorité atteindrait un haut niveau de fonctionnement suivant la TCC (Erickson & Newman, 2005). Les moins bons résultats au traitement du TAG seraient expliqués par la difficulté à repérer efficacement les symptômes du TAG, un mauvais suivi à la suite du traitement et les nombreuses comorbidités associées (Revicki et al., 2012). Aussi, selon une méta-analyse menée par Gersh et ses collègues (2017) regroupant 45 études et 2224 participants au total, approximativement 17 % des personnes qui entreprennent une psychothérapie pour traiter les symptômes du TAG vont abandonner en cours de traitement.

La prévalence élevée d'individus qui souffrent du TAG dans le système de santé, le pourcentage d'abandon du traitement et la difficulté à atteindre un niveau de fonctionnement élevé à la suite du traitement mettent en lumière la nécessité d'explorer et de continuer à mieux comprendre les construits associés au TAG qui permettraient de mieux traiter ce trouble anxieux. Selon Egan, Wade et Shafran (2012), le perfectionnisme est impliqué dans l'étiologie et le maintien de plusieurs troubles cliniques, dont le TAG. Ils suggérèrent que traiter le perfectionnisme entraînera la réduction de plusieurs symptômes psychopathologiques (Egan, Wade, & Shafran, 2011; Limburg, Watson, Hagger, & Egan, 2017; Shafran & Mansell, 2001; Todorov & Bazinet, 1996).

### **Définition et évolution du perfectionnisme**

Le perfectionnisme est défini comme un ensemble de cognitions qui inclut les attentes, l'interprétation des événements et l'évaluation de soi et des autres. Les personnes dites « perfectionnistes » auraient tendance à imposer des standards irréalistes, à elle-même ou aux autres, à adhérer rigideement à ceux-ci et à définir leur valeur propre selon qu'elles atteignent ces standards ou non (Burns, 1980; Hamachek, 1978; Shafran & Mansell, 2001). Le perfectionnisme peut aussi être décrit comme un mode de pensée dichotomique qui amène l'individu à considérer des formes de solutions extrêmes plutôt que modérées (Pacht, 1984) et comme une facette de la personnalité qui représente la tendance à s'efforcer d'atteindre la perfection et à s'évaluer de manière critique (Cox, Enns, & Clara, 2002; Flett & Hewitt, 2006).

Les premiers chercheurs qui ont élaboré le concept du perfectionnisme le considéraient avant tout dans sa connotation plus négative. Ils l'associaient à la pathologie et à l'anormalité (Pacht, 1984; Todorov & Bazinet, 1996). Puis, Hamachek (1978) est un des premiers à considérer deux formes de perfectionnisme. Le perfectionnisme normal est décrit comme la tendance à s'imposer des standards de performance élevés et à apprécier les réussites malgré la présence d'erreur. Le perfectionnisme névrosé correspond à la tendance à se fixer des exigences élevées, mais à tolérer difficilement les erreurs. Ce dernier s'accompagne généralement du sentiment de ne jamais faire les choses assez bien et d'une tendance à considérer les actions comme des échecs si elles ne sont pas exécutées avec perfection. Selon lui, les problèmes psychologiques associés au perfectionnisme sont liés à cette tendance à se critiquer négativement et à douter de ses capacités et entraînent les personnes perfectionnistes à atteindre leur but par peur de l'échec plutôt que par désir d'accomplissement. Burns (1980) et Pacht (1984) ont aussi souligné l'importance de la peur des erreurs et de l'échec dans leur définition du perfectionnisme. Selon Hamachek, dans la logique perfectionniste, toute performance doit être parfaite sinon elle n'a aucune valeur. Plus tard, Shafran et Mansell (2001) vont aussi soutenir que la peur de l'échec semble jouer un rôle dans l'établissement de hauts standards de performance et qu'elle motive les individus dans leurs comportements perfectionnistes. Selon eux, les personnes perfectionnistes ont des pensées irrationnelles quant à la nécessité d'être parfaites et elles éprouvent rarement de la satisfaction.

Des années 1990 à 2000, les travaux de deux équipes ont prévalu et ont mis de l'avant une conception multidimensionnelle du perfectionnisme. Frost et ses collègues (1990) ont établi six dimensions qui définissent le perfectionnisme selon ses manifestations cognitives : (1) les standards personnels (se fixer des objectifs personnels élevés); (2) l'organisation (souci pour la propreté et l'organisation); (3) la préoccupation pour les erreurs (souci pour les erreurs dans les performances); (4) les doutes concernant les actions (douter de son comportement et de celui des autres); (5) les attentes parentales (les parents entretiennent des attentes élevées sur le comportement); et (6) les critiques parentales à l'enfance (croyance selon laquelle les parents sont critiques envers soi). De leur côté, Hewitt et Flett (1991) ont proposé un modèle à trois dimensions selon l'origine du perfectionnisme. La première dimension est le perfectionnisme orienté vers soi (POS) et se manifeste lorsqu'un individu s'impose des standards élevés et évalue son comportement sévèrement. La deuxième dimension est le perfectionnisme socialement prescrit (PSP), c'est-à-dire qu'une personne perçoit que les autres s'attendent à ce qu'elle rencontre des standards irréalistes. La troisième composante est le perfectionnisme imposé aux autres (PIA), c'est-à-dire qu'une personne va avoir des attentes irréalistes vis-à-vis des comportements des autres personnes. Cette dernière dimension sera éventuellement exclue du modèle de Hewitt et Flett et désormais de moins en moins utilisée.

Cependant, cette façon de conceptualiser le perfectionnisme comme étant multidimensionnel a été mise au défi quelques années plus tard. Malgré le fait que ces deux modèles donnaient l'impression d'être distincts l'un de l'autre, ils partageraient des

dimensions communes. Frost et ses collègues (1993) ont démontré que leurs six dimensions ainsi que celles de Hewitt et Flett (1991) peuvent être regroupées selon deux facteurs plus larges du perfectionnisme, soit (1) la « recherche de hauts standards » qui comprend les dimensions standards personnelles, l'organisation et le perfectionnisme orienté vers soi; et (2) les « préoccupations perfectionnistes » qui regroupent les dimensions préoccupation pour les erreurs, doutes à propos des actions, attentes parentales, critique parentale et le perfectionnisme socialement prescrit. La recherche de hauts standards se définit par une forme de perfectionnisme qui est davantage orienté vers soi, par des standards de performance élevés et par des efforts marqués ayant pour but d'atteindre la perfection. Les préoccupations perfectionnistes comprennent une crainte de faire des erreurs, une peur de l'évaluation sociale négative, des doutes à propos des actions, des réactions négatives liées à l'imperfection et une impression de ne pas atteindre ses standards personnels.

De ces deux facteurs du perfectionnisme vont découler de nouveaux modèles visant à le conceptualiser selon une approche de comparaison de groupe. Stoeber et Otto (2006) ont proposé un modèle tripartite selon l'aspect sain ou malsain du perfectionnisme. Selon leur modèle, le premier groupe est le perfectionnisme sain qui correspond à un niveau élevé de recherche de hauts standards et un niveau faible de préoccupations perfectionnistes. Le second groupe, soit le perfectionnisme malsain, regroupe les individus qui présentent des niveaux élevés de recherche de hauts standards et de préoccupations perfectionnistes. Finalement, le dernier groupe, soit le non

perfectionnisme, est composé d'individus qui ne présentent pas une forte tendance à s'imposer de standards élevés.

Plus tard, Gaudreau et Thompson (2010) ont aussi proposé un nouveau modèle catégoriel qui découle des deux principaux facteurs du perfectionnisme. Selon ce modèle, le perfectionnisme peut être décliné en quatre sous-types. La recherche de hauts standards pure (1) se caractérise par la présence de standards personnels élevés et par de faibles préoccupations pour les erreurs. Les préoccupations perfectionnistes pures (2) comprennent de faibles standards personnels et des préoccupations perfectionnistes élevées. Le perfectionnisme mixte (3) inclut des standards personnels et des préoccupations perfectionnistes élevées et le non perfectionnisme (4) correspond à des niveaux faibles de standards personnels et de préoccupations perfectionnistes. Alors que les études précédentes (Frost et al., 1990; Hewitt & Flett, 1991, Stoeber & Otto, 2006) tentaient de démontrer l'aspect sain ou malsain du perfectionnisme, ce modèle s'intéresse plutôt à quantifier l'intensité des deux facteurs chez chaque individu. Gaudreau et Thompson (2010) démontrent que les impacts négatifs du perfectionnisme seront plus élevés selon le sous-type, allant du plus adapté au moins adapté. Le sous-type RHSP est le plus adapté puisqu'il est associé à des niveaux plus élevés d'autodétermination, de satisfaction académique, d'affects positifs et à un meilleur ajustement psychologique en comparaison aux autres sous-types. Le second sous-type le plus adapté est le PM puisqu'il présente des niveaux plus faibles d'affects négatifs et des niveaux plus élevés d'autodétermination, de satisfaction académique et d'affects positifs que le sous-type PPP.

Cependant, il est associé à des niveaux plus élevés d'affects négatifs et plus faibles d'autodétermination, de satisfaction académique et d'affects positifs que le sous-type RHSP. Le troisième sous-type le plus adapté est le NP puisqu'il se situe entre le PM et les PPP en ce qui a trait au niveau d'affects positifs et négatifs, d'autodétermination et de satisfaction académique. Finalement, le sous-type PPP est quant à lui le profil qui est le moins adapté puisqu'il présente des niveaux plus élevés d'affects négatifs et des niveaux plus faibles de satisfaction académique et d'affects positifs en comparaison aux autres sous-types.

La principale différence entre le modèle de Gaudreau et Thompson (2010) et celui de tripartite de Stoeber et Otto (2006) est que ce dernier ne fait pas la distinction entre le non-perfectionnisme (faible recherche de hauts standards et faibles préoccupations perfectionnistes) et les préoccupations perfectionnistes pures (faible recherche de hauts standards et préoccupations perfectionnistes élevées). Stoeber et Otto (2006) les combinent dans un même sous-type soit le non-perfectionnisme. De plus en plus d'études (Cumming, & Duda, 2012; Gong, Fletcher, & Paulson, 2017; Li, Hou, Chi, Liu, & Hager, 2014; Nordin-Bates, Raedeke, & Madigan, 2017; Vicent, Inglés, González, Sanmartín, Ortega-Sandoval, & García-Fernández, 2020) utilisent le modèle 2 x 2 de Gaudreau et Thompson (2010) qui inclut de manière plus large toutes les facettes dont le perfectionnisme peut se manifester chez un individu.



## **Perfectionnisme et impact psychologique**

Plusieurs études se sont penchées sur le caractère sain ou malsain des deux facteurs du perfectionnisme sur la santé mentale des individus. Les recherches ont démontré que les préoccupations perfectionnistes seraient associées significativement à divers aspects plus négatifs au niveau psychologique comme la dépression, un style d'adaptation évitant et des affects négatifs (Dunkley, Sanislow, Grilo, & McGlashan, 2006; Dunkley, Zuroff, & Blankstein, 2003; Stoeber & Childs, 2010), alors que la recherche de hauts standards serait davantage associée à des aspects plus positifs comme une motivation orientée vers la réussite, des affects positifs et une meilleure satisfaction de vie (Hill, Stoeber, Brown, & Appleton, 2014; Stoeber & Otto, 2006). La présence de standards personnels élevés jumelés à des préoccupations perfectionnistes faibles serait associée à des niveaux plus élevés d'estime de soi et d'interactions sociales, à une meilleure adaptation académique et à des niveaux plus faibles d'anxiété, de dépression, de procrastination, de problèmes interpersonnels et de plaintes somatiques (Stoeber & Otto, 2006).

D'autres études ont toutefois démontré que la recherche de hauts standards pouvait être associée à des niveaux plus élevés de culpabilité, de déception et de colère (Antony, Purdon, Huta, & Swinson, 1998; Bieling, Israeli, Smith, & Antony, 2003; Hewitt & Flett, 1991) ou interagir avec des facteurs de risque associés à la détresse psychologique (Dunkley, Blankstein, Halsall, Williams, & Winkworth, 2000; O'Connor & O'Connor, 2003; Steele, Corsini, & Wade, 2007). Selon Shafran et Mansell (2001), la tendance à vouloir atteindre des standards élevés que l'on s'impose à soi-même augmenterait le

risque de développer une psychopathologie. Dans les dernières années, un nombre croissant d'études se sont intéressées au perfectionnisme et à son rôle dans l'étiologie et la maintenance de différents troubles cliniques (Egan et al., 2012; Flett & Hewitt, 2006; Shafran & Mansell, 2001) dont le TAG.

### **Perfectionnisme et TAG**

Bien que le perfectionnisme ait été associé au TAG, son lien avec celui-ci n'est pas très bien défini. Quelques recherches ont étudié ce lien à l'aide des modèles multidimensionnels du perfectionnisme de Frost et ses collègues (1990) et de Hewitt et Flett (1991). De manière générale, les résultats indiquent que l'anxiété et l'inquiétude sont significativement et positivement associées aux dimensions doute à propos des actions et préoccupation pour les erreurs du modèle multidimensionnel de Frost et ses collègues (1990) et au perfectionnisme socialement prescrit décrit par Hewitt et Flett (Flett, Endler, Tassone, & Hewitt, 1994; Frost et al., 1990; Klibert, Langhinrichsen-Rohling, & Saito, 2005; Stöber & Joormann, 2001). La relation entre le perfectionnisme orienté vers soi et les symptômes anxieux et d'inquiétude diffère selon les études. Certaines n'établissent pas de relation entre les deux construits, alors que d'autres oui (Buhr & Dugas, 2006; Flett et al., 1994; Klibert et al., 2005).

Une récente méta-analyse (Limburg et al., 2017), qui a étudié la relation entre les deux facteurs du perfectionnisme et les troubles anxieux, révèle que la recherche de hauts standards et les préoccupations perfectionnistes sont associées à l'anxiété et l'inquiétude

dans une population clinique. Dans la majorité des résultats obtenus, la recherche de hauts standards corrélait moins fortement avec l'inquiétude que les préoccupations perfectionnistes. Ces conclusions concordent avec celles retrouvées dans de précédentes études (Handley et al., 2014; Stoeber & Otto, 2006). Ce résultat ne semble pas si étonnant, puisqu'on pourrait s'attendre à ce que la composante de peur de l'erreur soit corrélée à une manifestation de l'anxiété comme l'inquiétude.

### **Perfectionnisme et traitement psychologique**

Bien que quelques recherches aient étudié le lien entre le perfectionnisme et le TAG, il n'existe pas, à notre connaissance, d'étude qui a examiné le rôle du perfectionnisme dans l'efficacité d'un traitement psychologique du TAG. Il semble que l'impact du perfectionnisme a été étudié seulement dans le traitement de symptômes dépressifs (Blatt et al., 1995; Jacobs et al., 2009) et des TCA (Sutandar-Pinnock et al., 2003). De manière générale, les résultats montrent que les adolescents et les adultes qui participent à un traitement pour les symptômes dépressifs et qui présentent des niveaux élevés de perfectionnisme prétraitement présenteront des symptômes dépressifs plus sévères que ceux ayant des niveaux plus faibles de perfectionnisme (Blatt et al., 1995; Jacobs et al., 2009). Les résultats obtenus dans l'étude du rôle du perfectionnisme dans le traitement des TCA indiquent que les individus souffrant d'anorexie nerveuse présentent un niveau significativement plus élevé de perfectionnisme prétraitement, mais que cette différence n'est plus significative au post-traitement. Les résultats montrent également une plus grande diminution du niveau de perfectionnisme post-traitement chez les individus qui

ont aussi eu une plus grande diminution des symptômes TCA post-traitement (Sutandar-Pinnock et al., 2003).

Le rôle du perfectionnisme dans le traitement des symptômes dépressifs et des TCA soutient la pertinence de clarifier l'impact du perfectionnisme dans le traitement du TAG. L'article qui suit présente une étude expérimentale ayant pour objectif d'étudier l'impact du perfectionnisme dans un traitement TCC du TAG. Il présentera d'abord les conceptualisations actuelles des deux principaux construits à l'étude, soit le perfectionnisme et le TAG et les aspects les unissant desquels découlent la question de recherche et ses hypothèses. Par la suite, la méthodologie de l'étude et les résultats seront présentés. L'essai conclura avec une discussion qui explique les différents résultats obtenus à la lumière des connaissances actuelles sur le sujet et des avenues pour des recherches futures.

## **Chapitre 1**

Article scientifique : L'impact du perfectionnisme dans le traitement du trouble d'anxiété généralisée

## **L'impact du perfectionnisme dans le traitement du trouble d'anxiété généralisée**

Marie-Eve Séguin et Frédéric Langlois,

Université du Québec à Trois-Rivières

Notes des auteurs :

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

Toute correspondance ayant trait à cet article devrait être adressée à Marie-Eve Séguin :

Secrétariat du département de psychologie, UQTR, 3351, boul. des Forges, C.P. 500, Trois-Rivières (Québec) G9A 5H7. Téléphone: (819) 376-5011, ext. 4021. Courriel : Marie-Eve.Seguin1@uqtr.ca

## Résumé

Le perfectionnisme est défini comme un ensemble de cognitions qui inclut les attentes, l'interprétation des événements et l'évaluation de soi et des autres (Cox, Enns, & Clara, 2002). Il est souvent associé au trouble d'anxiété généralisé (TAG) (Stöber & Joorman, 2001). Le niveau de perfectionnisme chez un individu peut aussi avoir un lien avec sa réponse à un traitement thérapeutique (Jacobs et al., 2009). Gaudreau et Thompson (2010) ont proposé un modèle théorique à double facteur du perfectionnisme qui permet de distinguer quatre sous-types : (1) la recherche de hauts standards pure (RHSP); (2) les préoccupations perfectionnistes pures (PPP); (3) le perfectionnisme mixte (PM); et (4) le non-perfectionnisme (NP). Cette étude examine le lien entre ces quatre sous-types et leurs réponses à un traitement pour le TAG. Cette recherche est tirée d'une étude d'efficacité d'un traitement cognitif comportemental (TCC) individuel de 15 semaines du TAG mené en collaboration avec des cliniques de troubles anxieux. Cent quarante-cinq (145) individus souffrant d'un TAG ont été évalués à l'aide d'entrevues structurées et de questionnaires ciblant les symptômes du TAG (ADIS, QIA, QIPS, STICSA et III) avant et après la TCC et ont rempli le *Questionnaire de perfectionnisme révisé*. Les participants ont été divisés dans quatre groupes de perfectionnisme sur la base de la médiane aux scores des deux facteurs du perfectionnisme au prétest. Les résultats de cette étude démontrent qu'il n'y a pas de différence dans la réponse au traitement selon les profils de perfectionnisme. Toutefois, bien que les individus du sous-type PPP aient bénéficié de la thérapie comme les autres groupes, ils semblent souffrir d'une symptomatologie anxieuse plus importante après le suivi en comparaison aux personnes des autres sous-types.

