UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

LE PERFECTIONNISME COMME VARIABLE MÉDIATRICE ENTRE LA PERSONNALITÉ ET LES SYMPTÔMES DÉPRESSIFS

ESSAI DE 3^E CYCLE PRÉSENTÉ COMME EXIGENCE PARTIELLE DU

DOCTORAT CONTINUUM D'ÉTUDES EN PSYCHOLOGIE (PROFIL INTERVENTION)

> PAR ANNE-MARIE COTNOIR-LACROIX

Université du Québec à Trois-Rivières Service de la bibliothèque

Avertissement

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

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

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

Cet essai de 3 ^e cycle a été dirigé par :		
Frédéric Langlois, directeur de recherche, Ph. D.	Université du Québec à Trois-Rivières	
Jury d'évaluation de l'essai :		
Frédéric Langlois, Ph. D.	Université du Québec à Trois-Rivières	
Davida Digualan, Dh. D	Université du Ovéhea à Trais Divières	
Paule Piquelon, Ph.D.	Université du Québec à Trois-Rivières	
Patrick Gosselin, Ph.D.	Université de Sherbrooke	

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

Sommaire

Cet essai porte sur le rôle du perfectionnisme dans la relation entre les traits de la personnalité autonomes/sociotropes (Beck, 1983) et les symptômes dépressifs. Le perfectionnisme est aujourd'hui conceptualisé par deux variables : l'une plus saine, la recherche de hauts standards et l'autre plus malsaine, les préoccupations perfectionnistes. Les traits de la personnalité présentés dans cette étude incluent les traits autonomes et les traits sociotropes, ces derniers faisant partie intégrante du modèle de vulnérabilité aux symptômes dépressifs introduit par Beck (1983). Les recherches effectuées à la suite de l'introduction du modèle de Beck ont conclu que certains traits de la personnalité impliquaient des conséquences positives alors que d'autres étaient effectivement liés à des symptômes dépressifs. Dans la littérature, on remarque des liens théoriques entre les préoccupations perfectionnistes et certains de ces traits de la personnalité. Ces liens nous mènent à se questionner sur la possibilité que la présence de préoccupations perfectionnistes puisse jouer un rôle déterminant dans le développement et le maintien des symptômes dépressifs chez des individus plus autonomes ou sociotropes. Par ailleurs, on observe que des niveaux élevés dans la recherche de hauts standards pourraient peut-être agir à titre de facteur de protection au développement des symptômes dépressifs. À la lumière de ces observations, des hypothèses ont été adressées à partir d'un devis corrélationnel et transversal. Des adultes de la population générale québécoise (N = 264) ont rempli des questionnaires en ligne mesurant les trois variables principales à l'étude. Des analyses de corrélations et des analyses de médiation ont été utilisées afin d'adresser les hypothèses à l'étude. Les résultats ont démontré que les traits de personnalité plus

malsains et les symptômes dépressifs étaient reliés par le biais des préoccupations perfectionnistes. Également, une absence de relation a été relevée entre la recherche de hauts standards et les symptômes dépressifs. La recherche de hauts standards était cependant liée positivement à une sous-dimension de la personnalité considérée comme étant plus adaptée dans l'autonomie, soit la réalisation d'objectifs et l'indépendance. Cette même sous-dimension était d'ailleurs liée négativement aux symptômes dépressifs. Ces résultats indiquent que cinq des six sous-dimensions de la personnalité seraient liées à la symptomatologie dépressive par le biais des préoccupations perfectionnistes. Ils mettent également en évidence le caractère plus adapté de la recherche de hauts standards dans cet échantillon de la population générale.

Table des matières

Sommaire	ii:
Liste des tableaux	vi
Remerciements	vi
Introduction générale	1
Définition du perfectionnisme	2
La perspective multidimensionnelle	3
La perspective bidimensionnelle	5
La recherche de hauts standards	6
Les préoccupations perfectionnistes	6
Perfectionnisme et fonctionnement psychologique	8
Trouble dépressif	9
Modèle de vulnérabilité à la dépression selon Beck	10
Les deux dépressions selon Beck	14
Trouble dépressif et perfectionnisme	15
Personnalité et perfectionnisme	16
Sociotropie et perfectionnisme	16
Autonomie et perfectionnisme	17
Le but de ce présent essai	19
Chapitre I	22
Contexte théorique	23
Perfectionnisme	23

Symptomatologie dépressive et perfectionnisme	25
Dimensions de la personnalité selon Beck	26
Méthode	32
Participants et déroulement	32
Instruments de mesure	33
Questionnaire sur le perfectionnisme révisé (QP-R)	33
Échelle de sociotropie et d'autonomie	34
Échelle d'anxiété et de dépression en milieu hospitalier	34
Questionnaire sociodémographique	35
Stratégies d'analyse	35
Résultats	37
Analyses préliminaires	37
Analyses de médiation	43
Analyses factorielles	46
Discussion	49
Références	59
Conclusion générale	64
Références générales	72
Appendice A. Formulaire de consentement	80
Appendice B. Questionnaire sur le perfectionnisme révisé	84
Appendice C. Échelle de sociotropie et d'autonomie	86
Appendice D. Échelle d'anxiété et de dépression en milieu hospitalier	91

Liste des tableaux

Tableau

1	Statistiques descriptives et résultats des comparaisons des moyennes entre les hommes et les femmes	39
2	Inter-corrélations entre les différentes variables à l'étude	42
3	Corrélations entre les variables principales à l'étude, la RHS et les PP	43
4	Régressions linéaires du rôle médiateur des préoccupations perfectionnistes entre les traits de personnalité de la SAS et la symptomatologie dépressive	45
5	Analyse en composantes principales de type exploratoire des items du QP-R	et
	du SAS	48

Remerciements

Je tiens à exprimer ma reconnaissance envers mon directeur de recherche, Frédéric Langlois, pour sa grande disponibilité tout au long de la rédaction de cet essai doctoral. Je souhaite par ailleurs le remercier pour son encadrement des plus professionnels et pour la confiance qu'il m'a démontrée lors de l'élaboration du projet. Ses plus grandes marques de soutien auront été ses nombreux encouragements ainsi que sa grande patience, qui m'ont permis d'apprécier le passage au doctorat en psychologie.

Je souhaite également remercier mes collègues du Laboratoire sur l'anxiété et le perfectionnisme de l'Université du Québec à Trois-Rivières, particulièrement Marie-Ève Séguin et Vanessa Gaudet, pour leur soutien ainsi que leur expertise.

Sur une note plus personnelle, je souhaite remercier ma famille, pour leur grand soutien depuis le début de mon parcours dans le domaine de la psychologie. J'aimerais également remercier mes amies, elles se reconnaîtront, ainsi que mon partenaire pour leur patience et leurs nombreux encouragements.

« To be perfect would require an individual to be an automaton without charm, without character, without vitality, and almost without any redeeming qualities » (Pacht, 1984)



Depuis la fin du 20e siècle, les niveaux de perfectionnisme de la population occidentale augmenteraient de façon linéaire (Curran & Hill, 2019) et de récentes études ont associé le perfectionnisme à différentes problématiques psychologiques (Hill & Curran, 2016; Smith, Sherry, Rnic, Saklofske, Enns & Gralnick, 2016). À cet effet, depuis déjà un siècle, plusieurs auteurs ont travaillé à définir le perfectionnisme et ses attributs sains et malsains afin de favoriser la compréhension de la problématique (Blatt, 1995; Cossette & Langlois, 2016; Frost, Marten, Lahart & Rosenblate, 1990; Gaudreau & Thompson, 2010, Hewitt & Flett, 1991a; Stoeber & Otto, 2006).

Définition du perfectionnisme

À prime à bord, la recherche excessive de la perfection a été définie d'un point de vue psychodynamique par Freud (1926, publié en 1959), qui mentionne dans un ouvrage que le développement d'un surmoi punitif et critique chez certains individus impliquerait des conséquences négatives. Plus tard, dès l'apparition du terme « perfectionnisme » en psychologie, sa présence est abordée comme étant un trait de personnalité néfaste au fonctionnement de l'individu (Hollender, 1965). Jusque dans les années 80, il est d'ailleurs principalement conceptualisé sous une forme unidimensionnelle, c'est-à-dire que sa présence ne serait associée qu'à des conséquences négatives (Burns, 1980; Pacht, 1984). Le perfectionnisme est à ce moment défini comme un ensemble de standards très

élevés et irréalistes chez un individu, qui tend à se définir en termes de productivité et d'accomplissement (Burns, 1980). Ceci dit, quelques années auparavant, Hamachek (1978) s'avérait l'exception et était le premier à parler de perfectionnisme sain et malsain, en proposant des types de perfectionnisme dits normaux ou neurotiques. Selon lui, le perfectionniste dit normal se distingue du perfectionniste neurotique par une plus grande flexibilité suite à une performance imparfaite et contrairement au perfectionniste neurotique, il ne douterait pas constamment de la qualité sa performance. Dès lors, à la fin du 20e siècle, cette nouvelle conception du perfectionnisme mène certains auteurs à le définir sous une forme multidimensionnelle, ces derniers s'étant questionnés sur ses composantes saines et malsaines. Ainsi, des auteurs ont pensé et développé des questionnaires permettant de mesurer les dimensions du perfectionnisme, pour ensuite les lier à certaines variables positives ou négatives (Frost, Marten, et al., 1990; Hewitt & Flett, 1991a).

La perspective multidimensionnelle

En se basant sur les écrits des premiers tenants du perfectionnisme, des chercheurs ont pu introduire les premières définitions du concept en se basant sur des données empiriques. À cet effet, Frost et ses collègues (1990) ont conclu à cinq dimensions du perfectionnisme, construites autour d'une grande dimension, soit la préoccupation pour les erreurs. Les cinq autres dimensions font référence aux exigences élevées, au doute à propos des actions, à la perception des exigences parentales, à la perception des critiques parentales ainsi qu'à la préférence pour l'ordre et l'organisation. Selon des études, les

exigences élevées seraient considérées comme étant plus saines, mais combinées à d'autres dimensions, comme la préoccupation pour les erreurs, elles seraient liées à des conséquences négatives (Dixon, Lapsley & Hanchon, 2004; Rice, Bair, Castro, Cohen & Hood, 2003).

Un peu plus tard, Hewitt et Flett (1991a) ont quant à eux construit un autre modèle en proposant une composante motivationnelle. Ils ont conclu à trois dimensions du perfectionnisme, qui sans contredire les résultats de Frost et ses collègues (1990), nous informent quant à l'orientation des comportements perfectionnistes. Les dimensions réfèrent au perfectionnisme orienté vers soi (POS), au perfectionnisme socialement prescrit (PSP) et au perfectionnisme orienté vers les autres (POA). Le perfectionnisme orienté vers soi fait référence aux standards élevés qu'un individu se fixe alors que le perfectionnisme socialement prescrit se définit par la croyance qu'autrui exerce une pression à l'atteinte de standards excessivement élevés. La troisième dimension, le perfectionnisme orienté vers les autres, s'observe lorsqu'un individu exerce une pression envers autrui afin qu'il atteigne des standards élevés.

Le perfectionnisme socialement prescrit a été lié à plusieurs conséquences négatives, comme des symptômes d'anxiété et de dépression (Smith et al., 2016), alors que de son côté, le perfectionnisme orienté vers soi serait lié à de plus faibles conséquences négatives (Dunkley, Blankstein, Halsall, Williams & Winkworth, 2000; Enns, Cox, Sareen & Freeman, 2001; Stoeber & Childs, 2010). Le perfectionnisme orienté vers les autres a

quant à lui peu été étudié, bien que certaines recherches aient conclu à de faibles conséquences négatives (Bieling, Israeli & Antony, 2004; Bieling, Israeli, Smith, Antony, 2003). Il est devenu alors plus clair que certaines dimensions du perfectionnisme impliquaient de faibles conséquences alors que d'autres généraient des conséquences psychologiques plus importantes. Ceci dit, les nombreuses dimensions ainsi que les différentes combinaisons pouvant être observées laissaient place à confusion quant à leur caractère plus sain et malsain. Sur cette observation, certains auteurs ont débuté des analyses permettant d'intégrer les dimensions à l'intérieur de deux grands facteurs du perfectionnisme, soit la recherche de hauts standards perfectionnistes et les préoccupations perfectionnistes (Blankstein, Dunkley & Wilson, 2008; Gaudreau & Thompson, 2010; Stoeber & Otto, 2006).