## **Contexte théorique**

### **Définition du perfectionnisme et des modèles multidimensionnels**

Le perfectionnisme peut être défini comme la tendance à vouloir atteindre la perfection par l'atteinte d'objectifs élevés et à évaluer de manière critique sa capacité à atteindre ces objectifs (Cox et al., 2002; Flett & Hewitt, 2006; Limburg, Watson, Hagger, & Egan, 2017). On peut aussi le conceptualiser comme un ensemble de cognitions qui inclut les attentes, l'interprétation des événements et l'évaluation de soi et des autres (Burns, 1980; Hamachek, 1978; Shafran & Mansell, 2001).

Depuis le début des années 2000, de plus en plus de chercheurs tendent à définir le perfectionnisme par deux facteurs, soit les « préoccupations perfectionnistes » et la « recherche de hauts standards ». Plusieurs études soutiennent empiriquement ces deux facteurs (Bieling, Israeli, & Antony, 2004; Cox et al., 2002; Egan, Wade, & Shafran, 2011; Flett & Hewitt, 2006; Gnilka, Ashby, & Noble, 2012; Limburg et al., 2017). Les préoccupations perfectionnistes représentent la tendance à percevoir une pression des autres à être parfait ainsi que la propension à s'évaluer sévèrement et à douter de ses capacités à atteindre des standards élevés (Gaudreau & Thompson, 2010). La recherche de hauts standards représente la tendance à s'imposer des standards élevés et à consciemment tenter de les atteindre (Gaudreau & Thompson, 2010).

Gaudreau et Thompson (2010) ont proposé un modèle catégoriel 2 x 2 du perfectionnisme à partir des deux mêmes grands facteurs établis (voir Figure 1). Ils



suggèrent que les deux facteurs mènent naturellement à quatre sous-types de perfectionnisme : (1) la RHSP; (2) les PPP; (3) le PM et (4) le NP.

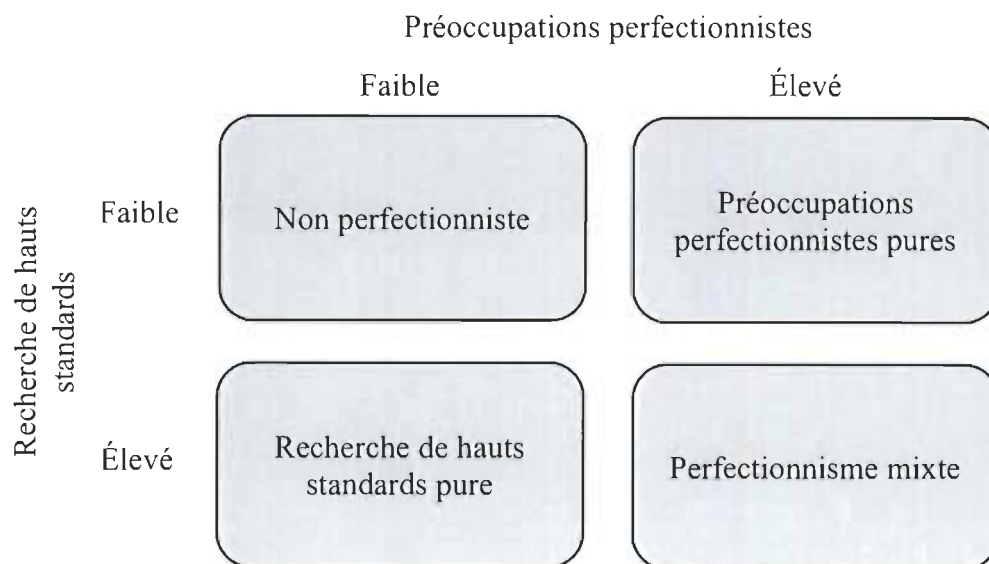


Figure 1. Modèle 2 x 2 du perfectionnisme (Gaudreau & Thompson, 2010).

Le sous-type RHSP regroupe les individus qui présentent un niveau élevé de recherche de hauts standards et un niveau faible de préoccupations perfectionnistes. Les standards perfectionnistes de ces individus seraient avant tout fondés sur des standards personnels et de manière plus autodéterminée (Frost, Heimberg, Holt, Mattia, & Neubauer, 1993).

Le sous-type PPP comprend les individus qui ont un niveau élevé de préoccupations perfectionnistes, mais un niveau faible de recherche de hauts standards (Frost et al., 1993). Ces derniers adhèreraient à des comportements perfectionnistes issus d'une pression

externe sans y accorder une valeur personnelle. Il s'agit d'une forme de perfectionnisme à motivation externe dans laquelle les valeurs, les buts et les motifs sont issus d'une pression externe de l'environnement social.

Les individus qui ont à la fois un niveau élevé de recherche de hauts standards et de préoccupations perfectionnistes font partie du sous-type PM. Ces individus percevraient une pression de leur entourage à atteindre la perfection, mais adhèreraient aussi en partie à ces standards de perfection de manière autodéterminée. Ce sous-type représente une forme partiellement intériorisée du perfectionnisme dans lequel la pression externe ressentie s'ajoute aux valeurs, aux standards et aux priorités de l'individu (Gaudreau & Thompson, 2010). Il s'agit d'un nouveau profil proposé par le modèle 2 x 2 de Gaudreau et Thompson (2010) qui le différencie du modèle de tripartite de Stoeber et Otto (2006) qui incluait les individus présentant ces caractéristiques dans la catégorie du perfectionnisme malsain.

Enfin, le sous-type NP correspond à des niveaux faibles de recherche de hauts standards et de préoccupations perfectionnistes. Les individus de ce sous-groupe ne cherchent pas personnellement à adhérer à des standards élevés de perfection et ils ne perçoivent pas une pression significative de l'environnement externe à atteindre des niveaux élevés de perfectionnisme.

## **Perfectionnisme et santé mentale**

La littérature sur le perfectionnisme foisonne d'études qui tentent de déterminer sa nature saine ou malsaine et son impact sur la santé mentale des individus. Des études associent les préoccupations perfectionnistes à la pathologie, alors que la recherche de hauts standards serait associée à un fonctionnement plus sain (Bieling et al., 2004; Frost et al., 1993). Les appuis empiriques à cette proposition sont pourtant inconstants. Différentes études sur le perfectionnisme et la santé mentale révèlent des résultats contradictoires, notamment pour le facteur « recherche de hauts standards » qui sera tantôt associé à un bon fonctionnement, tantôt à un mauvais fonctionnement (Dunkley, Zuroff, & Blankstein, 2003; Egan et al., 2011; Hill et al., 2004; Lynd-Stevenson & Hearne, 1999; Stoeber & Otto, 2006). À l'inverse, la relation positive entre la pathologie et les préoccupations perfectionnistes est plus constante. Les recherches démontrent que les préoccupations perfectionnistes sont associées à des émotions négatives telles que la dépression, le stress et l'anxiété (Bieling et al., 2004; Frost et al., 1993).

Le perfectionnisme est aussi associé de manière plus générale à plusieurs troubles mentaux, notamment la dépression, le trouble de la personnalité obsessionnelle-compulsive, la phobie sociale, l'agoraphobie, l'anorexie nerveuse et le trouble obsessionnel-compulsif (Frost, Marten, Lahart, & Rosenblate, 1990; Frost & Steketee, 1997; Iketani et al., 2002; Juster et al., 1996; Mallinger, 1984; Pacht, 1984; Rasmussen & Eisen, 1989, 1992; Shafran & Mansell, 2001; Todorov & Bazinet, 1996). Une récente méta analyse suggère que, lorsque les facteurs du perfectionnisme sont mesurés dans un

contexte d'échantillon clinique, les deux facteurs seraient reliés à la pathologie (Limburg et al., 2017).

### **Perfectionnisme et TAG**

Le TAG serait aussi un trouble associé au perfectionnisme (Egan et al., 2011; Limburg et al., 2017; Shafran & Mansell, 2001; Todorov & Bazinet, 1996). Ce trouble mental est caractérisé par des inquiétudes excessives et prolongées à propos de sujets du quotidien (American Psychiatric Association [APA], 2015). Les personnes qui souffrent de ces inquiétudes les perçoivent comme étant excessives, pénibles et difficiles à contrôler (Stöber & Joormann, 2001). Quelques recherches (Flett, Endler, Tassone, & Hewitt, 1994; Handley, Egan, Kane, & Rees, 2014; Klibert, Langhinrichsen-Rohling, & Saito, 2005; Stöber & Joormann, 2001) ont testé le lien entre le perfectionnisme et l'anxiété ou l'inquiétude à l'aide des modèles multidimensionnels du perfectionnisme de Frost et ses collègues (1990) et de Hewitt et Flett (1991).

Une étude conduite auprès d'étudiantes montre que l'anxiété, telle que mesurée par le *Brief Symptom Inventory* (BSI; Derogatis & Melisaratos, 1983), est significativement et positivement corrélée au score global de perfectionnisme, mais plus précisément aux dimensions de doutes à propos des actions et aux préoccupations pour les erreurs de l'échelle multidimensionnelle de Frost et al. (1990).

Parmi les différentes dimensions du perfectionnisme décrit par Hewitt et Flett (1991), le perfectionnisme socialement prescrit serait relié à des niveaux élevés d'anxiété (Flett et al., 1994; Klibert et al., 2005), telles que mesurées par le *Costello-Comrey Anxiety Scales* (CCAS; Costello & Comrey, 1967) et les sous-échelles état et trait du *Endler Multidimensional Anxiety Scales* (EMAS; Endler, Edwards, & Vitelli, 1991). Les personnes qui présentent une forme de perfectionnisme socialement prescrit ressentiraient une plus grande pression externe à accomplir la tâche ou atteindre l'objectif fixé. La peur de l'échec ou le désir d'éviter la honte en cas d'échec déclencherait les symptômes anxieux retrouvés dans le TAG (Klibert et al., 2005).

Les résultats aux études qui ont testé plus spécifiquement l'inquiétude pathologique retrouvée dans le TAG et le perfectionnisme démontrent que l'inquiétude, telle que mesurée par le *Worry Domains Questionnaire* (WDQ; Tallis, Davey, & Bond, 1994), le *Penn State Worry Questionnaire* (PSWQ; Meyer, Miller, Metzger, & Borkovec, 1990) et le *Beck Anxiety Inventory* (BAI; Steer & Beck, 1997), dans un échantillon non clinique composé d'étudiants, est liée aux dimensions préoccupations pour les erreurs, doutes à propos des actions et attentes et critiques parentales, mais pas à la dimension standard personnelle (Stöber & Joormann, 2001).

Une autre étude plus récente effectuée auprès d'un échantillon clinique présentant des niveaux élevés de perfectionnisme et d'anxiété (Handley et al., 2014) concluent que les dimensions préoccupations pour les erreurs et les standards personnels sont

significativement et positivement associées à l'inquiétude pathologique telle que mesurée par le *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI; Lecrubier, Sheehan, Hergueta, & Weiller, 1998).

La relation entre le perfectionnisme orienté vers soi et l'inquiétude est incertaine, car les résultats diffèrent selon les études. Certaines n'établissent pas de relation entre les deux construits (Flett et al., 1994; Klibert et al., 2005), alors que d'autres le font. Par exemple, dans des études menées auprès d'étudiants (Buhr & Dugas, 2006; Flett et al., 1994), les résultats ont démontré que le perfectionnisme orienté vers soi et le perfectionnisme socialement prescrit seraient associés avec l'inquiétude pathologique telle que mesurée par le *Burns Perfectionism Scale* (BPS; Burns, 1980) et le *Penn State Worry Questionnaire* (PSWQ; Meyer et al., 1990).

Dans une perspective plus diagnostique, la peur de l'erreur qui est centrale au facteur « préoccupations perfectionnistes » pourrait facilement être considérée comme un thème d'inquiétude parmi tous les autres thèmes d'inquiétude touchant le quotidien des personnes qui souffrent d'un TAG (APA, 2015).

### **Perfectionnisme et traitement thérapeutique**

Bien que quelques recherches aient étudié le lien entre le perfectionnisme et différents troubles mentaux, dont le TAG, très peu se sont penchées sur le lien entre le perfectionnisme et la réponse à un traitement thérapeutique. Il n'existe pas d'études à ce

jour qui explore l'effet du perfectionnisme sur le traitement des troubles anxieux et plus précisément le TAG. À notre connaissance, il semble que l'impact du perfectionnisme ait été étudié seulement dans le traitement de symptômes dépressifs et des troubles du comportement alimentaire (TCA).

Blatt et ses collègues (Blatt, Quinlan, Pilkonis, & Shea, 1995) ont étudié l'impact du perfectionnisme sur un traitement bref de la dépression chez l'adulte. Ils ont trouvé qu'un score élevé à la sous-échelle « *perfectionnisme* » de l'échelle des croyances dysfonctionnelles (Weissman & Beck, 1978) prédit une moins forte amélioration de la condition après une thérapie comme l'indique la sévérité de la dépression, du fonctionnement clinique général et de l'ajustement social. Cette étude compare aussi différentes formes de thérapie et le rôle que joue le perfectionnisme dans la réponse au traitement. Les quatre conditions de traitement sont la thérapie interpersonnelle, la TCC, la thérapie pharmacologique et l'administration d'un placebo. Cette étude démontre qu'un score élevé à la sous-échelle « *perfectionnisme* » est corrélé à des résultats plus pauvres dans les quatre conditions de traitement. En somme, les auteurs concluent que la réponse à un traitement psychothérapeutique chez les adultes est significativement reliée au niveau de perfectionnisme observé avant le traitement.

Jacobs et ses collègues (2009) ont étudié la relation entre la sévérité du perfectionnisme, les symptômes dépressifs et les idéations suicidaires chez des adolescents ayant un diagnostic de dépression majeure. Ils observent une baisse

significative des symptômes dépressifs et des idéations suicidaires chez les participants des quatre conditions du traitement (TCC, traitement pharmacologique, la TCC jumelée à un traitement pharmacologique et l'administration d'un placebo). Par contre, les analyses démontrent que les adolescents qui présentaient des niveaux plus élevés de perfectionnisme au départ continuent à présenter des symptômes plus élevés de dépression et d'idéations suicidaires au milieu et à la fin du traitement que leurs pairs qui présentent des niveaux moins élevés de perfectionnisme, et ce, pour toutes les conditions de la thérapie.

Sutandar-Pinnock, Blake Woodside, Carter, Olmsted et Kaplan (2003) ont étudié le rôle du perfectionnisme dans le traitement des TCA et plus précisément l'anorexie mentale. L'étude a examiné la sévérité des symptômes d'anorexie nerveuse et du perfectionnisme à différents temps de mesure de patients qui ont suivi un traitement spécifique pour l'anorexie nerveuse. Comparés à un groupe contrôle qui n'a aucun antécédent de TCA, les individus souffrant d'anorexie nerveuse démontraient un niveau significativement plus élevé de perfectionnisme avant la thérapie. Toutefois, au post-test, il n'y avait plus de différence significative au niveau de la sévérité du perfectionnisme entre les deux groupes. D'autres résultats démontrent que parmi le groupe d'individus souffrant du TCA, ceux qui ont eu une plus grande diminution des symptômes TCA à la fin de la thérapie ont aussi eu une plus grande diminution au niveau de la sévérité du perfectionnisme après le traitement que le groupe d'individus souffrant aussi du TCA, mais qui ont eu une moins grande diminution des symptômes TCA après la thérapie.



Bien que ces études démontrent l'impact du perfectionnisme dans le traitement de symptômes dépressifs et du TCA, aucune étude similaire à ce jour n'a étudié le rôle du perfectionnisme dans la réponse au traitement de l'inquiétude excessive.

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

L'objectif principal de cette étude vise donc à étudier l'impact du perfectionnisme dans la réponse à un traitement du TAG. L'étude se déroule auprès d'individus ayant reçu une TCC individuelle. Le modèle à double facteur de Gaudreau et Thompson (2010) est utilisé pour évaluer l'influence des deux facteurs du perfectionnisme sur la réponse au traitement en créant les quatre groupes proposés. À la lumière des connaissances actuelles sur le sujet, quatre hypothèses sont retenues.

Premièrement, le sous-type RHSP devrait présenter la plus grande diminution des symptômes du TAG après la TCC comme il présente le profil le plus adapté du perfectionnisme (forte recherche de hauts standards et faibles préoccupations perfectionnistes). Deuxièmement, le sous-type PPP devrait être celui qui bénéficiera le moins de la TCC étant donné qu'il correspond au profil le moins adapté (fortes préoccupations perfectionnistes et faible recherche de hauts standards). Troisièmement, le sous-type PM devrait présenter une meilleure réponse à la TCC que le profil PPP, mais devrait présenter une moins bonne réponse au traitement que le profil RHSP. Finalement, le sous-type NP aura une plus grande diminution des symptômes que les groupes PPP et

PM, car il regroupe des individus qui ne manifestent pas de caractéristiques associées au facteur « préoccupations perfectionnistes ».

L'objectif secondaire de cette étude vise à tester le lien entre les deux grands facteurs du perfectionnisme et la tendance à l'anxiété et à l'inquiétude avant la thérapie. À ce sujet, il est attendu qu'il y aura un lien significatif entre les mesures d'anxiété et d'inquiétude et le facteur « préoccupations perfectionnistes » étant donné qu'il est associé à plusieurs psychopathologies dont les troubles anxieux (Limburg et al., 2017) et à un moins bon fonctionnement (Bieling et al., 2004; Frost et al., 1993). Il est aussi attendu qu'il y aura un lien significatif, mais moins important, avec le facteur « recherche de hauts standards ». Bien que ce facteur soit souvent associé à une forme plus saine du perfectionnisme, il devrait y avoir une relation significative avec l'inquiétude étant donné qu'il s'agit d'un échantillon clinique. Ce facteur a aussi été associé à plusieurs psychopathologies dont les troubles anxieux (Limburg et al., 2017).