La perspective bidimensionnelle

Au début du 21e siècle, les résultats des études sur le perfectionnisme font émerger un modèle à deux facteurs, qui inclut l'origine (interne ou sociale) des comportements perfectionnistes (Hewitt & Flett, 1991a) ainsi que leurs manifestations cognitives (Frost al., 1990). Bien avant, des auteurs, incluant Hamachek (1978), avaient signalé la possibilité d'un modèle bidimensionnel : le perfectionnisme positif et négatif (Terry-Short, Owens, Slade & Dewey, 1995), le perfectionnisme adaptatif et inadapté (Rice, Ashby & Slaney, 1998) et le perfectionnisme sain et malsain (Stumpf & parker, 2000). Le modèle à deux facteurs constituait donc un retour à une vision bidimensionnelle mettant de l'avant une composante saine, la recherche de hauts standards, et une composante plus

malsaine, les préoccupations perfectionnistes (Bieling, Summerfeldt, Israeli & Antony, 2004; Gaudreau & Thompson, 2010; Hottinger, 2018). Nous verrons cependant plus loin que les appuis à la nature plus saine de la recherche de hauts standards sont sujets à débat.

La recherche de hauts standards. La recherche de hauts standards fait référence à la tendance chez un individu de se fixer des standards personnels élevés et d'adopter des comportements dans le but de les atteindre. Des auteurs (Blankstein & Dunkley, 2002) ont comparé cette dimension au perfectionnisme orienté vers soi présenté par Hewitt et Flett (1991a), c'est-à-dire que la recherche de la perfection chez ces individus ne serait pas motivée par une pression externe. La recherche de hauts standards serait liée négativement à la présence de psychopathologie dans des populations non cliniques alors qu'il y aurait absence de lien avec la psychopathologie dans des populations cliniques. Ceci dit, combinée à des préoccupations perfectionnistes, la recherche de hauts standards impliquerait des conséquences négatives, incluant une vulnérabilité aux symptômes d'ordre psychopathologique (Limburg, Watson, Hagger & Egan, 2017).

Les préoccupations perfectionnistes. Les préoccupations perfectionnistes font référence à une tendance à l'autocritique ainsi qu'au sentiment qu'autrui exerce une pression liée à l'atteinte de la perfection (Blankstein et al., 2008). Ce facteur impliquerait également une difficulté à percevoir une performance comme étant satisfaisante et un doute concernant sa capacité à atteindre ses standards (Langlois, Rhéaume & Gosselin, 2009). Selon Hamachek (1978), les individus fortement préoccupés par leurs erreurs

tendent à s'acharner à l'atteinte de leurs standards par peur de l'échec plutôt que par un besoin d'accomplissement. Burns (1980) décrit quant à lui la pensée des individus perfectionnistes préoccupés par un mode dichotomique, soit la pensée du tout ou rien, en faisant référence au modèle introduit par Beck (1976). Les préoccupations perfectionnistes ont d'ailleurs été associées à des émotions négatives, de faibles résultats académiques, un faible support social ainsi qu'à des motivations non autodéterminées (Gaudreau & Thompson, 2010; Gnilka & Broda, 2019). Les personnes ayant de hauts niveaux dans le facteur des préoccupations perfectionnistes auraient par ailleurs une estime de soi plus fragile et utiliseraient des stratégies d'adaptation peu efficaces (Campbell & Dipaula, 2002). Nécessairement, les préoccupations perfectionnistes ont été associées à plusieurs types de psychopathologie, tels que le trouble obsessionnel compulsif (Kothari et al., 2019), le trouble du comportement alimentaire (Rivière & Douilliez, 2017; Smith, Sherry, Gautreau, Stewart, Saklosfke & Mushquash, 2017), le trouble d'anxiété sociale (Blankstein, Antony, McCabe & Bieling, 2011) et le trouble dépressif (Blankstein & Dunkley, 2002; Graham et al., 2010; Levine & Milyavskaya, 2018; Stoeber & Childs, 2010). Plusieurs études ont tenté de comprendre le lien entre le perfectionnisme malsain et le développement de troubles psychopathologique, mais aussi entre le perfectionnisme sain et le maintien d'un fonctionnement plus adapté chez certaines personnes.

Perfectionnisme et fonctionnement psychologique

Lors du survol de la littérature sur le perfectionnisme, des oscillations sont observées entre une vision plus négative du concept et une autre axée sur la nature saine et malsaine des comportements perfectionnistes. Certains auteurs tenteront d'observer les composantes plus positives du perfectionnisme qui seront associées à des conséquences positives (Gaudreau & Thompson, 2010; Stoeber & Otto, 2006; Suh, Gnilka, & Rice, 2017) alors que d'autres tenteront d'observer ses composantes plus inadaptées qui seront associées à des conséquences négatives et des troubles psychopathologiques (Smith, Sherry, Mushquash, Saklofske, Gautreau & Nealis, 2017; Smith et al., 2018; Wheeler, Blankstein, Antony, McCabe & Bieling, 2011). En ce sens, les études effectuées sur le sujet ont démontré que la recherche de hauts standards était associée à peu de conséquences négatives sur le fonctionnement psychologique, mais que la présence de préoccupations était considérée comme étant plus malsaine (Blankstein & Dunkley, 2002; Gnilka & Broda, 2019). Selon ces études, le lien entre les préoccupations perfectionnistes et la détresse psychologique serait plus important en présence de perfectionnisme socialement prescrit et d'une faible tendance sur la recherche de hauts standards. Par ailleurs, la présence de préoccupations perfectionnistes, combinées à d'autodétermination dans la quête de standards personnels et d'un faible support social, serait néfaste pour le fonctionnement psychologique (Gaudreau & Thompson, 2010; Gnilka & Broda, 2019). Ainsi, l'accumulation d'effets négatifs en lien avec le perfectionnisme mènerait à un sentiment d'impuissance, de désespoir et au trouble dépressif (Flett, Hewitt, Blankstein & Pickering, 1998; Frost et al., 1990; Limburg et al.,

2017; Miquelon & Vallerand; 2005; Wheeler et al., 2011). Depuis plusieurs années, les auteurs tentent de comprendre le rôle du perfectionnisme dans le développement et le maintien des symptômes dépressifs. Avant de se pencher sur cette fréquente relation, il importe de définir les symptômes dépressifs et leurs différentes manifestations.

Trouble dépressif

Il y a quelques années, Statistique Canada (2012) rapportait que 15% des femmes et 9,3% des hommes de la population québécoise souffriraient d'une dépression majeure au cours de leur vie. Selon le DSM-V, ce trouble consiste en une période d'au moins deux semaines dans laquelle une personne est constamment dans un état dépressif ou n'a plus d'intérêt pour ses activités (American Psychiatric Association, 2013). Au milieu du 20e siècle, plusieurs auteurs s'étaient déjà questionnés sur les origines et le maintien du trouble dépressif. Malgré leurs orientations théoriques différentes, ces derniers ont tous mis l'accent sur le rôle de l'agressivité, de la culpabilité, de l'estime de soi et de la perte dans le développement et le maintien des symptômes (Beck, 1976; Blatt, 1974; Bowlby, 1973). Sur le plan étiologique, plusieurs auteurs d'approche psychodynamique parleront de l'importance des expériences infantiles aversives sur le développement des symptômes dépressifs une fois à l'âge adulte (Bergeret, 1974; Bowlby, 1976; Kernberg, 1995). D'autres (Miller & Seligman, 1975; Wortman, & Brehm, 1975) aborderont le développement d'une impuissance acquise chez certaines personnes suite à une perte de contrôle vis-à-vis les conséquences de leurs actions. Cette même impuissance est d'ailleurs devenue le principe de base sur lequel s'appuie la thérapie d'activation comportementale, cette dernière étant très utilisée dans le traitement de la dépression (Dondé, Moirand & Carré, 2018). Ces quelques points de vue étiologiques ne sont que quelques-uns des nombreuses théories en lien avec le développement et le maintien des symptômes dépressifs.

Malgré les différentes combinaisons de symptômes possibles, on s'entend sur le fait que les individus déprimés se sentent coupables et sans valeur, se disent seuls et n'ont plus d'intérêt pour leurs activités (American Psychiatric Association, 2013; Beck, 1976; Blatt, 2004). Les gens déprimés peuvent présenter des symptômes d'insomnie, ou à l'inverse, une grande fatigue même après plusieurs heures de sommeil (American Psychiatric Association, 2013). Finalement, le trouble de dépression est associé à des douleurs persistantes et des pensées suicidaires (Moy, 2009). La publication récente du DSM-V classe le trouble dépressif sous 9 symptômes, sans aborder de sous-type de dépression (American Psychiatric Association, 2013). Ceci dit, bien avant l'arrivée du DSM-V, plusieurs auteurs ont classifié le trouble dépressif sous plusieurs sous-types en faisant une analyse des traits de personnalité pouvant être en lien avec le développement et le maintien des symptômes (Arieti & Bemporad, 1984; Beck, 1983; Blatt, 1974). L'un d'entre eux, Beck (1983), a introduit les traits de personnalité sociotrope et autonome qui, lorsque présents en grande quantité, peuvent mener à des problématiques psychologiques, telles que les symptômes dépressifs.

Modèle de vulnérabilité à la dépression selon Beck. Dans un ouvrage, Beck (1983) a introduit les types de personnalité sociotrope et autonomes, dont la présence excessive rendrait vulnérable aux symptômes dépressifs. Ils impliquent une combinaison de croyances, de pensées et d'expériences, qui mènent certaines personnes à se mobiliser constamment dans le but d'atteindre certains besoins prioritaires (Beck, 1983). Du côté de la sociotropie, ces besoins prioritaires sont d'ordre social alors que du côté de l'autonomie, il s'agit de besoins d'indépendance et d'accomplissement.

Dans sa définition, la sociotropie se caractérise par un état de dépendance sociale qui se manifeste par l'attente de soutien afin d'assurer les fonctions nécessaires à la survie, d'atténuer la souffrance psychologique et de réaliser des projets ou des objectifs. De son côté, l'autonomie se définit par des traits liés à la recherche d'individualité, d'indépendance ainsi qu'à la réalisation des objectifs personnels et contrairement à la sociotropie, elle implique une faible préoccupation pour les autres. Il y a quelques années, des analyses factorielles ont été menées afin de mesurer les traits de la personnalité pour ensuite adresser scientifiquement la théorie de Beck (1983).

Deux questionnaires distincts pouvant mesurer les traits de personnalité autonome et sociotrope ont été construits et validés, soit l'Échelle de sociotropie et d'autonomie et l'Inventaire de style personnel. Tout d'abord, une première version, la *Sociotropy and Autonomy Scale* (SAS) a été construite et validée par des chercheurs (Beck, Epstein, Harrison & Emery, 1983). Cette première version de la SAS mesure six sous-dimensions

de la personnalité, dont trois associées à l'autonomie et trois associées à la sociotropie. Cette même version a été traduite et validée en France quelques années plus tard, sous le nom d'Échelle de sociotropie et d'autonomie (Husky, Grondin & Compagnone, 1994). Dans cette version, les trois sous-dimensions d'autonomie incluent « La réalisation d'objectifs et l'indépendance », l'« attrait pour la solitude » et la « valorisation de la liberté de mouvement et d'action ». Du côté de la sociotropie, les trois sous-dimensions incluent l'« importance accordée au regard d'autrui », l'« inquiétude vis-à-vis la séparation » et l'« attention envers autrui ». Quelques années plus tard, la structure factorielle de cette échelle a été revisée, ce qui a impliqué le retrait et la modification de quelques sous-dimensions (Bieling, Beck & Brown, 2000). Cette nouvelle version, qui n'a pas été traduite en langue française, suggère deux sous-dimensions dans l'autonomie, soit la « réalisation d'objectifs et l'indépendance » et la « sensibilité au contrôle d'autrui » (Bieling et al., 2000, traduction libre). Du côté de la sociotropie, la « préférence pour l'affiliation » ainsi que la « peur de la critique et du rejet » sont les deux sous-dimensions suggérées.

Quelques années auparavant, une version alternative a été construite par d'autres auteurs, sous le nom du *Personal Style Inventory* (PSI, Robins, Ladd, Welkowitz, Blaney, Diaz & Kutcher, 1994). La version francophone, l'Inventaire de style personnel (Loas, Verrier, Gayant & Dhee-Perot, 1995) comprend six sous-dimensions, dont trois associées à l'autonomie et trois associées à la sociotropie. Les trois sous-dimensions d'autonomie incluent le « perfectionnisme et l'autocritique », « le besoin de contrôle » et la « séparation défensive (ou évitement des relations intimes) ». Du côté de la sociotropie, les trois sous-

dimensions incluent les « préoccupations pour ce que les autres pensent », « la dépendance » et « faire plaisir aux autres ». Malgré quelques différences entre ces échelles, l'Échelle de sociotropie et d'autonomie et l'Inventaire de style personnel constituent des outils valides afin de mesurer les traits autonomes et sociotropes.

Dès lors, ces échelles permettent de mesurer les traits de personnalité de façon quantitative. Ceci dit, la sociotropie et l'autonomie peuvent être représentées sur un continuum plutôt que sur un mode dichotomique, c'est-à-dire qu'un individu peut osciller entre les deux dimensions, dépendamment de certains facteurs internes et environnementaux. Selon la théorie de Beck (1983) et plusieurs recherches empiriques récentes (Mongrain & Blackburn, 2005; O'Keefe et al., 2016; O'Riley & Fiske, 2012; Permuy, Merino & Fernandez-Rey, 2009), la présence de plusieurs traits de personnalité associée à l'une de ces deux grandes catégories, l'une plus interpersonnelle (sociotropie) et l'autre plus intrapersonnelle (autonomie), rendrait plus vulnérable aux symptômes dépressifs.

La théorie de Beck (1983) postule qu'une série d'échecs dans ces sphères mènerait au développement des symptômes dépressifs. Cette théorie se base donc sur le principe d'impuissance acquise introduit par certains auteurs au début des années 70 (Miller & Seligman, 1975; Wortman, & Brehm, 1975). Une menace ou une préoccupation liée à l'atteinte d'un besoin ou d'un but spécifique rendrait donc, selon Beck (1983), plus vulnérable au développement de symptômes dépressifs, ce qui permet déjà de faire un

pont entre cette théorie et la fragilité des individus perfectionnistes préoccupés. Les symptômes différeraient selon le type de personnalité dominant. Beck (1983) nomme donc deux types de dépression, soit la dépression dite réactive ou de dépendance et la dépression autonome.

Les deux dépressions selon Beck (1983). Dans la sociotropie, la dépression est dite réactive, c'est-à-dire qu'elle se manifeste davantage par une externalisation que par une internalisation des émotions. Dans ce type de dépression, les individus demandent beaucoup d'aide, réagissent fortement à la perte de gratification, sont très concernés par leur apparence sociale et ont une humeur labile. De son côté, la dépression de type autonome serait moins réactive, c'est-à-dire qu'une internalisation des émotions serait davantage observée. Dans ce type de dépression, on relève une grande anhédonie, des pensées autocritiques ainsi qu'une perte d'intérêt envers les relations sociales (Beck, 1983). Il importe de remarquer que plusieurs de ces particularités se retrouvent également au sein d'un profil perfectionniste où des préoccupations sont observées, comme l'importance accordée à l'apparence sociale ainsi que les pensées autocratiques (Blankstein & Dunkley, 2002). Il n'est donc pas surprenant que les préoccupations perfectionnistes aient été liées au trouble dépressif à de nombreuses reprises (Limburg et al., 2017).

Trouble dépressif et perfectionnisme

Au moment de la publication des premiers articles scientifiques portant sur le perfectionnisme, un lien empirique entre ce dernier et la symptomatologie dépressive était déjà observé dans des populations cliniques (Hewitt & Flett, 1991a; Hewitt & Flett, 1991b ; Hewitt & Flett, 1993) et non cliniques (Frost, Marten et al., 1990; Hewitt & Flett, 1991a; Hewitt & Flett, 1993). Même avant, les premiers tenants du perfectionnisme (Burns, 1980; Patch, 1984) notaient la grande vulnérabilité à la détresse psychologique des individus perfectionnistes en raison de leur acharnement constant lié à l'atteinte de la perfection. Selon eux, l'atteinte de la perfection serait impossible, ce qui impliquerait nécessairement des échecs répétitifs pour certaines personnes. Le principe d'impuissance acquise de Miller et Seligman (1975) se prête donc encore une fois très bien à cette théorie, c'est-àdire que l'acharnement des individus afin d'atteindre la perfection impliquerait une série d'échecs et donc une perte de contrôle envers les conséquences de leurs actions. Sur le plan cognitif, Brown & Beck (2002) mentionnent que les individus perfectionnistes préoccupés auraient tendance à raisonner, à résoudre des problèmes et à interpréter leurs expériences de façon arbitraire et avec rigidité. Selon eux, c'est cette façon de penser qui, entre autres, les mettrait à risque de présenter des symptômes dépressifs. Il va donc de soi que la présence du perfectionnisme pourrait impliquer une vulnérabilité à l'acharnement et aux échecs, qui suivraient des pensées dysfonctionnelles et des émotions négatives. Ainsi, cette constatation mène à se questionner sur la possibilité que le perfectionnisme chez les individus autonomes et sociotropes puisse être en lien avec le développement des symptômes dépressifs chez ces derniers. Ceci dit, avant de s'avancer sur ce possible rôle,

il importe de se pencher sur ce qu'avance la littérature en ce qui a trait au lien entre la personnalité selon Beck (1983) et le perfectionnisme.

Personnalité et perfectionnisme

Quelques années après la publication du modèle de Beck (1983), Hewitt et Flett (1993) sont les premiers à établir le lien entre les traits de personnalité autonome et sociotrope et le perfectionnisme. Ils concluent que le perfectionnisme socialement prescrit serait associé à des niveaux élevés de sociotropie alors que le perfectionnisme orienté vers soi serait associé à des niveaux élevés de sociotropie et d'autonomie. L'orientation des comportements perfectionnistes dans la sociotropie serait donc de nature sociale et interne alors qu'elle ne serait qu'interne du côté de l'autonomie, ce qui indique des différences quant à l'orientation du perfectionnisme dans les deux dimensions de la personnalité. Cela nécessite donc de se pencher de façon distincte sur ces deux dimensions afin de comprendre leur relation avec le perfectionnisme. Étant donné que le perfectionnisme et les traits de personnalité de Beck (1983) ont été mis en relation qu'à quelques reprises (Blankstein & Dunkley, 2002; Hewitt & Flett, 1993), peu de recherches empiriques seront détaillées dans les prochaines sections. Ceci dit, il est pertinent d'observer le chevauchement entre le perfectionnisme malsain et les caractéristiques inhérentes aux personnalités à dominance sociotrope ou autonome.

Sociotropie est perfectionnisme. Les individus ayant de nombreux traits sociotropes auraient tendance à évaluer leur valeur en fonction de la qualité de leurs relations

interpersonnelles (Beck, 1983). Ainsi peut-on dire que la qualité de l'humeur d'une personne très sociotrope varierait en fonction des gratifications et de l'acceptation venant d'autrui (Cikara & Gyrus, 2010). À ce sujet, Blatt (2004) explique que le développement de la dépendance excessive serait déclenché suite à des difficultés d'intégration de l'identité. Cela signifie que certains événements dans le processus développemental auraient rendu plus difficile pour l'individu de s'appuyer sur ses propres idéaux afin de se définir et s'évaluer. Dans un tel contexte, cela implique une estime de soi faible et des mécanismes de défenses ou d'adaptation inadaptés (Beck, 1983; Blatt, 2008). La présence de perfectionnisme malsain lié à des pressions sociale et interne serait donc ici évidente, puisque les comportements auraient pour but d'obtenir l'approbation ou d'éviter la désapprobation sociale, mais aussi d'éviter l'atteinte à l'estime de soi déjà fragile. Il ne serait donc pas surprenant que le perfectionnisme puisse jouer un rôle dans la relation déjà établie entre la sociotropie et la symptomatologie dépressive. Ce lien avec le perfectionnisme malsain est légèrement moins évident du côté de l'autonomie.

Autonomie et perfectionnisme. Les individus ayant plusieurs traits associés à l'autonomie auraient tendance à s'évaluer en fonction de leur indépendance et de leurs accomplissements et seraient enclins à exercer un contrôle sur leur environnement (Beck, 1983). Plusieurs différences ont été notées par Beck (1983) entre la sociotropie et l'autonomie, mais la plus importante dans un contexte de perfectionnisme est celle indiquant que les individus autonomes non déprimés rapporteraient une estime de soi ainsi qu'une confiance en leurs moyens très élevée. Une récente étude menée au Japon a

d'ailleurs confirmé cette hypothèse clinique, leurs participants plus autonomes ayant rapporté une estime de soi significativement élevée (Otani, Suzuki, Matsumoto, Shirata, 2018). Par ailleurs, les niveaux des symptômes dépressifs rapportés par les individus autonomes seraient généralement assez bas dans des échantillons de la population générale ou non clinique (Alford & Gerrity, 1995; Sato & McCann, 2000). Ceci dit, il est nécessaire de mentionner la possibilité que des biais se soient insérés dans ces études (désirabilité sociale, blindage narcissique), puisqu'une autre recherche menée auprès d'échantillons non cliniques a démontré que les individus autonomes présenteraient un style d'attachement de type évitant ou peu sécurisé (Permuy et al., 2009). Ce résultat pourrait suggérer que des blessures sur le plan de l'estime de soi puissent être difficiles à mesurer à l'aide de questionnaires auto rapportés.

Quoi qu'il en soit, le sentiment de contrôle et d'indépendance ainsi que la succession d'accomplissements des individus autonomes indiqueraient un fonctionnement psychologique relativement normal. Ceci étant dit, qu'arrive-t-il lorsque ces derniers ressentent ou perçoivent une perte de contrôle envers leur environnement ? Ce questionnement est d'autant plus valable si l'on considère la possibilité que les individus autonomes puissent présenter une certaine insécurité qui est peu exprimée. Sans aucun doute, la présence de préoccupations perfectionnistes implique nécessairement une perte de contrôle, puisque dans ce contexte, l'individu doute de sa capacité à atteindre un standard ou un besoin qu'il s'est lui-même fixé. Ce questionnement mène donc à l'une des principales hypothèses de cette étude : le perfectionnisme peut-il expliquer la présence

de symptômes dépressifs chez les individus autonomes ? Ce même questionnement sera également mis à l'épreuve dans un contexte de sociotropie.

Le but de ce présent essai

Le but de ce présent essai sera donc de tester le rôle médiateur du perfectionnisme dans la relation unissant les traits de personnalité sociotropes/autonomes et les symptômes dépressifs. L'étude sera menée dans la population générale. Elle vise à faire avancer les connaissances liées au traitement des symptômes dépressifs de type « dépendance » ou « autonome » et ce, particulièrement en contexte de perfectionnisme malsain. Le survol de la littérature présenté dans cette introduction démontre un chevauchement entre les théories relatives au perfectionnisme et celles de Beck (1983) concernant la vulnérabilité aux symptômes dépressifs des individus autonomes et sociotropes. Pourtant, aucune étude empirique ne s'est penchée sur le rôle possible du perfectionnisme dans le développement et le maintien des symptômes dépressifs chez ces individus. Il n'existe d'ailleurs aucune étude ayant tenté de comprendre le chevauchement observé et seulement quelques auteurs ont adressé la relation entre le perfectionnisme et les traits de la personnalité de Beck (1983). Des sous-objectifs seront également adressés afin de porter un regard sur le rôle protecteur de la recherche de hauts standards chez les individus autonomes ou sociotropes.

La littérature démontre dans la population générale que la recherche de hauts standards est associée à des conséquences positives et que les préoccupations perfectionnistes sont associées à des conséquences plus négatives (Limburg et al., 2017).

La recherche de hauts standards sera-t-elle de nouveau associée à des caractéristiques saines dans le présent échantillon de la population générale ? Par ailleurs, ce survol de la littérature démontre que le perfectionnisme sain et malsain pourrait être une variable clé dans la compréhension de la vulnérabilité aux symptômes dépressifs chez les individus plus autonomes ou sociotropes. Serait-il donc possible que la recherche de hauts standards, par rapport aux préoccupations perfectionnistes, protège les individus autonomes et sociotropes des symptômes dépressifs ? Cette étude pourrait aussi faire avancer le débat sur le rôle plus positif de la recherche de hauts standards par rapport au rôle plus négatif des préoccupations perfectionnistes.