## **Méthodologie**

### **Déroulement et participants**

Les données utilisées pour cette étude sont issues d'une recherche à plus grande échelle qui visait à comparer l'efficacité d'une TCC de 15 rencontres du TAG administrée par vidéoconférence ou en personne. Elles ont été récoltées aux quatre temps de mesure de l'étude, soit avant le début de la TCC (prétest), à la fin de la TCC (post-test) et 6 et 12 mois après la fin de la TCC. Les participants étaient assignés aléatoirement dans deux

conditions, soit l'intervention par vidéoconférence ou l'intervention en personne. Pour la présente étude, l'échantillon total est considéré comme un même groupe, puisque l'étude principale a démontré qu'il n'y avait pas de différence entre la réponse au traitement des participants des deux conditions (Robillard et al., 2017).

Les participants ont été recrutés dans les cliniques des troubles anxieux de cinq universités du Québec, soit l'Université du Québec à Montréal, l'Université du Québec à Trois-Rivières, l'Université du Québec en Outaouais, l'Université de Sherbrooke et l'École de psychologie de l'Université Laval. L'échantillon de départ était composé de 282 personnes âgées entre 18 et 75 ans ( $M = 40$ ;  $ÉT = 15$ ) dont 220 femmes âgées entre 18 et 75 ans ( $M = 39$ ;  $ÉT = 15$ ) et 62 hommes âgés entre 20 et 75 ans ( $M = 42$ ;  $ÉT = 14$ ). Toutefois, pour la présente étude, les 145 participants qui ont complété le *Questionnaire de perfectionnisme révisé* (QP-R, Langlois et al., 2009) au prétest ont été retenus, ce qui explique les différences au niveau du nombre de participants.

Pour participer à l'étude, les participants devaient correspondre aux critères d'inclusion suivants, soit (a) être âgés entre 18 et 75 ans et (b) présenter un diagnostic primaire de TAG. Les critères d'exclusion étaient les suivants : (a) avoir un autre diagnostic principal à l'axe I du DSM-IV-TR (APA, 2003) ou un diagnostic secondaire actuel ou passé de schizophrénie, de trouble psychotique, de trouble bipolaire, de trouble organique cérébral ou de déficience intellectuelle; (b) un diagnostic secondaire actuel de trouble sévère de la personnalité (groupe a et b), d'abus ou de dépendance de substances;

(c) la présence d'une condition physique contre-indiquant la participation à l'étude; (d) avoir suivi une TCC pour l'anxiété dans les six derniers mois; (e) prendre une médication de type anxiolytique depuis moins de trois mois et/ou des antidépresseurs depuis moins de six mois; (f) démontrer des intentions suicidaires fermes ou (g) ne pas maîtriser le français oral et écrit.

### **Instruments de mesure**

Un questionnaire sociodémographique a permis d'obtenir des renseignements généraux sur les participants (âge, sexe, statut civil, niveau d'éducation, revenu personnel et familial). Des questions sur les antécédents de psychothérapie et la prise de médication étaient aussi incluses dans ce questionnaire. Afin d'établir la sévérité des symptômes anxieux des participants lors du traitement, une entrevue structurée et différents questionnaires ont été administrés aux quatre temps de mesure de l'étude.

### **Entrevue diagnostique**

L'*Entrevue structurée pour les troubles anxieux* selon le DSM (ESTA-IV; Marchand & Boivin, 1997) est une version française de l'*Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV* (ADIS; Grisham, Brown, & Campbell, 2004) qui permet d'évaluer la présence de troubles anxieux et d'autres troubles associés, soit les troubles de l'humeur, de somatisation et d'abus ou de dépendance à des substances psychoactives, en fonction des critères du DSM. Cet outil inclut une échelle de cotation de la sévérité clinique de chaque trouble de 0 à 8. Ainsi, lorsque plusieurs troubles sont comorbides, il permet d'établir

lequel est primaire ou secondaire. Tous les participants de l'étude présentent un TAG de sévérité clinique, c'est-à-dire d'au moins 4 sur 8 sur l'échelle de sévérité.

### **Questionnaires**

Le QP-R (Langlois et al., 2009) (voir Appendice A) a permis de mesurer les facteurs « recherche de hauts standards » et « préoccupations perfectionnistes ». Il s'agit d'un questionnaire de 20 items que tous les participants ont répondu au prétest seulement. La cohérence interne apparaît satisfaisante pour la première sous-échelle constituée de 7 items qui mesurent la recherche de hauts standards personnels ( $\alpha = 0,80$ ) et excellente pour la deuxième sous-échelle qui comprend 13 items qui évaluent les manifestations des préoccupations perfectionnistes ( $\alpha = 0,94$ ). La structure factorielle a été confirmée (Langlois et al., 2009) auprès d'un échantillon adulte non clinique et clinique.

Le *Questionnaire sur l'inquiétude et l'anxiété* (QIA; Dugas et al., 2001) (voir Appendice B) mesure les thèmes d'inquiétude, le caractère excessif et incontrôlable de l'inquiétude, la fréquence et la durée du trouble, les symptômes somatiques et la détresse et l'interférence associées à l'inquiétude et l'anxiété. Il contient 11 items correspondant aux critères diagnostiques du TAG d'après le DSM-5 (APA, 2015). Chaque critère diagnostique est évalué par une question sur une échelle de sévérité en 9 points. Le QIA présente une spécificité et une sensibilité adéquates et fait preuve d'une fidélité test-retest satisfaisante (9 semaines; accord = 79 %) (Dugas et al., 2001). Cette dernière a été validée

auprès d'étudiants universitaires francophones. Comme dans l'étude de Donegan et Dugas (2012), le score total au QIA et le score à la sous-échelle somatique seront utilisés.

La traduction française du *Questionnaire sur les inquiétudes de Penn State* (QIPS; Gosselin, Dugas, Ladouceur, & Freeston, 2001) (voir Appendice C) contient 16 items mesurant la tendance à s'inquiéter. La cotation s'effectue sur une échelle de type Likert en 5 points. La structure unifactorielle a été validée auprès d'un échantillon d'étudiants universitaires francophones (Gosselin et al., 2001). La cohérence interne semble excellente ( $\alpha = 0,92$ ).

Le *State-Trait Inventory for Cognitive and Somatic Anxiety* (STICSA; Ree, French, MacLeod, & Locke, 2008) (voir Appendice D) mesure les symptômes cognitifs et somatiques de l'anxiété. Cet outil se décline en deux sous-échelles. La première adresse le niveau d'anxiété cognitive et somatique présent du sujet (état d'anxiété). La seconde prédit les situations plus larges dans lesquelles l'individu ressent généralement des niveaux élevés d'anxiété cognitive et somatique (traits d'anxiété). Chacune des sous-échelles regroupe les mêmes 21 items. La cohérence interne apparaît bonne pour les facteurs cognitifs ( $\alpha = 0,87$ ) et somatiques ( $\alpha = 0,84$ ) (Ree et al., 2008). La structure factorielle a été validée auprès de 941 étudiants en psychologie. Dans la présente étude, seule la sous-échelle qui évalue les traits d'anxiété sera utilisée. Le STICSA est un outil de mesure inspiré du *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI; Charles, Spielberger, Vagg, & Jacobs, 1983). Ce dernier mesure la présence ou l'absence d'anxiété. Le STICSA,

contrairement au STAI, divise l'anxiété selon ses symptômes cognitifs et somatiques et a été conçu pour retirer les items qui se rapprochaient trop d'une symptomatologie dépressive.

*L'Inventaire de l'intolérance à l'incertitude* (III; Gosselin et al., 2008) (voir Appendice E) se compose de deux parties distinctes. La partie A regroupe 15 items évaluant l'intolérance à l'incertitude et la partie B comprend 30 items traitant des manifestations cognitives et comportementales ou des conséquences de l'intolérance. Tous les items sont cotés selon une échelle de sévérité en 5 points. La cohérence interne apparaît excellente pour la partie A ( $\alpha = 0,92$ ) et la partie B ( $\alpha = 0,96$ ) (Gosselin et al., 2008). L'échelle a été validée auprès de 498 étudiants universitaires francophones. Dans le cadre de cette étude, le score total sera utilisé.

### **Stratégies d'analyse**

Les participants à l'étude ont été divisés selon les quatre sous-types de perfectionnisme de la nomenclature 2 x 2 du modèle de Gaudreau et Thompson (2010). Des corrélations partielles ont été menées afin d'étudier le lien des deux facteurs du QP-R avec les différentes mesures de l'anxiété et de l'inquiétude pour contrôler la part de variance commune attendue entre les deux facteurs.

Afin de comparer la réponse au traitement des différents groupes de perfectionnisme aux différents temps de mesure, des ANOVAs à mesures répétées ont été conduites pour

chacun des outils de mesure de l'anxiété et pour tous les temps de mesure, c'est-à-dire le prétest, le post-test et les suivis de 6 et 12 mois. Les corrections de Greenhouse-Geisser ou de Huynh-Feldt ont été appliquées lorsque la sphéricité des données n'était pas respectée. Ces analyses permettent de tester les effets principaux du temps et du groupe (RHSP, PPP, PM, et NP) de même que les effets d'interaction entre les groupes et le temps. Des analyses post-hoc effectuées avec la correction de Bonferroni indiquent où se situent l'effet d'interaction entre le temps et le groupe, s'il y a lieu. Comme beaucoup d'études de traitement avec des suivis, la perte de données fait en sorte que l'échantillon est plus petit aux suivis de 6 et 12 mois. Les données de l'étude sont analysées par protocole, c'est-à-dire que seuls les participants qui ont répondu à tous les temps de mesure pour tous les questionnaires sont inclus dans les ANOVAs. Ce type d'analyse permet de conclure que les différences observées entre les résultats à la TCC peuvent être attribuées au groupe de perfectionnisme auquel correspond le participant dans un contexte optimal.

## **Résultats**

### **Analyses préliminaires**

Les participants de l'étude sont répartis dans les quatre sous-types de perfectionnisme selon Gaudreau et Thompson (2010) sur la base de la médiane des scores aux deux sous-échelles du QP-R (Langlois et al., 2009) au prétest. Pour la première sous-échelle, qui correspond au facteur « recherche de hauts standards », la médiane est de 25. Pour la deuxième sous-échelle, qui correspond au facteur « préoccupations perfectionnistes », la



médiane est de 41. Le but est de distribuer les participants de l'étude dans les quatre groupes à partir de la tendance médiane sur les deux facteurs.

Une analyse de corrélation bivariée révèle une forte corrélation positive significative ( $r = 0,64$ ;  $p = 0,000$ ) (Cohen, 2013) entre les deux facteurs du perfectionnisme. Le chevauchement entre les deux dimensions suggère la nécessité de contrôler la part de variance commune à l'aide d'analyses de corrélation partielles entre les deux facteurs et les mesures d'anxiété afin d'obtenir une représentation plus juste des relations.

Les analyses de corrélation partielles entre les différentes mesures de l'anxiété et les deux facteurs du QP-R permettent de valider la présence d'un lien négatif significatif entre le facteur « recherche de hauts standards » et la sous-échelle somatique du STICSA ( $r = -0,21$ ;  $p = 0,012$ ), le QIA ( $r = -0,26$ ;  $p = 0,002$ ) et la sous-échelle somatique du QIA ( $r = -0,27$ ;  $p = 0,001$ ) (voir Tableau 1). Les corrélations révèlent aussi un lien positif significatif entre le facteur « préoccupations perfectionnistes » et le QIPS ( $r = 0,32$ ;  $p = 0,000$ ), le STICSA ( $r = 0,18$ ;  $p = 0,033$ ), le QIA ( $r = 0,36$ ;  $p = 0,000$ ) et la sous-échelle somatique du QIA ( $r = 0,36$ ;  $p = 0,000$ ).

Tableau 1

*Analyse de corrélation partielle entre les deux sous-échelles du QP-R et les mesures de l'anxiété*

	ADIS	QIA	QIA (s-é som.)	QIPS	STICSA (s-é som.)	III
RHS <sup>a</sup>	0,00 ( <i>n</i> = 138)	-0,26** ( <i>n</i> = 140)	-0,27** ( <i>n</i> = 140)	-0,05 ( <i>n</i> = 140)	-0,21* ( <i>n</i> = 138)	0,02 ( <i>n</i> = 140)
PP <sup>b</sup>	0,08 ( <i>n</i> = 138)	0,36** ( <i>n</i> = 140)	0,36** ( <i>n</i> = 140)	0,32** ( <i>n</i> = 140)	0,18* ( <i>n</i> = 138)	-0,00 ( <i>n</i> = 140)

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

a : l'effet de « préoccupations perfectionnistes » est contrôlé

b : l'effet de « recherche de hauts standards » est contrôlé

D'autres analyses de corrélation permettent de statuer que l'effet de la variable sexe est significativement associé aux résultats obtenus à l'III ( $r = 0,12$ ;  $p = 0,040$ ), au QIA ( $r = 0,14$ ;  $p = 0,023$ ) et à la sous-échelle somatique du QIA ( $r = 0,16$ ;  $p = 0,009$ ). Des tests  $t$  pour échantillons indépendants sont conduits pour comparer les différences de moyennes entre les sexes pour chacun des outils de mesure de l'anxiété. Une différence significative ( $t(280) = -2,07$ ,  $p = 0,040$ ,  $d = 0,30$ ) entre les hommes ( $M = 88,57$ ;  $ÉT = 20,88$ ) et les femmes ( $M = 82,38$ ;  $ÉT = 20,67$ ) est observée pour l'III. Les résultats démontrent également une différence significative ( $t(276) = -2,28$ ,  $p = 0,023$ ,  $d = 0,39$ ) dans les moyennes obtenues au QIA entre les hommes ( $M = 63,13$ ;  $ÉT = 9,89$ ) et les femmes ( $M = 59,80$ ;  $ÉT = 10,20$ ), ainsi qu'à celles obtenues à la sous-échelle somatique du QIA ( $t(278) = -2,62$ ,  $p = 0,009$ ,  $d = 0,33$ ). Les hommes obtiennent une moyenne de 38,03 avec un écart-type de 6,54 et les femmes une moyenne de 35,36 avec un écart-type de 7,21.

Étant donné que les effets ne sont pas importants selon les normes de Cohen (2013) et qu'il ne s'agit pas d'une question de recherche centrale à l'étude, la variable sexe n'est pas contrôlée dans les analyses ultérieures. Les analyses de corrélation confirment qu'il n'y a pas de lien significatif entre la variable sexe et les deux sous-échelles du QP-R.

Pour s'assurer que les postulats de base de l'ANOVA sont respectés, les participants à l'étude sont prélevés au hasard et les conditions de traitement sont réparties de façon aléatoire. Les différents indices de normalité confirment que les données suivent une distribution approximativement normale et la vérification de l'homogénéité des variances démontrent que les données sont réparties de façon homogène entre les groupes de perfectionnisme, et ce, pour chacun des outils de mesure de l'anxiété.

### **ANOVAs à mesures répétées**

Les résultats d'une analyse de variance (ANOVA) à mesures répétées avec la correction de Huynh-Feld aux résultats obtenus à l'ADIS (voir Figure 2) démontrent qu'il y a un effet principal du temps de mesure  $F(2,876, 230,082) = 107,966, p < 0,05, n^2 = 0,574$ , mais pas d'effet principal du groupe de perfectionnisme  $F(3, 80) = 1,805, p > 0,05, n^2 = 0,063$ . Des analyses post-hoc utilisant la correction de Bonferroni déterminent qu'il y a un effet d'interaction significatif  $F(8,628, 230,082) = 2,131, p < 0,05, n^2 = 0,074$  démontrant que le groupe PPP ( $M = 3,56; \acute{E}T = 0,47$ ) présente une moins grande amélioration au post-test que le groupe NP ( $M = 2,05; \acute{E}T = 0,26$ ) et le groupe RHSP ( $M = 1,79; \acute{E}T = 0,38$ ).

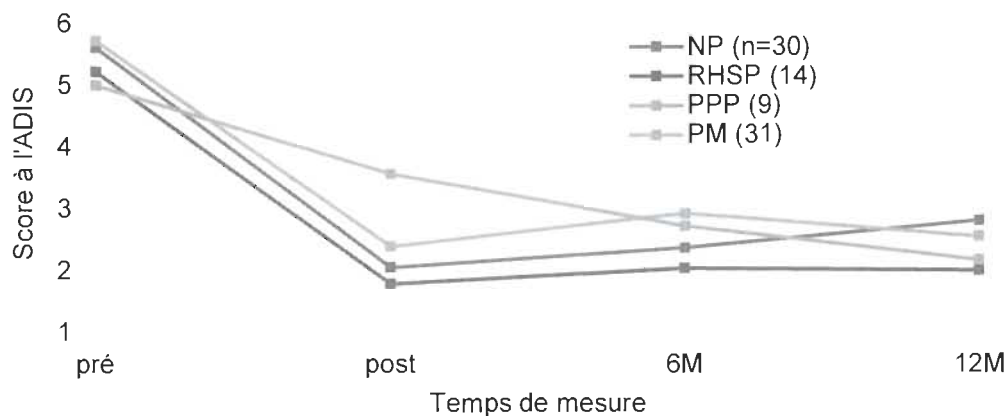


Figure 2. Résultats à l'ADIS aux différents temps de mesure.

Pour le QIA (voir Figure 3), une ANOVA à mesures répétées rapporte qu'il y a un effet principal du temps de mesure  $F(3, 222) = 65,737$ ,  $p < 0,05$ ,  $n^2 = 0,470$  et un effet principal du groupe  $F(3, 79) = 2,191$ ,  $p < 0,05$ ,  $n^2 = 0,77$ . Le groupe PPP ( $M = 56,33$ ;  $ÉT = 4,28$ ) présente des symptômes d'inquiétude et d'anxiété significativement plus sévères que les groupes NP ( $M = 41,28$ ;  $ÉT = 1,95$ ), RHSP ( $M = 37,07$ ;  $ÉT = 2,91$ ) et PM ( $M = 42,90$ ;  $ÉT = 1,91$ ), et ce, indépendamment du temps. Il n'y a toutefois pas d'effet d'interaction entre les temps de mesure et le groupe de perfectionnisme  $F(9, 222) = 1,570$ ,  $p > 0,05$ ,  $n^2 = 0,060$ .

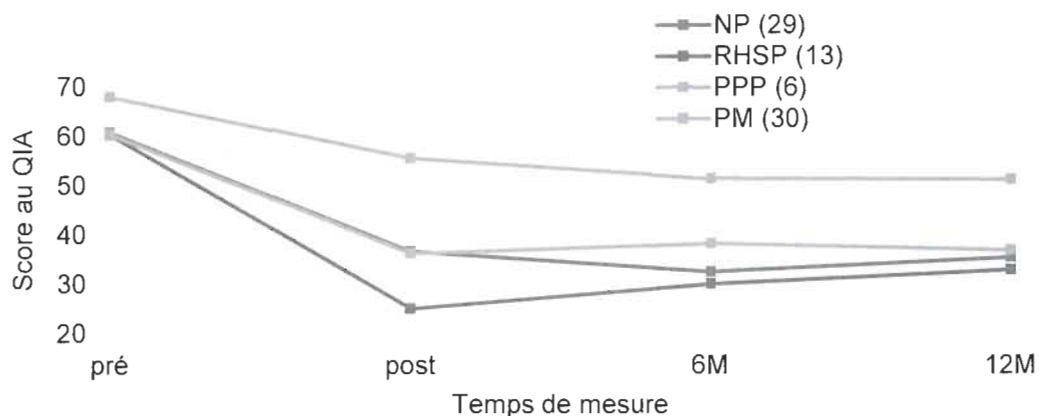


Figure 3. Résultats au QIA aux différents temps de mesure.

L'ANOVA aux résultats à la sous-échelle somatique du QIA (voir Figure 4) démontre qu'il y a un effet principal du temps de mesure  $F(3, 228) = 52,905, p < 0,05, \eta^2 = 0,410$  et un effet principal du groupe  $F(3, 76) = 4,968, p < 0,05, \eta^2 = 0,164$ . Comme pour les résultats à l'échelle globale du QIA, les symptômes somatiques de l'inquiétude et de l'anxiété sont significativement plus sévères pour le groupe PPP ( $M = 34,04; \acute{E}T = 2,56$ ) que le groupe NP ( $M = 24,87; \acute{E}T = 1,24$ ). Le groupe PPP présente aussi une symptomatologie plus élevée que le groupe RHSP ( $M = 21,95; \acute{E}T = 1,8$ ) et le groupe PM ( $M = 25,36; \acute{E}T = 1,24$ ). Les analyses post-hoc avec la correction de Bonferroni révèlent également un effet d'interaction  $F(9, 228) = 1,258, p > 0,05, \eta^2 = 0,047$  entre le temps et les groupes de perfectionnisme. Au post test, il y a une différence significative entre le groupe PPP ( $M = 33,71; \acute{E}T = 4,05$ ), qui présente une moins grande amélioration des symptômes somatiques liés à l'anxiété, que le groupe RHSP ( $M = 14,69; \acute{E}T = 2,97$ ). On observe également, de manière significative, une moins grande amélioration des symptômes somatiques liés à l'anxiété au post-test entre le groupe PPP et les groupes PM

( $M = 20,53$ ;  $\acute{E}T = 1,95$ ) et NP ( $M = 21,57$ ;  $\acute{E}T = 1,95$ ). Au suivi 6 mois, il y a toujours cette différence significative entre les groupes PPP ( $M = 30,00$ ;  $\acute{E}T = 3,48$ ) et le groupe RHSP ( $M = 18,00$ ;  $\acute{E}T = 2,56$ ).

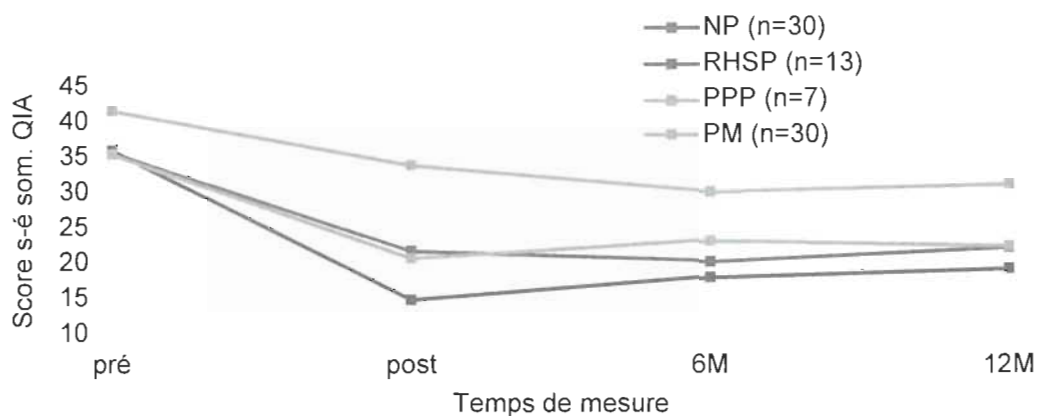


Figure 4. Résultats à la sous-échelle somatique du QIA aux différents temps de mesure

Selon les résultats au QIPS (voir Figure 5), l'ANOVA avec la correction Huynh-Feldt montre un effet principal du temps  $F(2, 454, 193,868) = 120,624$ ,  $p < 0,05$ ,  $\eta^2 = 0,604$  et un effet principal du groupe  $F(3, 79) = 4,954$ ,  $p < 0,05$ ,  $\eta^2 = 0,158$ . Les analyses indiquent que le groupe PPP ( $M = 57,78$ ;  $\acute{E}T = 2,57$ ) présente globalement une plus forte tendance à l'inquiétude que le groupe RHSP ( $M = 47,44$ ;  $\acute{E}T = 1,94$ ). Dans le même sens, le groupe PM ( $M = 54,63$ ;  $\acute{E}T = 1,33$ ) montre une plus forte tendance que le groupe RHSP ( $M = 47,44$ ;  $\acute{E}T = 1,94$ ). Les résultats indiquent qu'il n'y a pas d'effet d'interaction entre les temps de mesure et les groupes de perfectionnisme  $F(7, 362, 193,868) = 0,854$ ,  $p > 0,05$ ,  $\eta^2 = 0,031$ ).

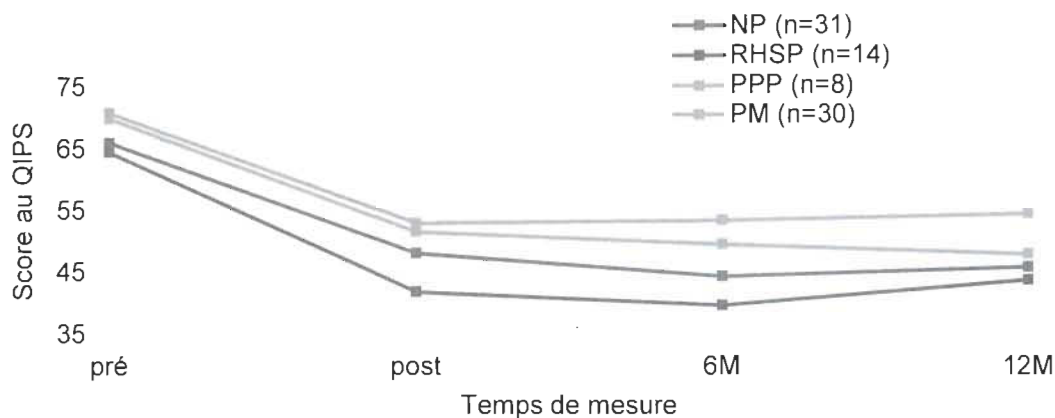


Figure 5. Résultats au QIPS aux différents temps de mesure.

Une ANOVA à mesures répétées avec la correction de Huynh-Feldt selon les résultats obtenus au STICSA (voir Figure 6) démontre qu'il y a un effet principal du temps  $F(2,722, 185,105) = 32,672$ ,  $p < 0,05$ ,  $\eta^2 = 0,325$  et un effet principal du groupe  $F(3, 68) = 4,525$ ,  $p < 0,05$ ,  $\eta^2 = 0,166$ . Le groupe PPP ( $M = 20,79$ ;  $ÉT = 1,37$ ) présente globalement des scores plus élevés que le groupe RHSP ( $M = 14,75$ ;  $ÉT = 1,01$ ). L'ANOVA indique toutefois qu'il n'y a pas d'effet d'interaction  $F(8,166, 185,105) = 1,150$ ,  $p > 0,05$ ,  $\eta^2 = 0,048$ .

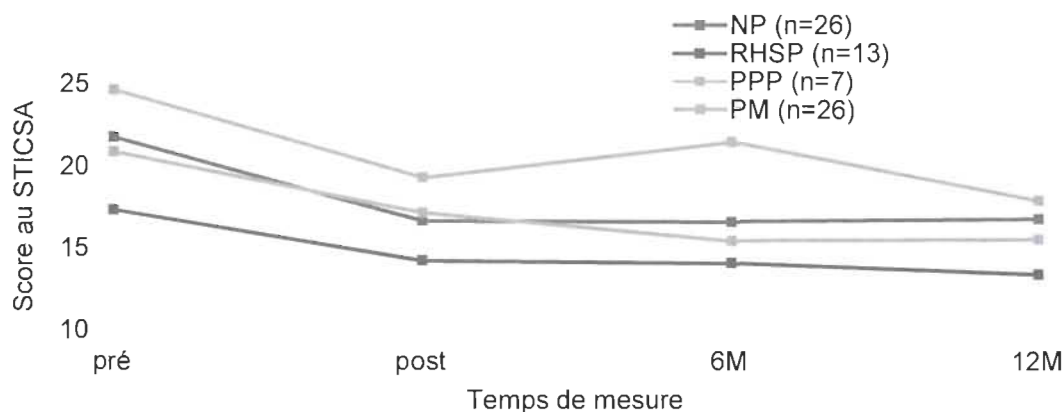


Figure 6. Résultats au STICSA aux différents temps de mesure.

Finalement, l'ANOVA avec la correction de Greenhouse-Geisser selon les résultats obtenus à l'III (voir Figure 7) confirme qu'il y a un effet du temps  $F(2,050, 67,652) = 45,351, p < 0,05, n^2 = 0,579$  entre le prétest et les autres temps de mesure de plus qu'entre le post-test ( $M = 56,04; \acute{E}T = 4,30$ ) et le suivi 12 mois ( $M = 46,59; \acute{E}T = 3,69$ ). Les résultats révèlent qu'il n'y a pas d'effet principal du groupe  $F(3, 33) = 0,613, p > 0,05, n^2 = 0,053$  ni d'effet d'interaction  $F(6,150, 67,652) = 1,407, p > 0,05, n^2 = 0,113$ .

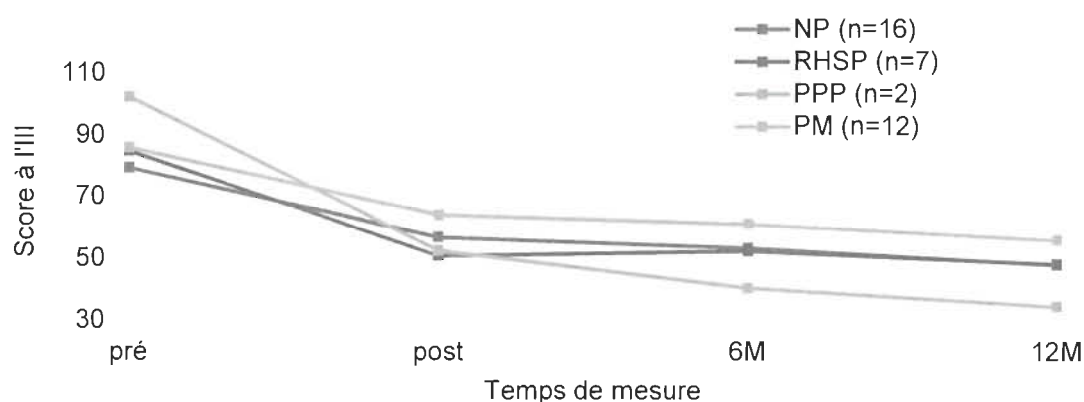


Figure 7. Résultats à l'III aux différents temps de mesure.

## Discussion

### Retour sur l'objectif principal

L'objectif principal de cette étude visait à vérifier, dans un échantillon d'individus ayant reçu une TCC pour le TAG, si le profil de perfectionnisme, tel que défini par Gaudreau et Thompson (2010), influence la réponse au traitement. Les résultats obtenus aux analyses démontrent que les hypothèses de départ sont confirmées pour certaines mesures, mais infirmées pour la majorité d'entre elles. Les résultats montrent que le profil



PPP présente une diminution significativement moins importante des symptômes comportementaux et somatiques du TAG au post-test que les profils RHSP, PM et NP et au suivi 6 mois que le sous-type RHSP. Il est possible de croire que les symptômes comportementaux et physiologiques associés à l'anxiété et l'inquiétude sont généralement plus facilement discernés que les symptômes cognitifs. Une étude a montré que les personnes qui souffrent de troubles anxieux consultent d'abord les services de santé pour des symptômes physiques comme des maux de tête et des douleurs gastro-intestinales (Stein et al., 2005).

Bien que les résultats à l'ADIS révèlent un effet d'interaction, il n'y a toutefois pas d'effet de groupe observé pour cette mesure. Il faut rappeler que l'ADIS est une mesure du TAG qui est cotée sur une échelle de 1 à 8. Puisqu'au prétest tous les participants devaient coter au minimum 4 sur l'échelle pour être admis à l'étude, la variance possible est plus limitée et pourrait nuire aux analyses.

Malgré qu'il y ait peu d'effets d'interaction observés, les résultats démontrent qu'indépendamment du temps, il y a un effet principal du groupe pour la majorité des mesures d'anxiété et d'inquiétude. Les personnes du groupe PPP sont celles qui présentent une symptomatologie significativement plus sévère que les personnes des autres profils. Bien qu'elles aient bénéficié de la thérapie comme les autres groupes, elles semblent toutefois souffrir de symptômes plus importants. La peur de déplaire ou de décevoir et le désir d'éviter un sentiment de honte, typique de ce profil (Frost et al., 1993; Klibert et al.,

2005), pourraient ouvrir la porte à davantage d'inquiétudes au quotidien, ce qui expliquerait que ce profil présente des symptômes d'inquiétude et d'anxiété plus sévères. Ce résultat est cohérent avec la littérature qui suggère que les individus avec un profil caractérisé par des préoccupations pour les erreurs et des doutes à propos de leurs actions ressentent une grande pression externe et présentent aussi davantage de symptômes d'anxiété et d'inquiétude que ceux n'ayant pas ces préoccupations (Flett et al., 1994; Frost et al., 1990; Klibert et al., 2005; Stöber & Joormann, 2001). En plus de présenter les thèmes et symptômes habituels associés au TAG, ils présentent également les caractéristiques associées aux préoccupations perfectionnistes, soit la peur de l'échec, le doute à propos de ses capacités, une estime de soi plus faible, etc. Ils pourraient donc avoir plus de thèmes à travailler en thérapie que le groupe RHSP par exemple.

Contrairement au groupe PPP, le profil RHSP est quant à lui le groupe qui présente la symptomatologie la moins sévère. Cette différence n'est pas significative avec tous les groupes, mais il faut considérer que la grandeur d'échantillon de certains sous-groupes est relativement petite et peut diminuer la puissance. Il est possible que le plus fort désir de dépassement de soi, accompagné des faibles préoccupations pour les erreurs qui caractérisent ce profil (Frost et al., 1993; Klibert et al., 2005), diminue l'intensité des inquiétudes au quotidien en raison de motivations plus autodéterminées. Les individus du profil RHSP chercheraient à atteindre des standards de performance élevés, car ils retireraient du plaisir à se dépasser et se concentreraient sur les objectifs accomplis plutôt que de mettre l'accent sur ce qui aurait pu être fait encore mieux (Gnilka et al., 2012).

Cette conclusion va davantage dans le sens des études qui affirment que le facteur « recherche de hauts standards » correspond à une forme plus saine de perfectionnisme (Bieling et al., 2004; Frost et al., 1993). Ces résultats tendent aussi à confirmer l'hypothèse selon laquelle les individus de ce groupe auraient tendance à évaluer les situations anxiogènes avec moins d'autocritique négative et se concentreraient davantage sur la résolution de problèmes (action) plutôt que de remettre en question leurs capacités à pouvoir le faire (Gnilka et al., 2012). Dans un autre ordre d'idées, on pourrait croire que la présence de standards personnels élevés fait en sorte que les personnes du profil RHSP aient plus tendance à sous-estimer leurs symptômes anxieux. Cependant, cette hypothèse semble moins probable étant donné que ces individus seraient moins motivés par l'évitement de l'erreur ou la peur de montrer des faiblesses.

### **Retour sur l'objectif secondaire**

Le second objectif de cette étude a permis de confirmer la présence d'un lien significatif entre les mesures de l'anxiété et de l'inquiétude et les deux grands facteurs du perfectionnisme lorsque leur variance commune est contrôlée. Tel que démontrés par la méta-analyse de Limburg et ses collègues (2017), les résultats ont révélé la présence d'un lien positif significatif entre les préoccupations perfectionnistes et la majorité des mesures d'anxiété et d'inquiétude; ce qui renforce l'idée que les préoccupations perfectionnistes sont associées à un moins bon fonctionnement et à davantage de symptômes d'anxiété et d'inquiétude (Flett et al., 1994; Frost et al., 1990; Klibert et al., 2005; Stöber & Joormann, 2001).

Les résultats ont aussi rapporté la présence d'un lien significatif négatif entre la recherche de hauts standards et certaines mesures d'anxiété et d'inquiétude. Bien que ces résultats n'aillent pas dans le même sens de l'hypothèse de départ et de la méta-analyse de Limburg et ses collègues (2017), ils concordent avec ceux rapportés par Stoeber et Otto (2006) qui soutiennent que la recherche de hauts standards constitue une forme plus saine de perfectionnisme associée à un meilleur fonctionnement. Selon eux, la recherche de hauts standards est associée à des caractéristiques positives et peut aussi être inversement reliée aux caractéristiques négatives associées traditionnellement aux préoccupations perfectionnistes, dont l'anxiété et l'inquiétude.