Finalement, il a été difficile de prouver sans aucun doute que l'autonomie était associée aux symptômes dépressifs dans la population générale, contrairement à la sociotropie, où le lien était beaucoup plus clair. Cette étude pourra également cibler ce débat afin de diminuer la confusion, mais aussi de déterminer si un perfectionnisme plus malsain peut jouer un rôle dans cette association.

Afin de réaliser tous ces objectifs, une étude empirique sera menée à l'aide d'un devis corrélationnel et transversal, c'est-à-dire que des questionnaires auto rapportés seront remis en un seul temps aux participants. Ces questionnaires permettront de mesurer les trois grandes variables décrites précédemment (personnalité, perfectionnisme et symptômes dépressifs) pour ensuite les mettre en relation à l'aide d'analyses de médiation (en triade). La personnalité inclura les dimensions autonome et sociotrope, qui incluent

trois sous-dimensions (ou facteurs) chacune, pour six dimensions au total. De façon similaire, le perfectionnisme impliquera les deux facteurs du modèle bidimensionnel, soit la recherche de hauts standards et les préoccupations perfectionnistes. Les questionnaires utilisés afin de mesurer les trois variables à l'étude sont décrits plus loin dans cet essai et se retrouvent en annexe.

Chapitre I
Le perfectionnisme comme variable médiatrice entre la personnalité et les symptômes dépressifs

Contexte théorique

Perfectionnisme

Le perfectionnisme a été défini de plusieurs façons, passant de conceptualisations bidimensionnelles (Hamachek, 1978; Stoeber & Otto, 2006), unidimensionnelles (Burns, 1980; Pacht, 1984) à multidimensionnelles (Frost, Marten, Lahart, & Rosenblate, 1990; Hewitt & Flett, 1991). Récemment, les résultats de la communauté scientifique se penchant sur le perfectionnisme soutiennent de nouveau une vision bidimensionnelle incluant deux facteurs, soit la recherche de hauts standards (RHS) et les préoccupations perfectionnistes (PP) (Blankstein & Dunkley, 2002; Gaudreau & Thompson, 2010; Hottinger, 2018; Stoeber & Gaudreau, 2017). La recherche de hauts standards perfectionnistes se caractérise par une tendance à se fixer des standards très élevés, à adopter les comportements nécessaires pour les atteindre et à réagir avec souplesse lorsque la cible n'a pas été atteinte à la perfection (Hottinger, 2018). De leur côté, les préoccupations perfectionnistes impliquent une tendance à percevoir une pression sociale liée à la perfection (Blankstein, Dunkley & Wilson, 2008), à douter constamment de sa performance et à réagir de façon critique et négative lorsqu'un standard n'est pas atteint à la perfection (Langlois, Rhéaume & Gosselin, 2009).

La RHS et les PP coexistent à différents degrés et de hauts niveaux de préoccupations perfectionnistes combinés à de faibles niveaux de hauts standards perfectionnistes ont été liés à un fonctionnement psychologique moins adapté (Douilliez & Lefèvre, 2011; Gaudreau & Thompson, 2010; Hottinger, 2018). Lorsqu'elle se présente seule, la RHS a été liée à des motivations plus autodéterminées envers l'atteinte des standards et des émotions plus positives (Gaudreau & Thompson, 2010; Hottinger, 2018). De leur côté, les préoccupations perfectionnistes ont été liées à des motivations plus externes, des stratégies d'adaptation moins efficaces ainsi qu'une plus grande fréquence sur le plan des émotions négatives (Gaudreau & Thompson, 2010; Harvey, Milyavskaya, Hope, Powers, Saffran & Koestner, 2015; Levine, Werner, Capaldi & Milyavskaya, 2017; Sherry, Richards, Sherry & Steward, 2014). Il a d'ailleurs été démontré que les individus présentant de nombreuses préoccupations perfectionnistes étaient plus susceptibles de tendre vers des hauts niveaux d'anxiété, de dépression et de colère suite à l'expérience de l'échec (Stoeber, Schneider, Hussain et Matthews, 2014). Au-delà des motivations extrinsèques et des émotions négatives qui lui sont associées, la présence de PP a été liée à différentes psychopathologies, notamment à des symptômes obsessifs compulsifs (Halmi et al., 2005) et anxieux (Bieling, Israeli, and Antony, 2004), à des idées suicidaires (Enns, Cox, Sareen & Freeman, 2001) et à des symptômes dépressifs (Senra, Merino & Ferreiro, 2018). Selon certains auteurs, la symptomatologie dépressive est la psychopathologie la plus fréquemment liée au perfectionnisme (Antony & Swinson, 2009; Black & Reynolds, 2013; Ferrari, Yap, Scott, Einstein, Ciarrochi, 2018; Smith, Saklofske, Yan, Sherry, 2017; Stoeber & Otto, 2006; Turgeon, Forget, & Senécal, 2011).

Symptomatologie dépressive et perfectionnisme

Depuis très longtemps, les chercheurs ont suggéré que les individus perfectionnistes seraient à risque de présenter des symptômes dépressifs en présence de stresseurs ou d'échecs touchant leurs besoins prioritaires liés à l'affiliation et l'accomplissement (Frost et al., 1990; Hewitt & Flett, 1993). La fixation de standards irréalistes ainsi que la difficulté à percevoir une performance comme étant satisfaisante pourraient augmenter la quantité d'échecs perçus chez certains individus perfectionnistes (Frost et al., 1990). Bien avant, Beck (1983) avait suggéré un modèle cognitif de la dépression, faisant l'hypothèse que les types de personnalité hautement sociotropique ou autonomique rendraient certains individus vulnérables au développement et au maintien des symptômes dépressifs. La présence excessive de besoins sociaux (sociotropie) ou de valorisation liée à l'accomplissement (autonomie), rendrait certains individus plus vulnérables au développement de symptômes dépressifs (Beck, 1983). Les liens conceptuels entre la théorie de Beck (1983) pour tenter d'expliquer la dépression présente donc un chevauchement marqué avec les deux facteurs du perfectionnisme. Les préoccupations perfectionnistes font référence à la crainte de ne pas atteindre des standards sociaux perçus, caractéristique aussi importante de la sociotropie. Les préoccupations perfectionnistes peuvent aussi inclure la crainte de ne pas atteindre des standards personnels, le besoin d'accomplissement faisant partie intégrante de la dimension d'autonomie. De ce fait, la présente recherche vise à cibler ces deux dimensions de la personnalité afin de favoriser la compréhension du perfectionnisme et son impact sur le fonctionnement psychologique.

Dimensions de la personnalité selon Beck

La sociotropie se caractérise par un état de dépendance sociale qui se manifeste par l'attente de soutien afin d'assurer les fonctions nécessaires à la survie, d'atténuer la souffrance psychologique et de réaliser des projets ou des objectifs. Elle fait ressortir des besoins de gratification liés aux relations interpersonnelles qui impliquent l'approbation, l'intimité, le partage, l'empathie et la protection (Beck, 1983). D'un point de vue empirique, la sociotropie est composée de trois construits validés par des analyses factorielles: la présence d'inquiétudes par rapport à la séparation et la recherche de soutien (IVS), l'attention envers autrui (AEA) et l'importance accordée au regard d'autrui (IRA) (Beck, Epstein, Harrison, Emery, 1983; Husky, Grondin & Compagnone, 2004). La présence d'inquiétudes par rapport à la séparation se caractérise par un grand besoin de réassurance de la part d'autrui ainsi qu'une crainte de la perte d'un proche (rejet, décès, etc.). De son côté, l'attention envers autrui se manifeste par un grand besoin de faire plaisir à l'autre et d'éviter de contrarier les proches. Finalement, l'importance accordée au regard de l'autre se manifeste par la peur du jugement de l'autre (Husky et al., 2004).

De son côté, l'autonomie est marquée par des traits liés à la recherche d'individualité, d'indépendance ainsi qu'à la réalisation des objectifs personnels et contrairement à la sociotropie, elle implique une faible préoccupation pour les autres. La forte présence d'autonomie suppose des besoins prioritaires liés à l'accomplissement et l'autosuffisance. D'un point de vue empirique, l'autonomie se compose de trois construits validés suite à des analyses factorielles : la réalisation d'objectifs et l'indépendance (ROI), l'attrait pour

la solitude (APS) et la valorisation de la liberté de mouvement et d'action (VLM) (Beck et al., 1983; Husky et al., 2004). La réalisation d'objectifs et l'indépendance se caractérise par un grand besoin d'accomplissement personnel motivé intrinsèquement ainsi qu'un besoin d'indépendance vis-à-vis autrui. L'attrait pour la solitude se manifeste par un grand intérêt pour les activités individuelles, qui implique un faible attrait pour les relations interpersonnelles. Il est également caractérisé par un faible besoin de l'autre à titre de confident ou de conseiller. La valorisation de la liberté de mouvement et d'action s'observe par une importance accordée à la vie privée ainsi qu'un grand besoin de liberté (Husky et al., 2004). Les traits autonomes et sociotropes sont considérés comme étant stables dans le temps et représenteraient des modes de fonctionnement plutôt que des types de personnalité selon Beck (1983). Par ailleurs, ils peuvent être représentés sur un continuum plutôt que sur un mode dichotomique, c'est-à-dire qu'un individu peut osciller entre les deux dimensions, dépendamment de certains facteurs internes et environnementaux.

À partir d'observations cliniques, Beck (1983) évoque que la vulnérabilité au développement de symptômes dépressifs chez les individus hautement autonomes et sociotropes serait liée au sentiment d'échec qui suivrait une difficulté à combler certains besoins prioritaires (interpersonnels ou intrapersonnels). Selon lui, des symptômes spécifiques liés à la dépression se manifesteraient en réponse à une difficulté à atteindre certains standards ou objectifs. Des recherches ont été effectuées afin de tester l'hypothèse clinique énoncée par Beck (1983). Plusieurs études ont démontré un lien positif entre les

niveaux élevés de sociotropie et la symptomatologie dépressive (Alford & Gerrity, 1995; Husky, Mazure, Maciejewski, Swendsen, 2007; Permuy, Merino & Fernandez-Rey, 2009). Du côté de l'autonomie, certaines recherches ont démontré une association significative et positive (Bieling, Beck & Brown, 2004; O'Keefe et al., 2016; O'Riley & Fiske, 2012; Robins, Ladd, Welkowitz, Blaney, Diaz & Kutcher, 1994) alors que d'autres ont conclu en une absence de relation entre les deux variables (Alford & Gerrity, 1995; Husky et al., 2007; Sato & McCann, 2000).

Des auteurs ont conclu que les trois sous-dimensions de la sociotropie étaient liées aux symptômes dépressifs alors que du côté de l'autonomie, seules les sous-dimensions « attrait pour la solitude » (APS) et « valorisation de mouvement et d'action » (VLM) de la SAS (Beck et al., 1983) étaient positivement liées aux symptômes dépressifs (Sato & McCann, 2000). Également, la sous-dimension autonome « réalisation d'objectifs et indépendance » (ROI) a été associée négativement à la symptomatologie dépressive (Bieling et al., 2004; Sato & McCann, 2000) et une augmentation de ses niveaux a été observée parallèlement à une diminution des symptômes dépressifs (Bieling et al., 2004). Les auteurs ont conclu que la ROI serait davantage un facteur de protection au développement de symptômes d'ordre psychopathologique puisqu'elle impliquerait la poursuite d'objectifs autodéterminés, combinée à une faible préoccupation pour l'opinion des autres. Les autres dimensions seraient considérées comme étant plus malsaines et liées à des conséquences négatives (Bieling et al., 2004). Ainsi, ces résultats pourraient expliquer certaines lacunes liées à la compréhension du lien entre l'autonomie et la

dépression. Ils évoquent également la nécessité d'analyser les sous-dimensions de l'autonomie de façon distincte lors des études empiriques.

Bien qu'une pluralité d'auteurs se soit penchée sur le lien entre les deux grandes dimensions de la personnalité (Beck, 1983) et la symptomatologie dépressive, peu de recherches empiriques ont été effectuées afin de tester le rôle médiateur du perfectionnisme dans la relation entre ces variables. Pourtant, Bieling et ses collègues (2004) concluent que l'échelle plus positive de la SAS (Beck et al., 1983), la ROI, serait liée à des conséquences plus positives en raison de la valeur autodéterminée des objectifs fixés par l'individu. Cette conclusion s'apparente à celle avancée par Gaudreau et Thompson (2010), qui indique que des motivations plus autodéterminées ainsi que des émotions plus positives seraient présentes chez les individus ayant des niveaux plus élevés de RHS. Ainsi, elles mettent en évidence la possibilité d'un patron de relation plus sain entre la ROI et la RHS, ces derniers impliquant une faible tendance aux symptômes dépressifs (Bieling et al., 2004; Gaudreau & Thompson, 2010).

Par ailleurs, Beck (1983) spécifie que des attentes excessives envers soi et les autres sont présentes dans les deux dimensions et que des échecs répétés pourraient générer des symptômes dépressifs et contribuer au maintien de la symptomatologie. Afin d'expliciter le lien entre les traits de personnalité autonome et sociotrope et les symptômes dépressifs, Beck (1983) met en évidence la présence d'un blâme marqué dans les deux dimensions, en réaction à une performance inadéquate ou un échec du côté de l'autonomie et à une

perte sociale ou affective du côté de la sociotropie. Ce blâme s'apparente fortement à ce qui est observé chez les individus présentant des préoccupations perfectionnistes, chez qui l'échec peut générer des émotions négatives ainsi qu'une réaction critique et négative.

Ce lien étroit indique la possibilité d'un rôle déterminant des préoccupations perfectionnistes dans le développement et le maintien des symptômes dépressifs chez les individus ayant plusieurs traits de la personnalité répertoriés dans les sous-dimensions reconnues comme étant plus malsaines. De ce fait, du côté de la sociotropie, les préoccupations perfectionnistes impliqueraient nécessairement une détresse liée à l'atteinte de standards sociaux et d'évitement du rejet. Du côté de l'autonomie (sous-dimensions VLM et APS), la présence de préoccupations perfectionnistes pourrait impliquer une détresse liée à une perte de contrôle envers l'environnement. Plus précisément, dans un tel contexte, les besoins de liberté ou de solitude auparavant atteints seraient menacés par un faible sentiment de compétence envers une tâche ou par un faible sentiment d'accomplissement.

Cette étude vise donc à étudier le rôle médiateur du perfectionnisme dans la relation unissant les sous-dimensions de la personnalité et la symptomatologie dépressive afin de préciser les profils des individus autonomes et sociotropes. D'un point de vue clinique, elle vise à valider la pertinence d'adresser les comportements perfectionnistes malsains chez les individus autonome ou sociotrope déprimés. En raison des analyses factorielles ayant établi des relations opposées entre l'une des sous-dimensions de la personnalité et

la symptomatologie dépressive (Bieling et al., 2004; Sato & McCann, 2000), elles seront étudiées de façon distincte. Des analyses mettant en lien les échelles totales et la dépression seront cependant réalisées afin de nous permettre d'adresser les résultats contradictoires observés dans la littérature. Par ailleurs, vu le chevauchement observé entre le perfectionnisme et certains traits de la personnalité de Beck (1983), des analyses factorielles seront effectuées afin de mesurer le degré de chevauchement entre les concepts à l'aide d'une autre modalité statistique. Les hypothèses de la présente étude sont les suivantes (S= sociotropie et A = autonomie) :

- 1) Les sous-échelles « réalisation d'objectifs et indépendance » (A, ROI) et « recherche de hauts standards » (RHS) ne seront pas liées à la dépression et donc ne pourront être intégrées dans un modèle de médiation avec le perfectionnisme et la symptomatologie dépressive.
- 2) La sous-échelle « réalisation d'objectifs et indépendance » (A, ROI) sera liée positivement à la « recherche de hauts standards » (RHS).
- 3) La variable « préoccupations perfectionnistes » (PP) agira comme médiateur dans les liens unissant les variables « valorisation de la liberté de mouvement et d'action » (A, VLM), « attrait pour la solitude » (A, APS) et les symptômes dépressifs.
- 4) Une relation significative et positive sera observée entre les trois sous-dimensions de la sociotropie (IVS, AEA, IRA) et la symptomatologie dépressive. La variable «

préoccupations perfectionnistes » agira comme médiateur dans la relation entre chacune des sous-dimensions de la sociotropie et la symptomatologie dépressive.

5) Puisqu'on suppose les construits différents, les sous-échelles du questionnaire de perfectionnisme et de la sociotropie/autonomie vont se présenter sur des facteurs distincts.

Méthode

Participants et déroulement

Une affiche indiquant un hyperlien vers les questionnaires mis en ligne sur le site web Survey Monkey a été publiée via les réseaux sociaux et épinglée sur certains tableaux de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Le titre de l'étude était inscrit sur l'affiche et se lisait comme suit : « Le rôle du perfectionnisme dans la relation entre la personnalité et la symptomatologie dépressive ». Cette affiche indiquait également le temps de passation et précisait que toute personne âgée de 18 à 70 ans était invitée à participer. En suivant l'hyperlien, les participants pouvaient ensuite lire une brève description de la recherche ainsi qu'un formulaire de consentement libre et éclairé. Les participants ont validé leur consentement avant de répondre aux questionnaires.

Des adultes de la population générale québécoise (échantillon non clinique), dont 215 femmes et 49 hommes ont participé à l'étude (N=264). La moyenne d'âge de l'échantillon des femmes est de 32,6 ans (E=12,85) et 35,29 pour les hommes (E=14,61).

La majorité des participants sont des travailleurs autonomes ou salariés (46,4%) ou des étudiants à temps pleins et temps partiel (42,2%).

Instruments de mesure

Questionnaire de perfectionnisme révisé (OP-R). Le questionnaire contient 20 items divisés en deux sous-échelles (Langlois et al., 2009). La première évalue la recherche de hauts standards en général alors que la deuxième mesure les manifestations négatives du perfectionnisme et correspond au facteur des préoccupations perfectionnistes suggéré dans la littérature (Gaudreau & Thompson, 2010). Les items 1 à 7 sont associés aux hauts standards personnels alors que les items 8 à 20 évaluent les conséquences négatives du perfectionnisme. Du côté de la recherche de hauts standards, les participants ont par exemple répondu aux items suivants : « J'essaie de toujours bien réussir toutes les choses que j'entreprends » ou « Je ne peux rester longtemps sans me fixer des objectifs élevés à atteindre ». Du côté des préoccupations perfectionnistes, les participants ont par exemple répondu aux items suivants : « Tant que je n'ai pas de preuve que c'est parfait, j'ai tendance à croire que c'est mauvais » et « Peu importe combien j'en fais, ce n'est jamais assez pour moi ». Les participants ont répondu sur une échelle allant de 1 (« Ne me décrit pas du tout ») à 5 (« Me décrit tout à fait »). La cohérence interne apparaît satisfaisante pour la première échelle ($\alpha = 0.80$) et excellente pour la deuxième ($\alpha = 0.94$). La structure factorielle du questionnaire a été validée à l'aide d'analyses factorielles confirmatoires (Langlois, Vanasse-Larochelle, Roy & Aubé, 2010).

Échelle de sociotropie et d'autonomie. Cette mesure permet d'évaluer les traits de personnalité autonomes et sociotropes des participants et se compose de 60 items (Husky et al., 2004). Cet outil a été validé en France (*N*= 1028) à partir de la version anglaise du questionnaire développé par Beck et ses collègues (1983) et se compose de 6 sous-dimensions, dont trois mesurant les traits sociotropes et trois quantifiant les traits autonomes. Le participant a répondu sur une échelle allant de 0 à 4 en indiquant le pourcentage de temps durant lequel chaque affirmation s'appliquait à lui, et ce, en utilisant une échelle de fréquence (0%, 25%, 50%, 75% et 100% du temps, l'affirmation s'applique à moi). Les coefficients alpha de Cronbach de chaque échelle s'avèrent satisfaisants (0,88 pour la sociotropie et 0,79 pour l'autonomie), mais certaines limitations sont à prendre en compte considérant la cohérence interne moins satisfaisante des sous-échelles du trait autonome (0,75, 0,62 et 0,56). Les auteurs concluent cependant à une fidélité satisfaisante. Les coefficients alpha de Cronbach pour les sous-échelles de sociotropie s'avèrent satisfaisants (0,84, 0,75, 0,68).

Échelle d'anxiété et de dépression en milieu hospitalier. Ce questionnaire (Zigmond & Snaith, 1983) mesure les symptômes dépressifs et anxieux des participants et la version française montre une bonne consistance interne, avec des coefficients alpha de Cronbach s'étalant entre 0.79 et 0.89 (Roberge et al., 2013). Les analyses factorielles déjà effectuées montrent par ailleurs une structure à deux facteurs, mesurant l'anxiété et la dépression. Il est composé de 14 items, dont sept mesurant les symptômes dépressifs et sept mesurant les symptômes anxieux. Les participants devaient indiquer sur une échelle

de 0 à 3 ce qui s'approchait le plus de comment ils s'étaient sentis dans la dernière semaine. Cet outil est particulièrement utilisé en milieu hospitalier et évite de mesurer des symptômes physiques liés à la dépression qui pourraient être expliqués avant tout par certaines maladies physiologiques (par exemple : fatigue marquée ou perte d'appétit). Pour ces mêmes raisons, ce questionnaire à l'avantage d'inclure des symptômes liés à l'anxiété et la dépression qui sont plus adaptés lors d'une étude en ligne effectuée auprès de la population générale.

Questionnaire sociodémographique. Un questionnaire sociodémographique a été utilisé afin de fournir de l'information sur l'âge, le sexe, le statut civil, l'occupation principale, le salaire et le niveau de scolarité des participants. Il donne des indices concernant l'échantillon afin de considérer une généralisation des résultats.

Stratégies d'analyse

Dans un premier temps, des analyses descriptives ont été effectuées afin de dresser le profil de l'échantillon à partir du questionnaire sociodémographique, d'observer les patrons des données manquantes, de s'assurer de la fidélité des questionnaires et de vérifier les indices de normalité des variables à l'étude. De plus, des analyses de comparaison de moyenne ont été menées afin d'observer si les différences entre les hommes et les femmes aux variables principales sont statistiquement significatives. Dans les cas où des relations ou des différences significatives et fortes ont été observées entre les variables principales et les caractéristiques de l'échantillon, ces dernières ont été

contrôlées lors des analyses de médiation principales. Une matrice de corrélation a également été utilisée afin de vérifier les liens linéaires entre les variables principales à l'étude. Dans un deuxième temps, des analyses de corrélations bilatérales et partielles ont été menées afin de tester la première et la deuxième hypothèse.

Dans un troisième temps, des analyses de médiation ont été menées afin de tester les hypothèses trois et quatre. Ainsi, afin d'évaluer l'effet médiateur de la recherche de hauts standards et des préoccupations perfectionnistes entre les traits de personnalité et la symptomatologie dépressive, les conditions définies par Baron et Kenny (1986) ont été testées et respectées : Étape I - les variables indépendantes (6 sous-dimensions de la SAS) doivent prédire significativement la variable dépendante (symptômes dépressifs); Étape 2 - les variables indépendantes doivent prédire significativement les variables médiatrices (recherche de hauts standards et préoccupations perfectionnistes); Étape 3 - la variable médiatrice (PP) doit prédire significativement la variable dépendante (symptômes dépressifs). Étape 4 - l'ajout d'un médiateur doit réduire (médiation partielle) ou éliminer (médiation complète) l'effet initial d'une variable indépendante (6 sous-dimensions de la SAS) sur une variable dépendante (symptômes dépressifs). Le test de Sobel (Preacher & Hayes, 2004) a été utilisé afin de déterminer si les changements sont significativement différents de zéro. Pour ce faire, les coefficients de régression non standardisés (B) et l'erreur standard (ES) des étapes 2 et 3 ont été requis. Un coefficient z significatif indiquait que l'effet indirect de la variable indépendante (sous-dimension de la SAS) sur la variable

dépendante (symptômes dépressifs) en passant par le médiateur (PP) est significatif. Un seuil de signification de 0,05 a été fixé pour l'ensemble des analyses statistiques.

Dans un quatrième temps, vu le chevauchement théorique observé dans la littérature entre le perfectionnisme et les traits de la personnalité, d'autres analyses ont été utilisées afin de porter un regard différent sur les liens entre les variables et ainsi tester la cinquième hypothèse. Des analyses factorielles exploratoires (analyse des composantes principales, ACP) impliquant les items du QP-R et de l'Échelle de sociotropie et d'autonomie (ou SAS, version française) ont été réalisées. Une première analyse exploratoire sans rotation visant à nous indiquer le nombre de facteurs à extraire a été effectuée. Ensuite, une seconde analyse avec extraction d'un nombre fixe de facteurs et avec rotation Varimax a été réalisée. L'utilisation de la rotation Varimax nous a entre autres permis de conserver l'indépendance entre les facteurs retenus.