Les individus ayant des standards de performance élevés et de faibles préoccupations perfectionnistes auraient une meilleure estime de soi (DiBartolo, Frost, Chang, LaSota, & Grills, 2004; Frost et al., 1993); ce qui pourrait expliquer que la recherche de hauts standards soit associée à une symptomatologie anxieuse moins élevée. Les recherches (DiBartolo et al., 2004; Frost et al., 1993) montrent que les individus ayant des préoccupations perfectionnistes présentent une moins bonne estime de soi, car ils ont tendance à évaluer négativement leurs capacités à atteindre des standards de performance élevés et à vouloir maintenir une image de soi parfaite (Frost et al., 1993) afin d'éviter l'évaluation négative des autres (DiBartolo et al., 2004; Frost et al., 1993). Nous formulons l'hypothèse selon laquelle les individus avec des standards de performance élevés appréhenderaient moins les obstacles, car ils chercheraient à se surpasser à atteindre des objectifs élevés en se mettant davantage dans l'action. Le traitement du TAG par la

TCC pourrait les amener à s'exposer à la nouveauté et à des situations d'inquiétude et activerait de façon moins importante un sentiment d'impuissance lié à une faible estime que l'on retrouve chez les individus ayant des préoccupations perfectionnistes élevées. De plus, la recherche de hauts standards est associée à de meilleures capacités d'adaptation et à des niveaux de réussite plus élevés (Stoebe, & Otto, 2006), ce qui pourrait aussi expliquer pourquoi les individus qui ont ce profil de perfectionnisme présentent une symptomatologie anxieuse moins élevée. Ils s'adapteraient davantage aux situations d'anxiété et d'inquiétude que ceux ayant des préoccupations perfectionnistes élevées.

Aussi, contrairement à ce qui était attendu, les résultats n'ont pas rapporté de lien significatif entre les deux facteurs du perfectionnisme et la mesure de l'intolérance à l'incertitude, alors qu'il s'agit d'un processus central au TAG. Le perfectionnisme est un mode de pensée dichotomique qui amène les individus à envisager des solutions excessives à différentes situations (Pacht, 1984); ce qui le distingue de l'intolérance à l'incertitude qui est un processus plus nuancé où l'individu réagit négativement vis-à-vis de situations ambiguës (Freeston, Rhéaume, Letarte, Dugas, & Ladouceur, 1994). Il est possible de croire que les personnes perfectionnistes se préoccuperaient davantage à atteindre des standards de performance élevés, douteraient de leurs capacités et ressentiraient une pression externe plutôt que de réagir au caractère incertain des situations qu'ils rencontrent.

En résumé, les résultats en lien avec l'objectif secondaire de cette étude sont cohérents avec les résultats de l'objectif principal. Ceux-ci démontrent que les individus souffrant du TAG qui ont plus de préoccupations perfectionnistes sont plus souffrants. Cependant, il est possible de conclure que les individus qui présentent une forme de perfectionnisme caractérisé davantage par des standards personnels élevés non issus d'une pression sociale externe et une faible préoccupation pour les erreurs sont sujet à présenter une symptomatologie anxieuse moins sévère.

### **Retombée de la recherche**

De cette étude découlent différentes retombées cliniques et des voies de développement futures sur le sujet. Premièrement, le profil de perfectionnisme ne semble pas affecter la réponse des participants à une TCC du TAG, mais le groupe PPP est associé à une plus grande sévérité globale de la symptomatologie anxieuse chez des individus qui souffrent de ce trouble. Ces résultats suggèrent que l'évaluation des tendances perfectionnistes pourrait être considérée dans la préparation d'un plan d'intervention auprès d'individus souffrant du TAG et ouvrent la porte à différentes possibilités. D'un côté, il serait intéressant d'observer si de plus grands changements se produiraient si plus de rencontres de thérapie étaient accordées au groupe PPP, car bien que tous les profils s'améliorent, il demeure le groupe le plus symptomatique. Cela permettrait de vérifier si, en accordant plus de temps, il pourrait atteindre un niveau de fonctionnement similaire aux autres profils. D'un autre côté, le traitement du TAG pourrait intégrer des outils sur le perfectionnisme qui cibleraient, en autre chose, les préoccupations perfectionnistes. Les

intervenants pourraient accorder plus de temps et une attention particulière aux thèmes d'inquiétude reliés à la peur de l'erreur et de l'échec, et offrir ainsi un traitement plus adapté aux individus souffrant du TAG, mais qui souffrent aussi de leur perfectionnisme.

Deuxièmement, comme plusieurs recherches ont démontré que le perfectionnisme est associé à plusieurs psychopathologies (Frost et al., 1990; Frost & Steketee, 1997; Iketani et al., 2002; Juster et al., 1996; Mallinger, 1984; Pacht, 1984; Rasmussen & Eisen, 1989, 1992; Shafran & Mansell, 2001; Todorov & Bazinet, 1996), dont plusieurs de la catégorie des troubles anxieux, cette étude-ci ouvre donc la porte à tester l'impact du perfectionnisme dans le traitement d'autres troubles anxieux aussi associés au perfectionnisme. Il serait intéressant d'observer le rôle des différents profils de perfectionnisme dans ces troubles et préciser l'impact transdiagnostique de cette tendance (Egan et al., 2011).

Finalement, dans le futur, il serait aussi intéressant de comparer les indices d'adhérence au traitement (participation, investissement dans les exercices, pourcentage d'abandon, etc.) entre les différents profils de perfectionnisme. Cela permettrait de voir si les individus du profil RHSP s'impliquent davantage dans leur traitement, puisqu'ils veulent atteindre des standards de performance élevés et protéger leur ego et si les individus du profil PPP mettent moins d'effort ou évitent ou procrastinent davantage par peur de l'échec.

### **Limites et forces de l'étude**

Cette étude comporte tout de même certaines limites. D'abord, les données ont été recueillies, en majorité, à l'aide de questionnaires autorapportés. Cette méthode de collecte de données a pu induire un biais de désirabilité sociale chez certains participants de l'étude, notamment chez ceux qui auraient peur de ne pas avoir bien performés dans leur psychothérapie.

De plus, puisque le nombre de participants à l'étude est divisé en quatre selon les profils de perfectionnisme de Gaudreau et Thompson (2010) pour chacun des outils de mesure, on peut observer une perte de puissance statistique importante. Il serait intéressant de voir si les résultats révéleraient davantage d'effets d'interaction si la taille d'échantillon pour chacun des profils de perfectionnisme était augmentée. Une façon de limiter la perte de puissance statistique serait d'analyser les données de l'étude par intention de traitement plutôt que par protocole. L'analyse par intention de traitement permettrait d'inclure les participants qui ont arrêté prématurément le traitement, qui n'ont pas participé au suivi 6 et 12 mois après la TCC ou pour lesquels il y a des données manquantes. Toutefois, l'analyse par protocole permet de conclure plus objectivement que les résultats obtenus entre les différents sous-types de perfectionnisme et leur réponse à une TCC du TAG peuvent être attribués au groupe de perfectionnisme auquel correspond le participant.

Aussi, puisqu'il s'agit d'une étude exploratoire qui utilise les données secondaires d'une recherche à plus grande échelle, la mesure du perfectionnisme (QP-R) a été utilisée



uniquement au prétest ce qui constitue également une limite à cette étude. Il aurait été pertinent de vérifier si le niveau de perfectionnisme diminue également après la TCC du TAG.

Malgré ses limites méthodologiques, cette étude ouvre la porte à une compréhension nouvelle du rôle du perfectionnisme dans le traitement du TAG. C'est la première étude qui examine l'impact du perfectionnisme dans un traitement clinique du TAG. Elle met en évidence l'attention particulière que pourrait nécessiter les personnes qui souffrent du TAG et qui présente aussi des préoccupations perfectionnistes. De futures études pourraient nous indiquer comment aider adéquatement ces personnes. Faut-il simplement offrir plus de temps et considérer la peur de l'erreur comme tous les autres thèmes d'inquiétude? En ce sens, il serait aussi intéressant de vérifier si la peur de l'erreur est différente des autres thèmes d'inquiétude.

## Références

- American Psychiatric Association. (APA, 2003). *DSM-IV-TR : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (4<sup>e</sup> éd. rév.; traduit par J.-D. Guelfi, & M.-A. Crocq). Paris, France : Masson.
- American Psychiatric Association. (APA, 2015). *DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5<sup>e</sup> éd.) (version internationale) (Washington, DC, 2013). Traduction française par J. D. Guelfi et al. Paris, France : Masson.
- Bieling, P. J., Israeli, A., & Antony, M. M. (2004). Is perfectionism good, bad, or both? Examining models of the perfectionism construct. *Personality and Individual Differences*, 36, 1373-1385.
- Blatt, S. J., Quinlan, D. M., Pilkonis, P. A., & Shea, M. T. (1995). Impact of perfectionism and need for approval on the brief treatment of depression: The National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program revisited. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 125-132.
- Buhr, K., & Dugas, M. J. (2006). Investigating the construct validity of intolerance of uncertainty and its unique relationship with worry. *Journal of Anxiety Disorders*, 20(2), 222-236.
- Burns, D. (1980). The perfectionist's script for self-defeat. *Psychology Today*, 14(6), 34-52.
- Charles, D., Spielberger, G. R. L., Vagg, P. R., & Jacobs, G. A. (1983). *State-Trait Anxiety Inventory (STAI-AD) manual*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Cohen, J. (2013). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. New York, NY: Routledge.
- Costello, C. G., & Comrey, A. L. (1967). Scales for measuring depression and anxiety. *The Journal of Psychology*, 66(2), 303-313.
- Cox, B. J., Enns, M. W., & Clara, I. P. (2002). The multidimensional structure of perfectionism in clinically distressed and college student samples. *Psychological Assessment*, 14, 365-373.
- Derogatis, L. R., & Melisaratos, N. (1983). The brief symptom inventory: An introductory report. *Psychological Medicine*, 13, 595-605.
- DiBartolo, P. M., Frost, R. O., Chang, P., LaSota, M., & Grills, A. E. (2004). Shedding light on the relationship between personal standards and psychopathology: The case

- for contingent self-worth. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 22(4), 237-250.
- Donegan, E., & Dugas, M. J. (2012). Generalized anxiety disorder: A comparison of symptom change in adults receiving cognitive-behavioral therapy or applied relaxation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(3), 490-496.
- Dugas, M. J., Freeston, M. H., Provencher, M. D., Lachance, S., Ladouceur, R., & Gosselin, P. (2001). Questionnaire sur l'inquiétude et l'anxiété : validation dans des échantillons non cliniques et cliniques. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 11, 31-36.
- Dunkley, D. M., Zuroff, D. C., & Blankstein, K. R. (2003). Self-critical perfectionism and daily affect: Dispositional and situational influences on stress and coping. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 234-252.
- Egan, S. J., Wade, T. D., & Shafran, R. (2011). Perfectionism as a transdiagnostic process: A clinical review. *Clinical Psychology Review*, 31(2), 203-212.
- Endler, N. S., Edwards, J. M., & Vitelli, R. (1991). *Endler Multidimensional Anxiety Scales (EMAS)*. Los Angeles, CA: Western Psychological Services.
- Flett, G. L., Endler, N. S., Tassone, C., & Hewitt, P. L. (1994). Perfectionism and components of state and trait anxiety. *Current Psychology*, 13(4), 326-350.
- Flett, G. L., & Hewitt, P. L. (2006). Positive versus negative perfectionism in psychopathology: A comment on Slade and Owens's dual process model. *Behavior Modification*, 30(4), 472-495.
- Freeston, M. H., Rhéaume, J., Letarte, H., Dugas, M. J., & Ladouceur, R. (1994). Why do people worry?. *Personality and Individual Differences*, 17(6), 791-802.
- Frost, R. O., Heimberg, R. G., Holt, C. S., Mattia, J. I., & Neubauer, A. L. (1993). A comparison of two measures of perfectionism. *Personality and Individual Differences*, 14, 119-126.
- Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C., & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14(5), 449-468.
- Frost, R. O., & Steketee, G. (1997). Perfectionism in obsessive compulsive disorder patients. *Behavior Research and Therapy*, 26, 275-296.
- Gaudreau, P., & Thompson, A. (2010). Testing a 2 × 2 model of dispositional perfectionism. *Personality and Individual Differences*, 48(5), 532-537.

- Gnilka, P. B., Ashby, J. S., & Noble, C. M. (2012). Multidimensional perfectionism and anxiety: Differences among individuals with perfectionism and tests of a coping-mediation model. *Journal of Counseling & Development, 90*(4), 427-436.
- Gosselin, P., Dugas, M. J., Ladouceur, R., & Freeston, M. H. (2001). Évaluation des inquiétudes : validation d'une traduction française du Penn State Worry Questionnaire. *L'encéphale, 27*(5), 475-484.
- Gosselin, P., Ladouceur, R., Evers, A., Laverdiere, A., Routhier, S., & Tremblay-Picard, M. (2008). Evaluation of intolerance of uncertainty: Development and validation of a new self-report measure. *Journal of Anxiety Disorders, 22*(8), 1427-1439.
- Grisham, J. R., Brown, T. A., & Campbell, L. A. (2004). The Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV (ADIS-IV). Dans M. J. Hilsenroth & D. L. Segal (Éds), *Comprehensive handbook of psychological assessment, Vol 2: Personality assessment* (pp. 163-177). Hoboken, NJ: Wiley.
- Hamachek, D. E. (1978). Psychodynamic of normal and neurotic perfectionism. *Psychology: A Journal of Human Behavior, 15*(1), 27-33.
- Handley, A. K., Egan, S. J., Kane, R. T., & Rees, C. S. (2014). The relationships between perfectionism, pathological worry and generalised anxiety disorder. *BMC Psychiatry, 14*(1). doi: 10.1186/1471-244X-14-98
- Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (1991). Dimensions of perfectionism in unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology, 100*, 98-101.
- 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.
- Iketani, T., Kiriike, N., Stein, M. B., Nagao, K., Nagata, T., Minamikawa, N., ... Fukuhara, H. (2002). Relationship between perfectionism and agoraphobia in patients with panic disorder. *Cognitive Behaviour Therapy, 31*(3), 119-128.
- Jacobs, R. H., Silva, S. G., Reinecke, M. A., Curry, J. F., Ginsburg, G. S., Kratochvil, C. J., & March, J. S. (2009). Dysfunctional attitudes scale perfectionism: A predictor and partial mediator of acute treatment outcome among clinically depressed adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 38*(6), 803-813.
- Juster, H. R., Heimberg, R. G., Frost, R. O., Holt, C. S., Mattia, J. I., & Faccenda, K. (1996). Social phobia and perfectionism. *Personality and Individual Differences, 21*(3), 403-410.

- Klibert, J. J., Langhinrichsen-Rohling, J., & Saito, M. (2005). Adaptive and maladaptive aspects of self-oriented versus socially prescribed perfectionism. *Journal of College Student Development, 46*, 141-156.
- Langlois, F., Rhéaume, J., Gosselin, P., Boucher, O., Lapointe-Brassard, M., Ladouceur, R., ... Vanasse Larochelle, J. P. (2009). *Evaluation of perfectionism*. Communication présentée à la Société québécoise de recherche en psychologie, Chicoutimi, Québec.
- Lecrubier, Y., Sheehan, D., Hergueta, T., & Weiller, E. (1998). The mini international neuropsychiatric interview. *European Psychiatry, 13*(1004), 198s-198s.
- 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.
- Lynd-Stevenson, R. M., & Hearne, C. M. (1999). Perfectionism and depressive affect: The pros and cons of being a perfectionist. *Personality and Individual Differences, 26*(3), 549-562.
- Mallinger, A. E. (1984). The obsessive's myth of control. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis, 12*, 147-165.
- Marchand, A., & Boivin, I. (1997). *L'entrevue structurée pour les troubles anxieux selon le DSM-IV (ESTA-IV: adaptation québécoise de l'Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV, Brown, DiNardo et Barlow, 1994)* (Document inédit). Université du Québec à Montréal, Montréal, Québec.
- Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L., & Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy, 28*(6), 487-495.
- Pacht, A. R. (1984). Reflections on perfection. *American Psychologist, 39*, 386-390.
- Rasmussen, S. A., & Eisen, J. L. (1989). Clinical features and phenomenology of obsessive compulsive disorder. *Psychiatric Annals, 19*(2), 67-73.
- Rasmussen, S. A., & Eisen, J. L. (1992). The epidemiology and clinical features of obsessive compulsive disorder. *Psychiatric Clinics, 15*(4), 743-758.
- Ree, M. J., French, D., MacLeod, C., & Locke, V. (2008). Distinguishing cognitive and somatic dimensions of state and trait anxiety: Development and validation of the State-Trait Inventory for Cognitive and Somatic Anxiety (STICSA). *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 36*(3), 313-332.

- Robillard, G., Bouchard, S., Marcotte-Beaumier, G., Dugas, M., Marchand, A., Gosselin, P., Langlois, F., & Belleville, G. (2017, 26-28 juin). *Efficacy of telepsychotherapy for generalized anxiety disorder: Final results at the 6-month follow-up*. Presentation orale à The 22nd Annual CyberPsychology, CyberTherapy & Social Networking Conference (CYPSY22), Wolverhampton, Angleterre.
- Shafran, R., & Mansell, W. (2001). Perfectionism and psychopathology: A review of research and treatment. *Clinical Psychology Review, 21*(6), 879-906.
- Steer, R. A., & Beck, A. T. (1997). Beck Anxiety Inventory. Dans C. P. Zalaquett & R. J. Wood (Éds), *Evaluating stress: A book of resources* (pp. 23-40). New York, NY: Scarecrow Education.
- Stein, M. B., Roy-Byrne, P. P., Craske, M. G., Bystritsky, A., Sullivan, G., Pyne, J. M., ... Sherbourne, C. D. (2005). Functional impact and health utility of anxiety disorders in primary care outpatients. *Medical Care, 43*(12), 1164-1170.
- Stöber, J., & Joormann, J. (2001). Worry, procrastination, and perfectionism: Differentiating amount of worry, pathological worry, anxiety, and depression. *Cognitive Therapy and Research, 25*(1), 49-60.
- Stoeber, J., & Otto, K. (2006). Positive conceptions of perfectionism: Approaches, evidence, and challenges. *Personality and Social Psychology Review, 10*, 295-319.
- 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.
- Tallis, F., Davey, G. C., & Bond, A. (1994). The Worry Domain Questionnaire. Dans G. C. L. Davey & F. Tallis (Éds), *Worrying. Perspectives on theory, assessment, and treatment* (pp. 285-297). New York, NY: Wiley.
- Todorov, C., & Bazinet, A. (1996). Le perfectionnisme : aspects conceptuels et cliniques. *Revue canadienne de psychiatrie, 41*(5), 291-298.
- Weissman, A. N., & Beck, A. T. (1978). *Development and validation of the Dysfunctional Attitude Scale: A preliminary investigation*. Papier présenté à The annual meeting of the Association for the Advancement of Behavior Therapy, Chicago, IL.