Résultats

Analyses préliminaires

L'analyse approfondie des données indiquait un caractère aléatoire des données manquantes. Au total, 29 participants n'ont pas répondu à au moins un item, ce qui implique 2,2% des données totales. Afin de favoriser la constance des participants dans chaque analyse, des imputations multiples (5) ont été effectuées afin de substituer les données manquantes. Les observations effectuées suite aux imputations nous ont indiqué

que les moyennes et les écarts-types des variables à l'étude étaient similaires et ne changeaient pas le sens des résultats aux analyses principales.

Une inspection visuelle des histogrammes, des boîtes à moustache, la vérification des coefficients d'asymétrie et d'aplatissement (scores z entre -0,96 et 0,96) ainsi que le test de normalité de Shapiro-Wilk (p > 0,05) nous démontrent que les variables principales à l'étude présentent une courbe approximativement normale. Les analyses de fidélité des variables à l'étude montrent des coefficients alpha de Cronbach très satisfaisants pour les facteurs de perfectionnisme (0,81 et 0,95), satisfaisants pour les sous-échelles de sociotropie (0,86, 0,77, 0,76) et de satisfaisant à acceptable pour les échelles d'autonomie (0,76, 0,61, 0,62). L'échelle des symptômes dépressifs montre également un coefficient alpha de Cronbach satisfaisant (0,80). Par ailleurs, les analyses de comparaison de moyenne ne démontrent pas de différence significative ($p \ge 0,05$) entre les hommes et les femmes pour l'ensemble des variables à l'étude (voir Tableau 1).

Tableau 1

Statistiques descriptives et résultats des comparaisons des moyennes entre les hommes et les femmes

	Hommes	(N=49)	Femmes	p	
	M	ET	M	ET	
DEP	3,78	3,18	4,62	3,73	0,06
RHS	25,41	4,99	26,12	5,47	0,57
PP	36,23	13,68	40,87	13,92	0,56
AUT (total)	75,93	10,38	71,72	13,04	0,19
SOCIO (total)	59,83	14,43	66,94	17,39	0,06
ROI (A)	33,74	5,67	31,52	6,14	0,61
APS (A)	26,90	4,71	25,75	5,72	0,16
VLM (A)	15,28	3,72	14,63	4,64	0,16
AEA (S)	17,61	4,42	18,59	4,77	0,96
IVS (S)	19,87	6,57	24,39	7,40	0,12
IRA (S)	22,35	8,07	23,96	9,20	0,17

Notes.

p doit être plus petit que 0,05 afin de pouvoir conclure à une différence significative.

DEP = symptômes dépressifs. RHS = recherche de hauts standards. PP = préoccupations perfectionnistes. AUT = autonomie (total). SOCIO = sociotropie (total). ROI = réalisation d'objectifs et indépendance. APS = attrait pour la solitude. VLM = valorisation de la liberté de mouvement et d'action. AEA = attention envers autrui. IVS = inquiétude vis-à-vis la séparation. IRA = importance accordée au regard d'autrui.

Les analyses effectuées nous montrent que les coefficients de corrélation calculés pour l'âge ont des tailles d'effet faibles (tous les r < 0.15). Il a donc été déterminé de ne pas contrôler l'âge lors des analyses principales. La RHS sera contrôlée lors des analyses principales lorsque les PP seront impliquées (et inversement), puisque conformément aux résultats d'études précédentes (Gaudreau & Thompson, 2010; Soeber & Gaudreau, 2017), une corrélation linéaire significative (r = 0.55, p < 0.0001) est notée entre les deux variables pour cette étude. Leur contrôle permet également d'observer les rôles distincts de la RHS et des PP en lien avec la psychopathologie pour ainsi contribuer à l'avancement des connaissances sur leurs attributs sains ou malsains.

La matrice de corrélation (voir Tableau 2) montre des corrélations significatives faibles à modérées entre les principales variables à l'étude. Le Tableau 2 montre les relations positives et significatives observées entre les cinq sous-dimensions de la personnalité considérées comme étant plus malsaines (APS, VLM, AEA, IVS, IRA) et les symptômes dépressifs. L'APS et la VLM ont été combinées (Autonomie, sans la ROI, Tableau 2) afin de valider les conclusions des autres études (Bieling et al., 2000; Sato & McCann, 2000) ayant conclu à un lien positif entre ces deux sous-dimensions et les symptômes dépressifs. Tel qu'attendu, une relation positive et significative est démontrée entre cette variable et les symptômes dépressifs alors qu'on observe plutôt une absence de lien entre la ROI seule et la symptomatologie dépressive.

Le Tableau 3 montre des relations significatives entre les PP et les cinq sousdimensions considérées comme étant plus malsaines ainsi qu'entre les PP et les symptômes dépressifs. La combinaison de l'APS et de la VLM est liée positivement avec la RHS lorsque les PP sont contrôlées et avec les PP lorsque la RHS est contrôlée. Une absence de relation est démontrée entre la ROI (dimension saine, autonomie) et les symptômes dépressifs (voir Tableau 2) et les corrélations partielles menées (voir Tableau 3) indiquent une absence de relation entre la RHS et les symptômes dépressifs lorsque les PP sont contrôlées. Ces résultats justifient l'omission de la RHS et de la ROI dans les modèles de médiation, l'absence de relation entre ces dernières et les symptômes dépressifs ne respectant pas les étapes 1 et 3 proposées par Baron et Kenny (1986). Par ailleurs, une corrélation significative et forte (r = 0.43, p < 0.001) est relevée entre la ROI et la RHS lorsque les PP sont contrôlées. Le Tableau 3 indique également une relation inverse entre les PP et l'autonomie (total) ainsi qu'une forte relation entre les PP et la sociotropie (total) lorsque la RHS est contrôlée. Des relations inverses sont observées du côté de la RHS lorsque les PP sont contrôlées, où un lien positif est observé avec l'autonomie (total) alors qu'une relation négative est observée avec la sociotropie (total). Une relation positive est notée entre la variable combinée plus malsaine de l'autonomie (autonomie sans la ROI) et la RHS lorsque les PP sont contrôlées et les PP, lorsque la RHS est contrôlée.

Tableau 2

Inter-corrélations entre les différentes variables à l'étude

Variable	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Symptômes dépressifs	-	0,13**	0,25**	0,35**	-0,05	0,16*	0,28**	0,30**	0,17*	0,37**
2. Autonomie (total)		-	0,90**	-0,12**	0,79**	0,79**	0,72**	-0,06	-0,14*	-0,08**
3. Autonomie (sans la ROI) ^a			-	0,00	0,43**	0,88**	0,81	0,05	-0,11	0,06*
4. Sociotropie (total)				-	-0,23**	-0,13**	0,16**	0,68**	0,79**	0,89**
5. Réalisation d'objectifs					-	0,40**	0,31**	-0,18**	-0,14**	-0,23**
6. Attrait pour la solitude (A)						-	0,44**	0,03	-0,24**	-0,07
7. Valorisation liberté (A)							-	0,06	0,09*	0,20**
8. Attention envers autrui (S)								-	0,31**	0,51**
9. Inquiétude séparation (S)									-	0,50**
10. Importance du regard d'autrui (S)										-

Notes.

^a Cette variable inclut les deux sous-dimensions plus malsaines de l'autonomie (APS et VLM) et exclut la sous-dimension saine (ROI).

Tableau 3

Corrélations entre les variables principales à l'étude, la RHS et les PP

	RHSª	PP^b
Symptômes dépressifs	-0,05**	0,38**
Autonomie (total)	0,33**	0,05**
Autonomie (sans la ROI) ^c	0,17**	0,24**
Sociotropie (total)	-0,30**	0,57**
Réalisation d'objectif et indépendance (A)	0,43**	-0,24**
Attrait pour la solitude (A)	0,14**	0,17**
Valorisation de la liberté de mouvement et d'action (A)	0,15**	0,25**
Attention envers autrui (S)	-0,18**	0,45**
Inquiétude vis-à-vis la séparation (S)	-0,18**	0,31**
Importance accordée au regard d'autrui (S)	-0,30**	0,57**

Notes.

Analyses de médiation

Cette prochaine section présente les analyses de médiation servant à tester les hypothèses trois et quatre. Les analyses de régression répétées de type « Enter » (Voir Tableau 4) pour chacun des modèles de régression démontrent que les cinq sous-dimensions de la personnalité retenues (omission de la ROI) expliquent une part de variance significative des symptômes dépressifs (p < 0.01). Pour l'autonomie, l'APS explique 2,5% de la variance des symptômes dépressifs (F(261,1) = 6.661, p = 0.01) alors que la VLM explique 7,6% de la variance (F(261,1) = 21.348, p = 0.000). Pour la

^a Corrélations partielles effectuées en contrôlant les PP.

^b Corrélations partielles effectuées en contrôlant la RHS.

^c Cette variable inclut les deux sous-dimensions plus malsaines de l'autonomie (APS et VLM) et exclut la sous-dimension saine (ROI).

^{**}p < 0.01 *p < 0.05

sociotropie, l'AEA explique 8,7% (F(261,1) = 24,866, p = 0,000) de la variance des symptômes dépressifs, l'IVS 2,8% (F(261,1) = 7,615, p = 0,006) et l'IRA 14% (F(261,1) = 42,545, p = 0,000).

Les cinq analyses de régression effectuées à l'étape 2 (voir Tableau 4) démontrent que les cinq sous-dimensions de la personnalité expliquent une part de la variance des PP (p < 0.01). Pour l'autonomie, l'APS explique 7,7% de la variance des PP (p < 0.01) et l'autonomie, l'APS explique 13,7% (p < 0.01) et l'1,524, p = 0.000). Pour la sociotropie, l'AEA explique 18,1% (p < 0.01) et l'IRA 28,5% (p < 0.000) de la variance des PP, l'IVS 6,5% (p < 0.000) et l'IRA 28,5% (p < 0.000) et l'IRA 28,5% (p < 0.000). Les analyses de régression de Type « Enter » effectuées à cinq reprises (voir Tableau 4) afin de mener l'étape 3 montrent que les PP expliquent une part significative de la variance des symptômes dépressifs lorsque la sous-dimension de la personnalité du modèle de régression est contrôlée.

Tableau 4

Régressions linéaires du rôle médiateur des préoccupations perfectionnistes entre les traits de personnalité de la SAS et les symptômes dépressifs

Variable	Étape	В	ES	p	T	IC (95%)	
indépendante	Бирф			P			
Attrait pour la	1	0,104	0,040	0,010	2,581	0,03-0,18	
solitude	2	0,708	0,151	0,000	4,680	0,41-1,01	
(A, APS)	3 ^a	0,111	0,018	0,000	6,268	0,08-0,15	
	4 ^a	0,036	0,039	$0,362^{b}$	0,913	-0,04-0,11	
				Test de So	bel : $z = 3,7$	73, p < 0.000	
Valorisation de la	1	0,299	0,048	0,000	4,739	0,13-0,33	
liberté de	2	1,168	0,180	0,000	6,444	0,81-1,53	
mouvement	3^{a}	0,103	0,018	0,000	5,762	0,07-0,14	
et d'action (A, VMA)	4 ^a	0,125	0,050	0.013^{b}	2,509	0,03-0,22	
, , ,		·	•	Test de Sobel : $z = 4,29, p < 0,000$			
Attention envers	1	0,229	0,046	0,000	4,987	0,13-0,32	
autrui (S, AEA)	2	1,276	0,168	0,000	7,467	0,95-1,61	
	3^a	0,094	0,019	0,000	5,532	0,06-0,13	
	4^a	0,110	0,049	0.025^{b}	2,260	0,01-0,21	
		,	ŕ	•		14, p < 0.000	
Inquiétude vis-à-vis	1	0,083	0,030	0,006	2,760	0,02-0,14	
la séparation	2	0,489	0,114	0,000	4,248	0,26-0,71	
(S, \overline{IVS})	3^a	0,108	0,018	0,000	5,882	0,07-0,14	
	4^{a}	0,031	0,029	$0,296^{b}$	1,262	-0,03-0,09	
		ŕ	,	Test de Sobel : $z = 3,50, p < 0,000$			
Importance accordée	1	0,152	0,023	0,000	6,523	0,11-0,20	
au regard d'autrui	2	0,839	0,082	0,000	10,211	0,68-1,00	
(S, IRA)	3^{a}	0,074	0,021	0,001	3,491	0,03-0,12	
	4 ^a	0,090	0,028	$0,002^{b}$	3,207	0,04-0,14	
		•		Test de So	bel: $z = 3,3$	33, p < 0.000	

Notes.