## **Conclusion générale**

La conceptualisation du perfectionnisme a beaucoup évolué dans les 30 dernières années. Actuellement, deux grands facteurs dominant dans la compréhension de celui-ci, soit la « recherche de hauts standards » et les « préoccupations perfectionnistes ». Ces deux facteurs regroupent l'ensemble des dimensions du perfectionnisme tel que défini par les deux principaux modèles multidimensionnels du perfectionnisme de Frost et ses collègues (1990) et de Hewitt et Flett (1991). Plus récemment, Gaudreau et Thompson (2010) ont proposé un nouveau modèle 2 x 2 du perfectionnisme qui comprend quatre sous-types qui découlent des deux grands facteurs, soit la RHSP, les PPP, le PM et le NP.

L'objectif de cette étude visait à clarifier le lien entre le perfectionnisme et le TAG et plus précisément si les différents sous-types de perfectionnisme définis par Gaudreau et Thompson (2010) influençaient la réponse à un traitement du TAG par la TCC. Selon la littérature, la recherche de standards de performance élevés, associée à de faibles préoccupations perfectionnistes, sont reliées à un fonctionnement plus adapté et sain, à des affects positifs (Frost et al., 1993) et à des symptômes moins élevés de détresse psychologique (DiBartolo, Li, & Frost, 2008). Une forte tendance aux préoccupations perfectionnistes, c'est-à-dire une crainte de faire des erreurs ou d'être évalué négativement, associée à une faible tendance à viser de hauts standards personnels, seraient plutôt liées à un fonctionnement moins adapté, à des affects négatifs comme la dépression et à d'autres symptômes de psychopathologie (DiBartolo et al., 2008).



Bien que le perfectionnisme soit associé à plusieurs psychopathologies (Frost et al., 1990; Frost & Steketee, 1997; Iketani et al., 2002; Juster et al., 1996; Mallinger, 1984; Pacht, 1984; Rasmussen & Eisen, 1989, 1992; Shafran & Mansell, 2001; Todorov & Bazinet, 1996), son rôle dans le traitement de celles-ci aurait été étudié seulement pour la dépression et les TCA. Ces études montrent que la présence de niveaux plus élevés de perfectionnisme avant le traitement pour la dépression est corrélée à une symptomatologie dépressive plus élevée post-traitement (Blatt et al., 1995; Jacobs et al., 2009) et que les individus souffrant d'anorexie nerveuse présente un niveau significativement plus élevé de perfectionnisme avant la thérapie comparé à un groupe contrôle qui n'a aucun antécédent de TCA (Sutandar-Pinnock et al., 2003).

La présente étude s'intéressait au rôle du perfectionnisme dans le traitement du TAG et émettait l'hypothèse que certains sous-types de perfectionnisme répondraient mieux que d'autres au traitement. Or, les résultats de l'étude démontrent qu'il n'y a pas de différence significative pour la majorité des résultats obtenus entre les sous-types de perfectionnisme et leur réponse à la TCC. Le groupe PPP présente une diminution significativement moins élevée uniquement pour les symptômes du TAG au post-test comparativement aux groupes RHSP, PM et NP. Il y a aussi une différence entre le groupe PPP au suivi 6 mois avec le sous-type RHSP. Les hypothèses de départ sont donc infirmées comme il n'y a que très peu de différence significative pour la majorité des résultats obtenus.

Bien qu'il n'y ait pas de différence entre les sous-types de perfectionnisme dans la réponse au traitement TAG, l'étude démontre qu'indépendamment du temps, le sous-type PPP montre une symptomatologie plus sévère que les autres sur plusieurs mesures. Bien que les individus de ce profil aient bénéficié de la thérapie comme ceux des autres sous-types, il est possible de croire que les plus fortes préoccupations élevées pour les erreurs et les doutes à propos de leurs actions les amènent à ressentir une grande pression externe à performer et à ressentir davantage de symptômes d'anxiété et d'inquiétude (Flett et al., 1994; Frost et al., 1990; Klibert et al., 2005; Stöber & Joormann, 2001). Les individus de ce profil auraient aussi tendance à douter davantage que le sous-type RHSP de leur capacité à surmonter des situations incertaines; ce qui est caractéristique du TAG. Ce sont également des individus chez qui on retrouve la peur de déplaire ou de décevoir et le désir d'éviter un sentiment de honte (Frost et al., 1993; Klibert et al., 2005). Ainsi, ces motivations et réactions pourraient exacerber la symptomatologie anxieuse et les inquiétudes excessives. La recherche suggère que les premières expériences avec la honte peuvent susciter un sentiment intense d'infériorité et entraîner une blessure à l'image de soi (De Hooge, Zeelenberg, & Breugelmans, 2010). À la suite de ces premières expériences honteuses qui sont devenues aversives, certains individus auraient tendance à fuir ce genre de situation afin d'éviter de revivre les émotions douloureuses et protéger leur image de soi (Ferguson, 2005; Scherer & Wallbott, 1994). Il est possible de croire que les individus ayant des préoccupations perfectionnistes éviteraient de s'imposer des standards de performance élevés afin d'éviter un sentiment de honte en cas d'échec et de revivre les émotions aversives associées. Cela est cohérent avec une étude récente

(Daigneault, 2019) qui a approfondi la relation entre les différents sous-types de perfectionnisme de Gaudreau et Thompson (2010) et leurs réactions face à une situation honteuse. Les résultats suggèrent que les individus du profil PPP auraient tendance à éviter de s'exposer à des situations compétitives afin de protéger leur ego et éviter le sentiment de honte.

Le sous-type RHSP est, quant à lui, celui qui affiche la symptomatologie la moins sévère aux différents temps de mesure. Ce profil chercherait à atteindre des standards de performance élevés pour le plaisir que procure le dépassement et serait plus confiant en ses capacités à surmonter des situations anxiogènes que les autres sous-types (Gnilka, Ashby, & Noble, 2012). Cette conclusion tend à confirmer l'aspect plus adapté de ce sous-type de perfectionnisme (Bieling, Israeli, & Antony, 2004; Frost et al., 1993). Les individus ayant des standards de performance élevés présentent aussi une meilleure estime de soi et une meilleure régulation émotionnelle (Gong, Fletcher, & Paulson, 2017). Il est possible de croire que les participants correspondant à ce sous-type se sont investis davantage dans la TCC puisque, tel qu'avancé par l'étude de Daigneault (2019), les individus du profil RHSP auraient tendance à s'investir davantage dans des situations les mettant au défi et leur permettant de se surpasser et d'augmenter l'estime de soi. Le sous-type RHSP serait aussi moins enclin à vivre de la honte que les autres profils (Stoeber, Harris, & Moon, 2007); ce qui laisse croire qu'ils peuvent s'investir davantage dans un traitement thérapeutique de leurs symptômes anxieux et d'inquiétude en craignant moins de ressentir la honte ou l'échec.

En bref, les résultats de l'étude indiquent que les individus qui ont des préoccupations perfectionnistes plus élevées présentent également des symptômes d'inquiétude et d'anxiété plus élevés. Bien que tous les profils bénéficient du traitement de la symptomatologie anxieuse par la TCC, on observe globalement, chez les individus qui n'ont pas ces préoccupations et qui cherchent à atteindre des standards de performance élevés, une plus faible symptomatologie anxieuse même si dans les faits, ils rencontraient tous les critères pour un TAG et qu'ils n'ont pas été sélectionnés sur la base de leurs tendances perfectionnistes.

### **Pertinence clinique**

D'un point de vue clinique, les résultats de l'étude suggèrent différentes pistes de réflexion intéressantes. Comme il a été démontré que les individus qui présentent des préoccupations perfectionnistes montrent des symptômes d'anxiété et d'inquiétude plus sévères que les individus qui n'ont pas ces préoccupations, il serait intéressant d'évaluer les tendances perfectionnistes dans la mise en place du plan de traitement. Les individus qui souffrent d'un TAG et qui présentent de fortes préoccupations perfectionnistes ont probablement plusieurs thèmes d'inquiétude liés à la peur de l'échec, le doute à propos des actions et une estime de soi plus faible qui mériteraient une attention particulière. En accordant plus de temps aux individus qui correspondent au sous-type PPP, la thérapie pourrait permettre de cibler davantage les préoccupations perfectionnistes et les thèmes d'inquiétude associés. Il apparaît pertinent pour le futur que la TCC du TAG puisse aussi cibler les enjeux liés à l'estime de soi et à la régulation émotionnelle. Cela pourrait

permettre de développer de meilleures stratégies d'adaptation face à l'anxiété et l'inquiétude et diminuer les préoccupations pour les erreurs et le sentiment de ne pas avoir les capacités nécessaires pour atteindre des standards de performance élevés.

Les traitements actuels du perfectionnisme par la TCC visent davantage à diminuer les préoccupations perfectionnistes (Egan et al., 2014). Limburg et al. (2017) suggèrent de prendre en considération les caractéristiques associées à tous les différents sous-types de perfectionnisme plutôt que de cibler uniquement les préoccupations perfectionnistes afin de mieux comprendre et d'offrir un traitement plus adapté qui répond davantage au profil et besoins de l'individu souffrant du TAG. D'une part, les résultats de la présente étude démontrent que la recherche de hauts standards est associée à une symptomatologie anxieuse moins élevées et qu'il y a une corrélation significative négative entre ce facteur et les différentes mesures d'anxiété et d'inquiétude. Ces résultats vont dans le même sens que Stoeber et Otto (2006) qui soutiennent que la recherche de hauts standards constitue une forme plus saine de perfectionnisme et qu'elle est associée à un meilleur fonctionnement. D'autre part, les résultats de la présente étude ne concordent pas avec l'hypothèse de départ et la méta-analyse de Limburg et ses collègues (2017) qui affirment que la recherche de hauts standards est associée à la psychopathologie. Hill et al. (2014) suggèrent que la présence élevée de préoccupations perfectionnistes peut annuler les effets positifs généralement associés à la recherche de hauts standards. À la lumière de ceci, il pourrait être intéressant de comprendre pourquoi, dans cet échantillon de gens souffrant de TAG, la recherche de hauts standards semble avoir un meilleur impact que dans les

autres troubles psychopathologiques relevés dans la méta-analyse de Limburg et ses collègues.

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

Selon différentes études, seulement 20 à 32 % des personnes qui ont un diagnostic de TAG recevraient un traitement adéquat de leurs symptômes (Andrews et al., 2000; Wittchen, 2002; Young et al., 2001). Bien que différentes formes de traitements soient reconnues comme efficaces pour diminuer les symptômes d'anxiété et d'inquiétude, il n'en demeure pas moins qu'un pourcentage élevé d'individus souffrant du TAG vont abandonner le traitement avant la fin (Gersh et al., 2017) ou auront de la difficulté à atteindre un niveau de fonctionnement élevé malgré la diminution des symptômes associés au TAG (Erickson & Newman, 2005). Il apparaît donc nécessaire d'améliorer la prise en charge clinique et le traitement des individus souffrant de ce trouble en explorant de nouveaux construits qui permettraient de mieux comprendre; ce qui peut nuire à l'efficacité du traitement du TAG, dont le perfectionnisme. La présente étude clinique est, à notre connaissance, la première qui étudie le lien entre le perfectionnisme et la réponse à un traitement du TAG. Elle utilise également les plus récentes avancées dans la compréhension et la conceptualisation du perfectionnisme à l'aide des quatre sous-types établis par Gaudreau et Thompson (2010) et met en lumière un profil qui présente une symptomatologie anxieuse plus sévère.

Il apparaît pertinent dans le futur d'examiner ce qui motive les individus présentant un TAG à adopter des comportements perfectionnistes. Par exemple, il serait intéressant de mieux comprendre ce qui motive les individus ayant des préoccupations perfectionnistes à éviter un sentiment de honte (Frost et al., 1993; Klibert et al., 2005) et les individus ayant des standards de performance élevés à vouloir se dépasser (Gaudreau & Thompson, 2010). À l'aide du modèle de Deci et Ryan (1985) et de Vallerand, Fortier et Guay (1997) sur la motivation, Cossette et Langlois (2013) suggèrent que plus un comportement perfectionniste est motivé de manière autodéterminée, c'est-à-dire que la personne cherche à atteindre des standards de performance élevés pour le plaisir et la satisfaction que cela lui procure et que les actions sont en accord avec leur valeur, plus ce dernier entraînera des conséquences positives. À l'inverse, plus un comportement perfectionniste est non autodéterminé, c'est-à-dire qu'il vise à répondre à des règles rigides, à préserver l'estime de soi, de faire plaisir à quelqu'un, d'éviter la désapprobation ou une conséquence négative ou encore parce qu'il permet d'obtenir une récompense, plus il sera associé à des comportements perfectionnistes malsains comme ceux que l'on retrouve dans le profil des « préoccupations perfectionnistes » (Cossette & Langlois, 2013). L'exploration de la motivation selon le modèle d'autodétermination de Vallerand et al. (1997) apparaît pertinente dans l'étude du perfectionnisme dans le TAG, car elle permet de représenter le processus de changement par lequel une personne chemine pour passer d'une motivation extrinsèque à une motivation plus intrinsèque. Il est possible de croire que les comportements perfectionnistes motivés plus intrinsèquement permettraient de réduire l'anxiété et l'inquiétude.

La présente étude ouvre également la porte à explorer la relation entre les sous-types de perfectionnisme de Gaudreau et Thompson (2010) et le traitement d'autres troubles qu'on sait être relié au perfectionnisme comme la phobie sociale, l'agoraphobie, la dépression, les TCA et le trouble obsessionnel-compulsif (Frost et al., 1990; Frost & Steketee, 1997; Iketani et al., 2002; Juster et al., 1996; Shafran & Mansell, 2001; Todorov & Bazinet, 1996). Plusieurs études ont mis en lumière l'aspect transdiagnostique du perfectionnisme et son implication dans plusieurs troubles mentaux (Egan et al., 2011; Fairburn, Cooper, & Shafran, 2003; Harvey, Watkins, & Mansell, 2004; Shafran & Mansell, 2001). Selon la méta-analyse de Limburg et ses collègues (2017), un traitement cognitivo-comportemental visant à diminuer le niveau de perfectionnisme pourrait être bénéfique dans le traitement du TAG, mais aussi dans le traitement de plusieurs autres psychopathologies. Il est donc possible de croire qu'une meilleure compréhension des différents sous-types de perfectionnisme pourrait aider à mieux cibler les thèmes à aborder dans le traitement du TAG, mais aussi de ces autres psychopathologies que l'on sait reliées au perfectionnisme.



## Références générales

- American Psychiatric Association. (APA, 2015). DSM-5 : *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5<sup>e</sup> éd.) (version internationale) (Washington, DC, 2013). Traduction française par J. D. Guelfi et al. Paris, France : Masson.
- Andrews, G., Sanderson, K., Slade, T., & Issakidis, C. (2000). Why does the burden of disease persist? Relating the burden of anxiety and depression to effectiveness of treatment. *Bulletin of the World Health Organization*, 78, 446-454.
- Antony, M. M., Purdon, C. L., Huta, V., & Swinson, R. P. (1998). Dimensions of perfectionism across the anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 1143-1154.
- Antunes, A., Frasquilho, D., Azeredo-Lopes, S., Neto, D., Silva, M., Cardoso, G., & Caldas-de-Almeida, J. M. (2018). Disability and common mental disorders: Results from the world mental health survey initiative Portugal. *European Psychiatry*, 49, 56-61.
- Bieling, P. J., Israeli, A., & Antony, M. M. (2004). Is perfectionism good, bad, or both? Examining models of the perfectionism construct. *Personality and Individual Differences*, 36, 1373-1385.
- Bieling, P. J., Israeli, A., Smith, J., & Antony, M. M. (2003). Making the grade: The behavioural consequences of perfectionism in the classroom. *Personality and Individual Differences*, 35(1), 163-178.
- Blatt, S. J., Quinlan, D. M., Pilkonis, P. A., & Shea, M. T. (1995). Impact of perfectionism and need for approval on the brief treatment of depression: The National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program revisited. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 125-132.
- Borkovec, T. D., & Costello, E. (1993). Efficacy of applied relaxation and cognitive-behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(4), 611-619.

- Buhr, K., & Dugas, M. J. (2006). Investigating the construct validity of intolerance of uncertainty and its unique relationship with worry. *Journal of Anxiety Disorders*, 20(2), 222-236.
- Burns, D. (1980). The perfectionist's script for self-defeat. *Psychology Today*, 14(6), 34-52.
- Carl, E., Witcraft, S. M., Kauffman, B. Y., Gillespie, E. M., Becker, E. S., Cuijpers, P., ... Powers, M. B. (2020). Psychological and pharmacological treatments for generalized anxiety disorder (GAD): A meta-analysis of randomized controlled trials. *Cognitive Behaviour Therapy*, 49(1), 1-21.
- Carpenter, J. K., Andrews, L. A., Witcraft, S. M., Powers, M. B., Smits, J. A., & Hofmann, S. G. (2018). Cognitive behavioral therapy for anxiety and related disorders: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Depression and Anxiety*, 35(6), 502-514.
- Chartrand, H., Sareen, J., Toews, M., & Bolton, J. M. (2012). Suicide attempts versus nonsuicidal self-injury among individuals with anxiety disorders in a nationally representative sample. *Depression and Anxiety*, 29(3), 172-179.
- Chen, T. R., Huang, H. C., Hsu, J. H., Ouyang, W. C., & Lin, K. C. (2019). Pharmacological and psychological interventions for generalized anxiety disorder in adults: A network meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 118, 73-83.
- Cossette, A., & Langlois, F. (2013). *Motivation and perfectionism*. Communication présentée au World Congress of Behavioral and Cognitive Therapies, Lima.
- Cox, B. J., Enns, M. W., & Clara, I. P. (2002). The multidimensional structure of perfectionism in clinically distressed and college student samples. *Psychological Assessment*, 14(3), 365-373.
- Cuijpers, P., Sijbrandij, M., Koole, S., Huibers, M., Berking, M., & Andersson, G. (2014). Psychological treatment of generalized anxiety disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 34(2), 130-140.
- Culpepper, L. (2009). Generalized anxiety disorder and medical illness. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 70(suppl 2), 20-24.
- Cumming, J., & Duda, J. L. (2012). Profiles of perfectionism, body-related concerns, and indicators of psychological health in vocational dance students: An investigation of the 2×2 model of perfectionism. *Psychology of Sport and Exercise*, 13(6), 729-738.

- Daigneault, O. (2019). *La gestion de la honte en lien avec les profils de perfectionnisme* (Thèse de doctorat inédite). Université du Québec à Trois-Rivières, Trois-Rivières, QC.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivations and self-determination in human behavior*. New York, NY: NY. Plenum
- De Hooge, I. E., Zeelenberg, M., & Breugelmans, S. M. (2010). Restore and protect motivations following shame. *Cognition and Emotion*, 24(1), 111-127.
- DiBartolo, P. M., Li, C. Y., & Frost, R. O. (2008). How do the dimensions of perfectionism relate to mental health?. *Cognitive Therapy and Research*, 32(3), 401-417.
- Dugas, M. J., Buhr, K., & Ladouceur, R. (2004). The role of intolerance of uncertainty in the etiology and maintenance of generalized anxiety disorder. Dans R. G. Heimberg, C. L. Turk, & D. S. Mennin (Éds), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* (pp. 143-163). New York, NY: Guilford Press.
- Dugas, M. J., Freeston, M. H., Provencher, M. D., Lachance, S., Ladouceur, R., & Gosselin, P. (2001). Le Questionnaire sur l'Inquiétude et l'Anxiété. Validation dans des échantillons non cliniques et cliniques. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 11, 31-36.
- Dugas, M. J., Ladouceur, R., Léger, E., Freeston, M. H., Langlois, F., Provencher, M. D., & Boisvert, J. M. (2003). Group cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder: Treatment outcome and long-term follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(4), 821-825.
- Dugas, M. J., Ngô, T. L., Goulet, J., & Chaloult, L. (2018). *Guide de pratique pour l'évaluation et le traitement cognitivo-comportemental du trouble d'anxiété généralisée* [en ligne]. Repéré à <https://tccmontreal.files.wordpress.com/2018/09/guide-de-pratique-tag-isbn-2018.pdf>
- Dunkley, D. M., Blankstein, K. R., Halsall, J., Williams, M., & Winkworth, G. (2000). The relation between perfectionism and distress: Hassles, coping, and perceived social support as mediators and moderators. *Journal of Counseling Psychology*, 47, 437-453.
- Dunkley, D. M., Sanislow, C. A., Grilo, C. M., & McGlashan, T. H. (2006). Perfectionism and depressive symptoms 3 years later: Negative social interactions, avoidant coping, and perceived social support as mediators. *Comprehensive Psychiatry*, 47(2), 106-115.

- Dunkley, D. M., Zuroff, D. C., & Blankstein, K. R. (2003). Self-critical perfectionism and daily affect: Dispositional and situational influences on stress and coping. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 234-252.
- Egan, S. J., van Noort, E., Chee, A., Kane, R. T., Hoiles, K. J., Shafran, R., & Wade, T. D. (2014). A randomized controlled trial of face to face versus pure online self-help cognitive behavioural treatment for perfectionism. *Behaviour Research and Therapy*, 63, 107-113.
- Egan, S. J., Wade, T. D., & Shafran, R. (2011). Perfectionism as a transdiagnostic process: A clinical review. *Clinical Psychology Review*, 31(2), 203-212.
- Egan, S. J., Wade, T. D., & Shafran, R. (2012). The transdiagnostic process of perfectionism. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 17(3), 279-294.
- Ellis, A. (1977). Psychotherapy and the value of a human being. *Handbook of Rational-Emotive Therapy*, 1, 99-112.
- Erickson, T. M., & Newman, M. G. (2005). Cognitive behavioral psychotherapy for generalized anxiety disorder: A primer. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 5(2), 247-257.
- Evans, S., Ferrando, S., Findler, M., Stowell, C., Smart, C., & Haglin, D. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy for generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(4), 716-721.
- 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.
- Ferguson, T. J. (2005). Mapping shame and its functions in relationships. *Child Maltreatment*, 10(4), 377-386.
- Flett, G. L., Endler, N. S., Tassone, C., & Hewitt, P. L. (1994). Perfectionism and components of state and trait anxiety. *Current Psychology*, 13(4), 326-350.
- Flett, G. L., & Hewitt, P. L. (2006). Positive versus negative perfectionism in psychopathology: A comment on Slade and Owens's dual process model. *Behavior Modification*, 30(4), 472-495.
- Freeston, M. H., Rhéaume, J., Letarte, H., Dugas, M. J., & Ladouceur, R. (1994). Why do people worry?. *Personality and Individual Differences*, 17, 791-802.

- Frost, R. O., Heimberg, R. G., Holt, C. S., Mattia, J. I., & Neubauer, A. L. (1993). A comparison of two measures of perfectionism. *Personality and Individual Differences, 14*, 119-126.
- Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C., & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research, 14*(5), 449-468.
- Frost, R. O., & Steketee, G. (1997). Perfectionism in obsessive compulsive disorder patients. *Behavior Research and Therapy, 26*, 275-296.
- Gaudreau, P., & Thompson, A. (2010). Testing a  $2 \times 2$  model of dispositional perfectionism. *Personality and Individual Differences, 48*(5), 532-537.
- Gersh, E., Hallford, D. J., Rice, S. M., Kazantzis, N., Gersh, H., Gersh, B., & McCarty, C. A. (2017). Systematic review and meta-analysis of dropout rates in individual psychotherapy for generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 52*, 25-33.
- Gilmour, H. L. (2016). *Trouble d'anxiété généralisée (TAG) liminaire et infraliminaire, et idées suicidaires* [en ligne]. Repéré à <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/82-003-x/2016011/article/14672-fra.pdf?st=DSknylMI>
- Gnilka, P. B., Ashby, J. S., & Noble, C. M. (2012). Multidimensional perfectionism and anxiety: Differences among individuals with perfectionism and tests of a coping-mediation model. *Journal of Counseling & Development, 90*(4), 427-436.
- Gong, X., Fletcher, K. L., & Paulson, S. E. (2017). Perfectionism and emotional intelligence: A test of the  $2 \times 2$  model of perfectionism. *Personality and Individual Differences, 106*, 71-76.
- Gosselin, P., Dugas, M. J., Ladouceur, R., & Freeston, M. H. (2001). Évaluation des inquiétudes : validation d'une traduction française du Penn State Worry Questionnaire. *L'encéphale, 27*(5), 475-484.
- Gosselin, P., & Ladouceur, R. (2001). *Medication use among GAD patients*. Communication présentée au World Congress of Behavioral and Cognitive Therapies, Vancouver, C.-B.
- Gosselin, P., Ladouceur, R., Evers, A., Laverdiere, A., Routhier, S., & Tremblay-Picard, M. (2008). Evaluation of intolerance of uncertainty: Development and validation of a new self-report measure. *Journal of Anxiety Disorders, 22*(8), 1427-1439.

- Gosselin, P., Ladouceur, R., Morin, C., Dugas, M., & Baillargeon, L. (2003). Sevrage des benzodiazépines chez des patients souffrant du Trouble d'anxiété généralisée : efficacité d'une intervention comportementale et cognitive. *Santé mentale au Québec*, 28(2), 59-86.
- Hamachek, D. E. (1978). Psychodynamic of normal and neurotic perfectionism. *Psychology: A Journal of Human Behavior*, 15(1), 27-33.
- Handley, A. K., Egan, S. J., Kane, R. T., & Rees, C. S. (2014). The relationships between perfectionism, pathological worry and generalised anxiety disorder. *BMC Psychiatry*, 14(1). doi: 10.1186/1471-244X-14-98
- Harvey, A. G., Watkins, E., & Mansell, W. (2004). *Cognitive behavioural processes across psychological disorders: A transdiagnostic approach to research and treatment*. Oxford, Angleterre: Oxford University Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2011). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. New York, NY: Guilford Press.
- Hendriks, S. M., Spijker, J., Licht, C. M., Hardeveld, F., de Graaf, R., Batelaan, N. M., ... Beekman, A. T. (2016). Long-term disability in anxiety disorders. *BMC Psychiatry*, 16(1), 248. doi: 10.1186/s12888-016-0946-y
- Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (1991). Perfectionism in the self and social contexts: Conceptualization, assessment, and association with psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60(3), 456-470.
- Hill, A. P., Stoeber, J., Brown, A., & Appleton, P. R. (2014). Team perfectionism and team performance: A prospective study. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 36(3), 303-315.
- Hoffman, D. L., Dukes, E. M., & Wittchen, H. U. (2008). Human and economic burden of generalized anxiety disorder. *Depression and Anxiety*, 25(1), 72-90.
- Hoge, E. A., Ivkovic, A., & Fricchione, G. L. (2012). Generalized anxiety disorder: Diagnosis and treatment. *BMJ*, 345, e7500. doi: 10.1136/bmj.e7500
- Horenstein, A., & Heimberg, R. G. (2020). Anxiety disorders and healthcare utilization: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 81, 101894. doi: 10.1016/j.cpr.2020.101894
- Horenstein, A., Potter, C. M., & Heimberg, R. G. (2018). How does anxiety sensitivity increase risk of chronic medical conditions?. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 25(3), e12248. doi: 10.1016/j.addbeh.2020.106644

- Iketani, T., Kiriike, N., Stein, M. B., Nagao, K., Nagata, T., Minamikawa, N., ... Fukuhara, H. (2002). Relationship between perfectionism and agoraphobia in patients with panic disorder. *Cognitive Behaviour Therapy*, 31(3), 119-128.
- Jacobs, R. H., Silva, S. G., Reinecke, M. A., Curry, J. F., Ginsburg, G. S., Kratochvil, C. J., & March, J. S. (2009). Dysfunctional attitudes scale perfectionism: A predictor and partial mediator of acute treatment outcome among clinically depressed adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 38(6), 803-813.
- Juster, H. R., Heimberg, R. G., Frost, R. O., Holt, C. S., Mattia, J. I., & Faccenda, K. (1996). Social phobia and perfectionism. *Personality and Individual Differences*, 21(3), 403-410.
- Katzman, M. A., Bleau, P., Blier, P., Chokka, P., Kjernisted, K., & van Ameringen, M. (2014). Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. *BMC Psychiatry*, 14(S1). doi: 10.1186/1471-244X-14-S1-S1
- Kessler, R. C., & Wang, P. S. (2008). The descriptive epidemiology of commonly occurring mental disorders in the United States. *Annu. Rev. Public Health*, 29, 115-129.
- Kessler, R. C., DuPont, R. L., Berglund, P., & Wittchen, H. U. (1999). Impairment in pure and comorbid generalized anxiety disorder and major depression at 12 months in two national surveys. *American Journal of Psychiatry*, 156(12), 1915-1923.
- Kessler, R. C., Ormel, J., Demler, O., & Stang, P. E. (2003). Comorbid mental disorders account for the role impairment of commonly occurring chronic physical disorders: Results from the National Comorbidity Survey. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 45(12), 1257-1266.
- Kessler, R. C., & Wittchen, H. U. (2002). Patterns and correlates of generalized anxiety disorder in community samples. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 63(Suppl 8), 4-10.
- Klibert, J. J., Langhinrichsen-Rohling, J., & Saito, M. (2005). Adaptive and maladaptive aspects of self-oriented versus socially prescribed perfectionism. *Journal of College Student Development*, 46, 141-156.
- Koszycki, D., Raab, K., Aldosary, F., & Bradwejn, J. (2010). A multifaith spiritually based intervention for generalized anxiety disorder: A pilot randomized trial. *Journal of Clinical Psychology*, 66(4), 430-441.



- Ladouceur, R., Gosselin, P., & Dugas, M. J. (2000). Experimental manipulation of intolerance of uncertainty: A study of a theoretical model of worry. *Behaviour Research and Therapy*, 38(9), 933-941.
- Langlois, F., Rhéaume, J., Gosselin, P., Boucher, O., Lapointe-Brassard, M.-L., Ladouceur, R., ... Vanasse Laroche, J. P. (2009). *Evaluation of perfectionism*. Communication présentée à la Société québécoise de recherche en psychologie, Chicoutimi, Québec.
- Leichsenring, F. (2009). Psychodynamic psychotherapy: A review of efficacy and effectiveness studies. Dans R. A. Levy & J. S. Ablon (Éds), *Handbook of evidence-based psychodynamic psychotherapy* (pp. 3-27). New York, NY: Humana Press.
- Levy Berg, A., Sandell, R., & Sandahl, C. (2009). Affect-focused body psychotherapy in patients with generalized anxiety disorder: Evaluation of an integrative method. *Journal of Psychotherapy Integration*, 19(1), 67-85.
- Li, X., Hou, Z. J., Chi, H. Y., Liu, J., & Hager, M. J. (2014). The mediating role of coping in the relationship between subtypes of perfectionism and job burnout: A test of the 2× 2 model of perfectionism with employees in China. *Personality and Individual Differences*, 58, 65-70.
- Lieb, R., Becker, E., & Altamura, C. (2005). The epidemiology of generalized anxiety disorder in Europe. *European Neuropsychopharmacology*, 15(4), 445-452.
- 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.
- Mallinger, A. E. (1984). The obsessive's myth of control. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 12, 147-165.
- Marchand, A., & Boivin, I. (1997). *L'entrevue structurée pour les troubles anxieux selon le DSM-IV (ESTA-IV: adaptation québécoise de l'Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM IV, Brown, DiNardo et Barlow, 1994)* (Document inédit). Université du Québec à Montréal, Montréal, Québec.
- Mennin, D. S. (2004). Emotion regulation therapy for generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 11(1), 17-29.
- Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L., & Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 28(6), 487-495.

- Nordin-Bates, S. M., Raedeke, T. D., & Madigan, D. J. (2017). Perfectionism, burnout, and motivation in dance: A replication and test of the 2× 2 model of perfectionism. *Journal of Dance Medicine & Science*, 21(3), 115-122.
- O'Connor, R. C., & O'Connor, D. B. (2003). Predicting hopelessness and psychological distress: The role of perfectionism and coping. *Journal of Counseling Psychology*, 50, 362-372.
- Pacht, A. R. (1984). Reflections on perfection. *American Psychologist*, 39, 386-390.
- Pollack, M. H., Endicott, J., Liebowitz, M., Russell, J., Detke, M., Spann, M., ... Swindle, R. (2008). Examining quality of life in patients with generalized anxiety disorder: Clinical relevance and response to duloxetine treatment. *Journal of Psychiatric Research*, 42(12), 1042-1049.
- Rasmussen, S. A., & Eisen, J. L. (1989). Clinical features and phenomenology of obsessive compulsive disorder. *Psychiatric Annals*, 19(2), 67-73.
- Rasmussen, S. A., & Eisen, J. L. (1992). The epidemiology and clinical features of obsessive compulsive disorder. *Psychiatric Clinics*, 15(4), 743-758.
- Ree, M. J., French, D., MacLeod, C., & Locke, V. (2008). Distinguishing cognitive and somatic dimensions of state and trait anxiety: Development and validation of the State-Trait Inventory for Cognitive and Somatic Anxiety (STICSA). *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36(3), 313-332.
- Revicki, D. A., Travers, K., Wyrwich, K. W., Svedsäter, H., Locklear, J., Mattera, M. S., ... Montgomery, S. (2012). Humanistic and economic burden of generalized anxiety disorder in North America and Europe. *Journal of Affective Disorders*, 140(2), 103-112.
- Scherer, K. R., & Wallbott, H. G. (1994). Evidence for universality and cultural variation of differential emotion response patterning. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66(2), 310-328.
- Shafran, R., & Mansell, W. (2001). Perfectionism and psychopathology: A review of research and treatment. *Clinical Psychology Review*, 21(6), 879-906.
- Stanley, M. A., Beck, J. G., & Glassco, J. D. (1996). Treatment of generalized anxiety in older adults: A preliminary comparison of cognitive-behavioral and supportive approaches. *Behavior Therapy*, 27(4), 565-581.

- Statistique Canada. (2013). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) - Santé mentale, Guide de l'utilisateur*. Ottawa, ON : Auteur.
- Steele, A., Corsini, N., & Wade, T. D. (2007). The interaction of perfectionism, perceived weight status, and self-esteem to predict bulimic symptoms: The role of 'benign' perfectionism. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1647-1655.
- Stefan, S., Cristea, I. A., Szentagotai Tatar, A., & David, D. (2019). Cognitive-behavioral therapy (CBT) for generalized anxiety disorder: Contrasting various CBT approaches in a randomized clinical trial. *Journal of Clinical Psychology*, 75(7), 1188-1202.
- Stein, M. B., & Sareen, J. (2015). Generalized anxiety disorder. *New England Journal of Medicine*, 373(21), 2059-2068.
- Stöber, J., & Joormann, J. (2001). Worry, procrastination, and perfectionism: Differentiating amount of worry, pathological worry, anxiety, and depression. *Cognitive Therapy and Research*, 25(1), 49-60.
- Stoeber, J., & Childs, J. H. (2010). The assessment of self-oriented and socially prescribed perfectionism: Subscales make a difference. *Journal of Personality Assessment*, 92(6), 577-585.
- Stoeber, J., Harris, R. A., & Moon, P. S. (2007). Perfectionism and the experience of pride, shame, and guilt: Comparing healthy perfectionists, unhealthy perfectionists, and non-perfectionists. *Personality and Individual Differences*, 43(1), 131-141.
- Stoeber, J., & Otto, K. (2006). Positive conceptions of perfectionism: Approaches, evidence, and challenges. *Personality and Social Psychology Review*, 10, 295-319.
- 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.
- Todorov, C., & Bazinet, A. (1996). Le perfectionnisme : aspects conceptuels et cliniques. *Revue canadienne de psychiatrie*, 41(5), 291-298.
- Vallerand, R. J., Fortier, M. S., & Guay, F. (1997). Self-determination and persistence in a real-life setting: Toward a motivational model of high school dropout. *Journal of Personality and Social psychology*, 72(5), 1161-1176.
- Vicent, M., Inglés, C. J., González, C., Sanmartín, R., Ortega-Sandoval, V. N., & García-Fernández, J. M. (2020). Testing the 2× 2 model of perfectionism in Ecuadorian adolescent population. *Journal of health psychology*, 25(6), 791-797.