Étape 1 : Sous-dimension x comme prédicteur des symptômes dépressifs. Étape 2 : Sous-dimension x comme prédicteur des préoccupations perfectionnistes. Étape 3 : PP comme prédicteur des symptômes dépressifs, en contrôlant pour la sous-dimension x. Étape 4 : Effet de la sous-dimension x sur les symptômes dépressifs, en contrôlant pour les PP.

^a Analyses de régression effectuées en contrôlant la recherche de hauts standards.

^b Une médiation complète est présente si p > 0.05. Une médiation partielle est présente si p < 0.05 et que le test de Sobel indique un z significatif (p < 0.05).

Les résultats obtenus à l'étape 4 indiquent un rôle de médiateur complet des préoccupations perfectionnistes dans la relation unissant l'APS (A) et les symptômes dépressifs et dans le lien entre l'IVS (S) et les symptômes dépressifs (Tableau 4, étape 4). Les coefficients de régression de ces associations ne sont plus significatifs (tel qu'indiqué par les tests de Sobel) lorsque les PP sont introduites dans le modèle (APS : B passe de 0,104 à 0,03, p > 0,05; IVS : B passe de 0,08 à 0,03, p > 0,05). De plus, les résultats démontrent que les préoccupations perfectionnistes exercent un rôle de médiateur partiel (voir tests de Sobel) dans la relation entre la VLM (A) et les symptômes dépressifs, entre l'AEA (S) et les symptômes dépressifs et entre l'IRA (S) et les symptômes dépressifs. Les coefficients de régression de ces relations diminuent légèrement et de façon significative (tel qu'indiqué par les tests de Sobel) lorsque les PP sont introduites dans le modèle (VLM : B passe de 0,29 à 0,12, p = 0,01; AEA : B passe de 0,22 à 0,11, p = 0,025; IRA : B passe de 0,15 à 0,09, p = 0,002).

Analyses factorielles

Cette dernière section des résultats présente les analyses factorielles effectuées afin d'adresser la cinquième hypothèse, qui proposait que les sous-échelles du Questionnaire de perfectionnisme (QP-R) et de l'Échelle de sociotropie et d'autonomie (SAS) allaient se présenter sur des facteurs distincts. Ainsi, une première analyse en composantes principales (ACP) de type exploratoire nous a indiqué que 21 facteurs avaient une valeur propre supérieure à 1. L'observation du tableau de la variance expliquée et du graphique des valeurs propres nous a permis de retenir quatre solutions possibles pour la seconde

ACP. L'analyse qualitative et quantitative des quatre matrices des composantes après rotation Varimax nous a indiqué que les 20 items du QP-R et les 60 items du SAS se regroupaient à l'intérieur de quatre facteurs distincts. Les quatre facteurs retenus expliquent 35,15% de la variance des 80 items analysés. L'indice *KMO* était satisfaisant (0,82) et le test de *Bartlett* était significatif (p < 0,0001), ce qui nous indiquait une bonne adéquation de l'échantillon.

La répartition des items est représentée dans le Tableau 5. Le premier facteur inclut les items de la RHS et deux items de la ROI (« Il est plus important pour moi de savoir que j'ai fait du bon travail plutôt que de le faire savoir aux autres » et « J'apprécie plus d'accomplir des choses que d'en être récompensé(e) »). Les autres items de la ROI ainsi que la totalité des items de l'APS et de la VLM se retrouvent dans le deuxième facteur. Les PP, l'IRA et l'AEA se rassemblent dans le troisième facteur et l'IVS se retrouve seule dans le quatrième facteur. En raison de la répartition adéquate des variables dans chaque facteur, excepté pour les PP et les deux dimensions de la sociotropie, les analyses de médiation ont été effectuées. Ceci dit, les résultats seront nuancés dans la discussion.

Tableau 5

Analyse en composantes principales de type exploratoire des items du QP-R et du SAS

Facteur	1	2	3	4
Recherche de hauts standards	7 items (0,50; 0,71)	-	-	-
Préoccupations perfectionnistes	-	-	13 items (0,54; 0,70)	-
Réalisation d'objectifs et indépendance	2 items (0,34; 0,37)	10 items (0,24; 0,58)	-	-
Attrait pour la solitude	-	11 items (0,15; 0,48)	-	-
Valorisation de la liberté de mouvement et d'action	-	7 items (0,37; 0,53)	-	-
Importance accordée au regard d'autrui	-	-	12 items (0,40; 0,69)	-
Attention envers autrui	-	-	6 items (0,23; 0,57)	-
Inquiétude vis-à-vis la séparation	-	-	-	11 items (0,33; 0,62)

Notes.

Les chiffres entre les parenthèses indiquent les coefficients de corrélation minimum et maximum obtenus entre les items et le facteur (Max; Min).

Discussion

Cette présente étude avait pour but de tester le rôle du perfectionnisme dans la relation entre les sous-dimensions de la personnalité introduites par Beck (1983) et la symptomatologie dépressive. Comme il a été rapporté par plusieurs auteurs (Bieling, Beck et al., 2004; O'Keefe et al., 2016; O'Riley & Fiske, 2012), les résultats ont démontré une relation plus forte entre la sociotropie (total) et les symptômes dépressifs, comparativement à l'autonomie (total) et les symptômes dépressifs. Par ailleurs, une relation positive a été démontrée entre l'autonomie et la recherche de hauts standards alors qu'une relation négative entre l'autonomie et les préoccupations perfectionnistes a été relevée. Du côté de la sociotropie, une relation négative a été démontrée avec la RHS alors qu'une relation positive a été relevée avec les PP. Ces résultats indiquent que plus les individus ont des tendances sociotropes, plus ils seraient enclins à porter un regard critique envers eux-mêmes et à percevoir difficilement leur performance comme étant satisfaisante. Les analyses factorielles menées ont cependant permis d'observer que deux des sous-dimensions de la sociotropie, l'AEA et l'IRA, se retrouvaient dans le même facteur que les PP, nous indiquant que ces variables étaient conceptualisées de façon similaire malgré leurs cibles différentes dans le contenu de leurs items. Plus précisément, l'échelle des PP ne fait jamais référence aux relations sociales alors que tous ses items ressortent sur un même facteur avec l'AEA et l'IRA. Ainsi, au-delà des nuances empiriques apportées à ce travail de recherche, ces analyses mènent à se questionner sur la possibilité que les PP soient à la base des inquiétudes vis-à-vis l'opinion ou l'attention d'autrui. Elles nous ramènent également au modèle d'Hewitt et Flett (1991) et au

perfectionnisme socialement prescrit, en nous rappelant l'importance d'adresser les motivations sociales au perfectionnisme lors des traitements psychologiques.

Du côté de l'autonomie, les résultats ont démontré que plus les individus possèdent un profil autonome, plus ils ont tendance à se fixer des objectifs élevés. Ceci dit, les individus plus autonomes auraient moins tendance à entretenir des préoccupations quant à la qualité de leur performance. Ces résultats nous aident à donner du sens aux études ayant conclu à de plus faibles conséquences négatives suite à l'échec chez les individus plus autonomes (Cikara & Girgus, 2010; Iacoviello, Grant, Alloy & Abramson, 2009; Rude & Burnham, 1993). Ainsi, l'autonomie serait liée à un perfectionnisme moins dommageable de même qu'à de plus faibles niveaux de symptômes dépressifs par rapport à la sociotropie. Cela dit, il importe de rappeler que les analyses contrôlaient la variance commune entre les deux facteurs du perfectionnisme et que la recherche de hauts standards se présente rarement sans la présence de préoccupations perfectionnistes (Gaudreau & Thompson, 2010). Par ailleurs, les résultats des analyses factorielles ont démontré que deux des items de la ROI se retrouvaient dans le même facteur de la RHS, nous indiquant des ressemblances conceptuelles entre les deux facteurs. Cependant, la majorité des items semblent respecter la séparation des échelles originales. Dans une future recherche visant à revoir le questionnaire francophone du SAS, des analyses de validité concurrente pourraient être effectuées entre les items de l'échelle de la ROI et de la RHS.

Les analyses ont permis de confirmer la première hypothèse à l'étude, qui avançait que la réalisation d'objectifs et l'indépendance (A, ROI) et la recherche de hauts standards ne serajent pas liées aux symptômes dépressifs, conformément aux études ayant établi une relation négative ou une absence de relation entre ces deux variables et la symptomatologie (Bieling, Beck & Brown, 2000, 2004; Gaudreau & Thompson, 2010; Hottinger, 2018; Sato & McCann, 2000). Par ailleurs, les analyses ont permis de confirmer la deuxième hypothèse, qui prédisait une relation positive entre la ROI et la RHS. Ces résultats indiquent que les individus ayant plusieurs traits associés à la sous-dimension de la ROI, qui implique un grand besoin lié à l'accomplissement personnel et à l'atteinte d'objectifs, auraient tendance à se fixer des standards perfectionnistes élevés. Ceci dit, la définition de la ROI de même que ses items suggèrent la présence d'une grande autodétermination à l'atteinte des standards alors que de son côté, la RHS n'implique pas uniquement des motivations intrinsèques envers l'atteinte des standards. Par exemple, un individu présentant une forte tendance à la RHS pourrait ressentir une pression interne au désir de se surpasser dans le but d'éviter une atteinte à l'estime de soi. Par ailleurs, les résultats de cette étude ont indiqué que des préoccupations perfectionnistes pouvaient être présentes en comorbidité à la RHS alors que de son côté, la ROI ne serait pas liée aux PP lorsque la RHS est contrôlée. Ainsi, la présence simultanée de niveaux élevés de RHS et de traits de personnalité associés à la ROI pourrait indiquer un meilleur fonctionnement.

Les résultats obtenus lors des analyses principales ont également mis en évidence le rôle déterminant des PP dans le lien unissant les sous-dimensions de la personnalité et les symptômes dépressifs. Du côté de l'autonomie, la valorisation de la liberté de mouvement et d'action (VLM) et l'attrait pour la solitude (APS) étaient toutes deux associées à la présence de symptômes dépressifs. Du côté de la sociotropie, les trois sous-dimensions de la personnalité (IVS, AEA, IRA) étaient liées à la présence de symptômes dépressifs. Les analyses de médiation ont permis de confirmer les hypothèses quatre et cinq, en démontrant que la présence de préoccupations perfectionnistes agissait à titre de variable médiatrice dans les liens unissant les cinq sous-dimensions de la personnalité plus malsaines et la symptomatologie dépressive.

Les résultats font état d'une première médiation complète indiquant que l'association entre l'évitement des relations sociales (A, APS) et les symptômes dépressifs est expliquée par les PP. Ainsi, la peur de l'erreur et la difficulté à percevoir une performance comme étant satisfaisante pourraient peut-être accentuer l'isolement dans le milieu professionnel ou personnel. Une étude a d'ailleurs démontré que les individus autonomes et déprimés avaient tendance à être froids et distants avec les proches (Sato & McCann, 2007). Il serait alors possible que les PP génèrent des comportements de retrait social générés par la crainte de l'échec ou par des émotions négatives, ce qui favoriserait le rejet et la présence de symptômes dépressifs. Néanmoins, que l'isolement de l'individu soit volontaire ou involontaire, la présente étude suggère que le lien entre l'attrait pour la solitude et les symptômes dépressifs serait expliqué par la présence de préoccupations perfectionnistes.

Les analyses menées ont également indiqué une médiation complète des préoccupations perfectionnistes dans le lien unissant l'inquiétude vis-à-vis la séparation (S, IVS) et la présence de symptômes dépressifs. À ce sujet, Beck (1983) rapporte que les individus sociotropes qui présentent des symptômes dépressifs auraient tendance à être très réactifs lorsqu'ils perdent une gratification de la part d'autrui. Cette hypothèse concorde avec une étude menée par Cikara et Girgus (2010) ayant démontré que l'absence de rétroaction avait un impact beaucoup plus négatif sur l'estime de soi des individus sociotropes comparativement à celle des non-sociotropes. Pour les personnes très dépendantes à la présence de l'autre et ayant une faible estime de soi (Blatt, 1974), la rétroaction serait peut-être le seul moyen d'obtenir une satisfaction liée à la performance et elle ne serait peut-être jamais suffisante dans un contexte où des exigences élevées sont présentes. Les individus qui présentent une inquiétude vis-à-vis la séparation deviennent donc vulnérables à la détresse et aux symptômes anxio-dépressifs lorsqu'ils sont confrontés à la perte de relations significatives. Besser, Guez et Priel (2008) rapportent également que les personnes plus dépendantes seraient préoccupées par la préservation des relations intimes et interpersonnelles harmonieuses et ne se sentiraient valorisées que par la présence d'autrui. Ainsi, ce mode de fonctionnement impliquerait peut-être des comportements perfectionnistes adoptés dans le but d'éviter les émotions négatives liées à la séparation. Dès lors, cet important besoin d'atteindre la perfection, motivé par une crainte de la perte, mettrait peut-être les individus ayant de nombreux traits dans l'IVS à risque de présenter des symptômes dépressifs.