- Wells, A., & King, P. (2006). Metacognitive therapy for generalized anxiety disorder: An open trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 37(3), 206-212.
- Wittchen, H. U. (2002). Generalized anxiety disorder: Prevalence, burden, and cost to society. *Depression and Anxiety*, 16(4), 162-171.
- Wittchen, H. U., Carter, R. M., Pfister, H., Montgomery, S. A., & Kessler, R. C. (2000). Disabilities and quality of life in pure and comorbid generalized anxiety disorder and major depression in a national survey. *International Clinical Psychopharmacology*, 15, 319-328.
- Wittchen, H. U., Zhao, S., Kessler, R. C., & Eaton, W. W. (1994). DSM-III-R generalized anxiety disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51(5), 355-364.
- Young, A. S., Klap, R., Sherbourne, C. D., & Wells, K. B. (2001). The quality of care for depressive and anxiety disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 58(1), 55-61.
- Yu, W., Singh, S. S., Calhoun, S., Zhang, H., Zhao, X., & Yang, F. (2018). Generalized anxiety disorder in urban China: Prevalence, awareness, and disease burden. *Journal of Affective Disorders*, 234, 89-96.

**Appendice A**  
Questionnaire de 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

**Appendice B**  
Questionnaire sur l'inquiétude et l'anxiété

QIA

## QIA

No. Dossier \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

1. Quels sont les sujets à propos desquels vous vous inquiétez le plus souvent?

a) \_\_\_\_\_

d) \_\_\_\_\_

b) \_\_\_\_\_

e) \_\_\_\_\_

c) \_\_\_\_\_

f) \_\_\_\_\_

**Pour les numéros suivants, encerclez le chiffre correspondant (0 à 8).**

2. Est-ce que vos inquiétudes vous semblent excessives ou exagérées?

Aucunement  
excessives

Modérément  
excessives

Complètement  
excessives

.....0..... 1..... 2..... 3..... 4..... 5..... 6..... 7..... 8.....

3. Durant les derniers six mois, combien de jours avez-vous été troublé-e par des inquiétudes excessives?

Jamais

1 jour  
sur 2

À tous  
les jours

.....0..... 1..... 2..... 3..... 4..... 5..... 6..... 7..... 8.....

4. Est-ce que vous avez de la difficulté à contrôler vos inquiétudes? Par exemple, lorsque vous commencez à vous inquiéter à propos de quelque chose, avez-vous de la difficulté à vous arrêter?

Aucune  
difficulté

Difficulté  
modérée

Difficulté  
extrême

.....0..... 1..... 2..... 3..... 4..... 5..... 6..... 7..... 8.....



5. Durant les derniers six mois, avez-vous souvent été troublé-e par une ou l'autre des sensations suivantes lorsque vous étiez inquiet-ète ou anxieux-se? Cotez chaque sensation en encerclant un chiffre (0 à 8).

a) Agité-e, surexcité-e ou avoir les nerfs à vif

Aucunement	Modérément	Très sévèrement
.....0.....	.....1.....	.....2.....
.....3.....	.....4.....	.....5.....
.....6.....	.....7.....	.....8.....

b) Facilement fatigué-c

Aucunement	Modérément	Très sévèrement
.....0.....	.....1.....	.....2.....
.....3.....	.....4.....	.....5.....
.....6.....	.....7.....	.....8.....

c) Difficulté à se concentrer ou blanc de mémoire

Aucunement	Modérément	Très sévèrement
.....0.....	.....1.....	.....2.....
.....3.....	.....4.....	.....5.....
.....6.....	.....7.....	.....8.....

d) Irritabilité

Aucunement	Modérément	Très sévèrement
.....0.....	.....1.....	.....2.....
.....3.....	.....4.....	.....5.....
.....6.....	.....7.....	.....8.....

e) Tensions musculaires

Aucunement	Modérément	Très sévèrement
.....0.....	.....1.....	.....2.....
.....3.....	.....4.....	.....5.....
.....6.....	.....7.....	.....8.....

f) Problèmes de sommeil (difficulté à tomber ou rester endormi-e ou sommeil agité et insatisfaisant)

Aucunement	Modérément	Très sévèrement
.....0.....	.....1.....	.....2.....
.....3.....	.....4.....	.....5.....
.....6.....	.....7.....	.....8.....

6. À quel point est-ce que l'anxiété ou l'inquiétude interfère avec votre vie, c'est-à-dire votre travail, activités sociales, famille, etc?

Aucunement	Modérément	Très sévèrement
.....0.....	.....1.....	.....2.....
.....3.....	.....4.....	.....5.....
.....6.....	.....7.....	.....8.....

## Instructions pour la cotation

---

Pour calculer le score total au QIA, faire la somme des réponses de tous les items (sauf les réponses à l'item 1).

Pour rencontrer les critères du TAG pour le QIA, la personne doit rapporter au moins un thème d'inquiétude, indiquer un score de '4' ou plus aux items 2, 3, 4 et 6, en plus d'indiquer un score de '4' ou plus sur au moins 3 des 6 symptômes somatiques (item 5).

Trois autres catégories de critères peuvent être rencontrées:

- Critère cognitif (score de '4' ou plus aux items 2, 3 et 4)
- Critère somatique (score de '4' ou plus sur au moins 3 des 6 symptômes somatiques de l'item 5)
- Aucun critère (ne rencontre aucun des critères précédents)

Pour information concernant les propriétés psychométriques du QIA, vous pouvez consulter:

Dugas, M.J., Francis, K. (2000). Review of the Worry and Anxiety Questionnaire. In: J. Maltby, C. A. Lewis, & A. P. Hill (Eds.), *Commissioned reviews on 300 Psychological Tests*. Lampeter, Wales: Edwin Mellen Press.

---

### **Appendice C**

Questionnaire sur les inquiétudes de Penn State

QIPS

## Questionnaire sur les Inquiétudes de Penn State

Veillez utiliser l'échelle ci-dessous pour exprimer jusqu'à quel point chacun des énoncés suivants correspond à vous (écrivez le numéro vous représentant, à l'avant de chacun des énoncés).

1	2	3	4	5
Pas du tout correspondant	Un peu correspondant	Assez correspondant	Très correspondant	Extrêmement correspondant

- 
- \_\_\_\_\_ 1. Si je n'ai pas assez de temps pour tout faire, je ne m'inquiète pas.
- \_\_\_\_\_ 2. Mes inquiétudes me submergent.
- \_\_\_\_\_ 3. Je n'ai pas tendance à m'inquiéter à propos des choses.
- \_\_\_\_\_ 4. Plusieurs situations m'amènent à m'inquiéter.
- \_\_\_\_\_ 5. Je sais que je ne devrais pas m'inquiéter mais je n'y peux rien.
- \_\_\_\_\_ 6. Quand je suis sous pression, je m'inquiète beaucoup.
- \_\_\_\_\_ 7. Je m'inquiète continuellement à propos de tout.
- \_\_\_\_\_ 8. Il m'est facile de me débarrasser de pensées inquiétantes.
- \_\_\_\_\_ 9. Aussitôt que j'ai fini une tâche, je commence immédiatement à m'inquiéter au sujet de toutes les autres choses que j'ai encore à faire.
- \_\_\_\_\_ 10. Je ne m'inquiète jamais.
- \_\_\_\_\_ 11. Quand je n'ai plus rien à faire au sujet d'un tracas, je ne m'en inquiète plus.
- \_\_\_\_\_ 12. J'ai été inquiet tout au long de ma vie.
- \_\_\_\_\_ 13. Je remarque que je m'inquiète pour certains sujets.
- \_\_\_\_\_ 14. Quand je commence à m'inquiéter, je ne peux pas m'arrêter.
- \_\_\_\_\_ 15. Je m'inquiète tout le temps.
- \_\_\_\_\_ 16. Je m'inquiète au sujet de mes projets jusqu'à ce qu'ils soient complétés.

---

Meyer, T.J., Miller, M.L., Metzger, R.L. & Borkovec, T.D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 487-495.

© Tous droits réservés. Patrick Gosselin, Michel J. Dugas, Robert Ladouceur, & Mark H. Freeston 2000. Université Laval, Québec (Qc), Canada.

**Appendice D**  
State-Trait Inventory for Cognitive and Somatic Anxiety

## STICSA

### Comment vous sentez-vous en ce moment?

Vous trouverez ci-dessous une liste d'énoncés pouvant être utilisés pour décrire la façon dont les gens se sentent. À côté de chacun d'eux se trouvent quatre chiffres qui permettent d'indiquer le degré avec lequel chaque énoncé décrit ce que vous ressentez **en ce moment** (p. ex., 1 = pas du tout, 4 = beaucoup). Veuillez lire chaque énoncé attentivement et encerclez le chiffre qui indique le mieux comment vous vous sentez **présentement, à ce moment précis**, même si ce n'est pas ce que vous ressentez habituellement.

	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup
1. Mon cœur bat rapidement	1	2	3	4
2. Mes muscles sont tendus	1	2	3	4
3. Je me sens angoissé(e) par mes problèmes	1	2	3	4
4. Je pense que les autres ne m'approuveront pas	1	2	3	4
5. Je sens que je passe à côté d'occasions parce que je ne peux pas me faire une idée assez rapidement	1	2	3	4
6. Je me sens étourdi(e)	1	2	3	4
7. Je sens que mes muscles sont faibles	1	2	3	4
8. Je me sens tremblant(e) et chancelant(e)	1	2	3	4
9. J'imagine des malheurs futurs	1	2	3	4
10. Je n'arrive pas à me débarrasser de certaines pensées	1	2	3	4
11. J'ai du mal à me rappeler de certaines choses	1	2	3	4
12. Je ressens de la chaleur au niveau de mon visage	1	2	3	4
13. Je pense que le pire va arriver	1	2	3	4
14. Je sens que mes bras et mes jambes sont engourdis	1	2	3	4
15. Je sens que j'ai la gorge sèche	1	2	3	4
16. Je me tiens occupé(e) pour éviter des pensées inconfortables	1	2	3	4
17. Je ne peux pas me concentrer sans être dérangé(e) par des pensées non pertinentes	1	2	3	4
18. Ma respiration est rapide et peu profonde	1	2	3	4
19. Je m'inquiète de ne pas pouvoir contrôler mes pensées autant que je le voudrais	1	2	3	4
20. J'ai des papillons dans l'estomac	1	2	3	4
21. Je sens que les paumes de mes mains sont moites	1	2	3	4

## STICSA

### Comment vous sentez-vous en général?

Vous trouverez ci-dessous une liste d'énoncés pouvant être utilisés pour décrire la façon dont les gens se sentent. À côté de chacun d'eux se trouvent quatre chiffres qui permettent d'indiquer à quel fréquence chaque énoncé est vrai pour vous (p. ex., 1 = presque jamais, 4 = presque toujours). Veuillez s.v.p. lire chaque énoncé attentivement et encerclez le chiffre qui indique le mieux à quelle fréquence, en général, cet énoncé est vrai pour vous.

	Presque jamais	À l'occasion	Souvent	Presque toujours
1. Mon cœur bat rapidement	1	2	3	4
2. Mes muscles sont tendus	1	2	3	4
3. Je me sens angoissé(e) par mes problèmes	1	2	3	4
4. Je pense que les autres ne m'approuveront pas	1	2	3	4
5. Je sens que je passe à côté d'occasions parce que je ne peux pas me faire une idée assez rapidement	1	2	3	4
6. Je me sens étourdi(e)	1	2	3	4
7. Je sens que mes muscles sont faibles	1	2	3	4
8. Je me sens tremblant(c) et chancelant(c)	1	2	3	4
9. J'imagine des malheurs futurs	1	2	3	4
10. Je n'arrive pas à me débarrasser de certaines pensées	1	2	3	4
11. J'ai du mal à me rappeler de certaines choses	1	2	3	4
12. Je ressens de la chaleur au niveau de mon visage	1	2	3	4
13. Je pense que le pire va arriver	1	2	3	4
14. Je sens que mes bras et mes jambes sont engourdis	1	2	3	4
15. Je sens que j'ai la gorge sèche	1	2	3	4
16. Je me tiens occupé(e) pour éviter des pensées inconfortables	1	2	3	4
17. Je ne peux pas me concentrer sans être dérangé(e) par des pensées non pertinentes	1	2	3	4
18. Ma respiration est rapide et peu profonde	1	2	3	4
19. Je m'inquiète de ne pas pouvoir contrôler mes pensées autant que je le voudrais	1	2	3	4
20. J'ai des papillons dans l'estomac	1	2	3	4
21. Je sens que les paumes de mes mains sont moites	1	2	3	4

**Appendice E**  
Inventaire de l'intolérance à l'incertitude



### III – Partie A

Les gens perçoivent de différentes façons les incertitudes de la vie. Veuillez utiliser l'échelle ci-dessous pour exprimer jusqu'à quel point chacun des énoncés suivants correspond à vous. S'il vous plaît, encerclez le numéro correspondant.

	1 Pas du tout correspondant	2 Un peu correspondant	3 Assez correspondant	4 Très correspondant	5 Tout à fait correspondant
1. J'accepte difficilement que l'avenir soit incertain.				1	2 3 4 5
2. Je trouve insupportable de ne pas avoir de garanties dans la vie.				1	2 3 4 5
3. Les autres semblent mieux tolérer l'incertitude que moi.				1	2 3 4 5
4. Je trouve intolérable que certaines facettes de la vie ne soient pas déterminées à l'avance.				1	2 3 4 5
5. Je supporte mal la possibilité qu'il puisse m'arriver un événement négatif.				1	2 3 4 5
6. Lorsque j'attends une nouvelle importante, je supporte mal de rester dans l'incertitude.				1	2 3 4 5
7. Je trouve intolérable d'avoir à faire face à des situations imprévisibles.				1	2 3 4 5
8. Je supporte peu les situations dans lesquelles je ne sais pas ce qui va se passer.				1	2 3 4 5
9. Le fait de ne pas savoir à l'avance ce qui arrivera est souvent inacceptable pour moi.				1	2 3 4 5
10. Les délais d'attente sont insoutenables pour moi quand je ne sais pas ce qui va se passer.				1	2 3 4 5
11. Je tolère difficilement les incertitudes de la vie.				1	2 3 4 5
12. Lorsque je pense que quelque chose de négatif peut se produire, j'accepte difficilement de demeurer dans l'incertitude.				1	2 3 4 5
13. J'aimerais mieux savoir <u>tout</u> et <u>tout de suite</u> plutôt que de rester dans l'incertitude.				1	2 3 4 5
14. J'ai de la difficulté à supporter la possibilité qu'un imprévu puisse survenir.				1	2 3 4 5
15. J'ai besoin de certitudes dans ce que j'entreprends.				1	2 3 4 5

### III – Partie B

Les gens réagissent de différentes façons aux incertitudes de la vie. Veuillez utiliser l'échelle ci-dessous pour exprimer jusqu'à quel point chacun des énoncés suivants correspond à vous. S'il vous plaît, encerclez le numéro correspondant.

	1	2	3	4	5
	Pas du tout correspondant	Un peu correspondant	Assez correspondant	Très correspondant	Tout à fait correspondant
1. Je préfère éviter les situations incertaines.				1	2 3 4 5
2. Lorsque je me retrouve dans une situation incertaine, j'ai tendance à douter de ce que je fais.				1	2 3 4 5
3. J'exagère souvent les chances que le pire arrive lorsqu'un imprévu se présente.				1	2 3 4 5
4. J'ai tendance à vouloir diriger les autres pour ne pas qu'un imprévu leur arrive.				1	2 3 4 5
5. J'ai souvent recours aux autres pour me rassurer lorsque je ne sais pas ce qui va se passer.				1	2 3 4 5
6. Je m'en fais beaucoup pour les incertitudes de la vie.				1	2 3 4 5
7. Je doute souvent de moi lorsque la situation est incertaine.				1	2 3 4 5
8. La possibilité qu'un événement négatif survienne m'amène à éviter certaines activités.				1	2 3 4 5
9. Lorsque je suis incertain-e, j'ai besoin d'être rassuré-e par les autres.				1	2 3 4 5
10. Je dois tout contrôler pour essayer d'empêcher les conséquences négatives de survenir.				1	2 3 4 5
11. J'ai tendance à demander l'opinion des autres lorsque je suis incertain-e de ce qui va se passer.				1	2 3 4 5
12. J'évite les situations qui sont susceptibles de présenter des imprévus.				1	2 3 4 5
13. Lorsque l'issue d'un événement est incertaine, je doute souvent d'avoir fait tout ce qu'il fallait.				1	2 3 4 5
14. Lorsqu'un événement négatif est possible, je surestime souvent les probabilités qu'il se produise.				1	2 3 4 5

Suite page suivante 

III

3

	1	2	3	4	5
	Pas du tout correspondant	Un peu correspondant	Assez correspondant	Très correspondant	Tout à fait correspondant
15. J'ai tendance à m'inquiéter lorsque je suis incertain-e de ce qui va se passer.				1	2 3 4 5
16. Je demande souvent la même information à plusieurs personnes pour me rassurer face à ce qui va se passer.				1	2 3 4 5
17. Les situations incertaines m'inquiètent.				1	2 3 4 5
18. Lorsque je suis incertain-e de ce qui va se passer, j'essaie de tout contrôler.				1	2 3 4 5
19. J'ai tendance à surestimer la probabilité qu'un malheur arrive lorsque je ne sais pas ce qui va se passer.				1	2 3 4 5
20. Penser que quelque chose d'inattendu puisse survenir m'inquiète.				1	2 3 4 5
21. Lorsque je suis incertain-e, j'ai tendance à douter de mes capacités.				1	2 3 4 5
22. J'ai tendance à ne pas m'engager dans les activités qui comportent une part d'incertitude.				1	2 3 4 5
23. Lorsque je suis incertain-e, j'ai tendance à surestimer les chances que les événements tournent mal.				1	2 3 4 5
24. J'ai tendance à vouloir contrôler les activités de mes proches afin de diminuer les chances qu'il leur arrive quelque chose.				1	2 3 4 5
25. Même s'il y a peu de chances qu'un événement négatif survienne, on doit souvent me répéter que tout ira bien.				1	2 3 4 5
26. Je préfère laisser tomber un projet plutôt que d'avoir à vivre dans l'incertitude.				1	2 3 4 5
27. Je préfère tout contrôler afin de diminuer les incertitudes.				1	2 3 4 5
28. Ne pas savoir ce que l'avenir me réserve m'amène à m'inquiéter.				1	2 3 4 5
29. En situation d'incertitude, j'ai tendance à exagérer les chances que les choses se déroulent mal.				1	2 3 4 5
30. J'ai souvent tendance à remettre mes choix en question lorsque je suis incertain-e de ce qui va se passer.				1	2 3 4 5