Les analyses démontrent aussi la présence de médiations partielles des PP entre certaines sous-dimensions de la personnalité et la dépression. Notamment, il semblerait que la relation entre la valorisation de la liberté de mouvement et d'action (A, VLM) et les symptômes dépressifs soit en partie expliquée par la présence de préoccupations perfectionnistes. À cet effet, dans le contexte sociétal actuel, la recherche active de liberté et de mouvement excessive serait peut-être un facteur de risque au développement de symptômes dépressifs en raison du peu de réalisme lié à ce grand désir de liberté. En ce sens, il est possible que les personnes ayant de hauts niveaux dans la VLM et qui ont de fortes PP développent plus facilement un sentiment d'impuissance et des symptômes dépressifs lorsqu'ils vivent des contraintes dans leur environnement. Maintenant, la médiation partielle des PP pourrait aussi s'expliquer par le fait que la peur de l'erreur propre aux préoccupations perfectionnistes implique nécessairement un bris de liberté ou une perte de contrôle et pourrait ouvrir la porte à des symptômes dépressifs.

L'« importance accordée au regard d'autrui » (S, IRA), s'avère un prédicteur des symptômes dépressifs. Ces résultats indiquent qu'une hypersensibilité à la rétroaction d'autrui (regards, commentaires), engendrée par une insécurité ainsi qu'une faible estime de soi (Beck, 1983) serait peut-être présente chez ces individus. Alden et Bieling (1996) suggèrent que les individus sociotropes, comparativement aux non-sociotropes, auraient tendance à vivre davantage de rejet en raison de leur grand besoin d'attention ou de rétroaction. Une obsession envers le jugement d'autrui au détriment du plaisir vécu dans les activités quotidiennes pourrait générer un sentiment d'ennui et contribuer au

développement et au maintien des symptômes dépressifs. Par ailleurs, la présence de PP agirait à titre de médiateur partiel en expliquant une partie de la relation entre les symptômes dépressifs de l'IRA. Donc, plus une personne est préoccupée par la perception d'autrui, plus elle aurait tendance à avoir des préoccupations perfectionnistes et plus elle aurait des chances de présenter des symptômes dépressifs. Ceci est totalement cohérent avec l'idée que la crainte de l'erreur implique souvent celle de décevoir les proches (Hewitt & Flett, 1993).

Les résultats obtenus du côté de l'« attention envers autrui » (S, AEA) démontrent que cette sous-dimension agirait à titre de prédicteur significatif de la présence de symptômes dépressifs. De ce fait, il semblerait que la présence excessive de comportements entrepris dans le but de rechercher l'approbation ou d'éviter la désapprobation de l'autre (par exemple : des excuses excessives) soit liée à la présence de symptômes dépressifs. Ceci dit, il est possible que ce besoin important de réassurance vis-à-vis autrui devienne un poids pour les proches. Cette hypothèse est d'ailleurs congruente avec les résultats de plusieurs études (Alden & Bieling, 1996; Bieling & Alden, 1998; Mongrain, Vettese, Shuster & Kendal, 1998) ayant conclu que les individus sociotropes avaient tendance à expérimenter des difficultés interpersonnelles en raison de leur caractère plus dépendant. Par ailleurs, la présence de préoccupations perfectionnistes agirait à titre de médiateur partiel, en expliquant une partie du lien entre cette dimension de la personnalité et les niveaux des symptômes dépressifs. À cet effet, la présence de PP pourrait donc impliquer d'une part, une plus grande insécurité vis-à-vis autrui, ce qui

intensifierait les demandes de réassurance et d'autre part, une détresse plus importante lors d'échecs relationnels. La vulnérabilité aux symptômes dépressifs chez les individus ayant de nombreux traits associés à la sous-dimension « attention envers autrui » est donc maintenant plus évidente, et ce, particulièrement dans un contexte où des PP sont présentes. Les analyses factorielles effectuées ont d'ailleurs démontré un chevauchement entre les PP, l'IRA et l'AEA, nous indiquant que les échelles mesurant ces variables seraient des concepts associés, ces dernières se retrouvant sur le même facteur. Ces résultats issus d'une perspective statistique différente demeurent cohérents avec les médiations partielles ou complètes observées entre le PP, la sociotropie et la dépression. Ce résultat est d'autant plus intéressant puisque les items des PP ne font aucunement référence aux relations interpersonnelles. Ceci suggère que pour les participants, la peur de l'erreur ou la peur de ne pas atteindre la perfection est avant tout associée à la peur de décevoir l'autre et réfère à des motivations sociales plutôt qu'à des motivations introjectées (peur de se décevoir soi-même).

Cette étude présente quelques limites. Tout d'abord, la mesure utilisée présente des coefficients de cohérence interne plus faibles pour l'échelle d'autonomie, ce qui a pu influencer les résultats de cette recherche. Notamment, malgré le fait que l'étude ait démontré des relations entre les sous-dimensions de la personnalité et la dépression, les pourcentages de variance expliquée sont plus faibles que ce qui aurait pu être anticipé. Bieling et ses collègues (2004) ont d'ailleurs repensé et validé de nouveau le questionnaire des dimensions de la personnalité de Beck (SAS, 1983) et certaines divergences sont

observées avec la version francophone utilisée pour cette présente étude (Husky, Grondin et al., 2004). Des relations plus solides pourraient peut-être ressortir avec cette mesure. Ensuite, les analyses menées ne prennent pas en compte certaines variables confondantes pouvant influencer les résultats de l'étude. Entre autres, il est possible que le style d'attachement ou certains événements de vie vécus puissent avoir un lien avec les niveaux des symptômes dépressifs plus élevés chez certain(es) participant(es). Enfin, une représentation plus importante des hommes aurait pu donner un sens différent aux résultats, le nombre de participants masculins étant de 49 pour un échantillon de 254 individus. Ceci dit, cette étude, se voulant conservatrice, dresse un portrait intéressant des enjeux liés au perfectionnisme chez les individus plus sociotropes ou autonomes, expérimentant des degrés différents de symptômes dépressifs.

Cette recherche avait pour but de mettre en lien le rôle du perfectionnisme dans la relation entre certains traits de la personnalité et la symptomatologie dépressive. Au terme de l'étude, il est possible de conclure que les résultats obtenus sont cohérents avec ce qui était attendu. Plus précisément, ils indiquent que le lien entre les traits de personnalité considérés comme étant plus malsains et les symptômes dépressifs serait expliqué en partie par la présence de préoccupations perfectionnistes. Depuis plusieurs années, des auteurs cherchent à comprendre l'impact des besoins sociaux ou autonomes excessifs chez certains individus plus autonomes ou sociotropes (Beck, 1983; Bieling, Beck et al., 2004; O'Riley & Fiske, 2012). Il s'avère qu'un chevauchement est noté entre ces études et celles sur le perfectionnisme, ces dernières ayant indiqué que des préoccupations excessives

liées à l'atteinte de certains standards étaient liées à des conséquences négatives (Gaudreau & Thompson, 2010, Stoeber & Otto, 2006). Les résultats suggèrent même que dans notre échantillon de la population générale, la peur de l'erreur ou de ne pas atteindre la perfection serait naturellement associée aux besoins d'obtenir l'opinion d'autrui, de faire plaisir à l'autre et d'éviter de contrarier les proches. Ils soulignent du même coup l'importance du construit de perfectionnisme socialement prescrit (Hewitt & Flett, 1991) lors de l'analyse du lien entre le perfectionnisme et la détresse psychologique. Enfin, dans l'ensemble, il devient donc plus clair que le caractère excessif de certains besoins ou standards serait lié à des conséquences sur le fonctionnement psychologique. Cliniquement, cette étude propose différentes façons d'observer le perfectionnisme et son impact sur les symptômes dépressifs. Elle offre également divers moyens d'interventions pouvant être utilisés auprès des individus déprimés adoptant des comportements perfectionnistes malsains. Essentiellement, l'accent mis sur l'impact du perfectionnisme permet aux thérapeutes d'adresser à la fois certains enjeux liés à la personnalité (par exemple, le lien au passé) et les croyances perfectionnistes malsaines lors des traitements psychologiques.

Références

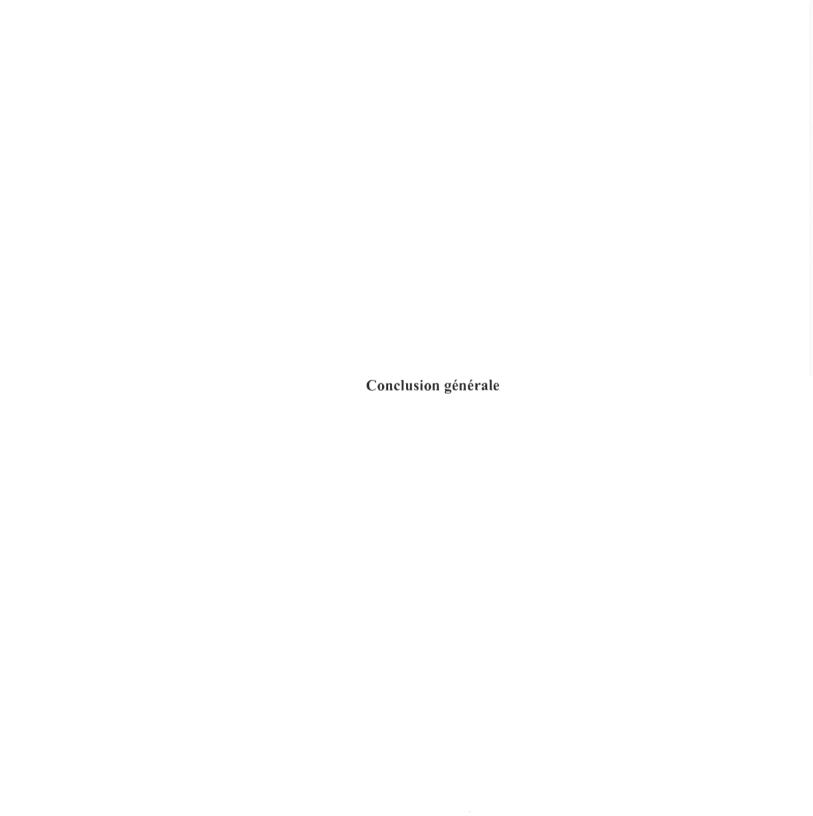
- Alden, L. E., & Bieling, P. J. (1996). Interpersonal convergence of personality constructs in dynamic and cognitive models of depression. *Journal of Research in Personality*, 30, 60-75.
- Alford, B. A., & Gerrity, D. M. (1995). The specificity of sociotropy-autonomy personality dimensions to depression vs. anxiety. *Journal of Clinical Psychology*, 51, 190-195.
- Antony, M. M., & Swinson, R. P. (2009). When perfect isn't good enough: Strategies for coping with perfectionism. New Harbinger Publications.
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of personality and social psychology*, 51, 1173-1182.
- Beck, A. T. (1983). Cognitive therapy of depression: New perspectives. Dans P.J. Clayton & J.E. Barret (Éds.), *Treatment of depression: Old controversies and new approaches* (Éds.). (pp. 265-290). New-York: Raven.
- Beck, A. T., Epstein, N., Harrison, R. P., & Emery, G. (1983). Development of the Sociotropy-Autonomy Scale: A measure of personality factors in psychopathology. Document inédit, University of Pennsylvania, Philadelphia.
- Besser, A., Guez, J., & Priel, B. (2008). The associations between self-criticism and dependency and incidental learning of interpersonal and achievement words. *Personality and Individual Differences*, 44, 1696-1710.
- Bieling, P. J., & Alden, L. E. (1998). Cognitive-interpersonal patterns in dysphoria: The impact of sociotropy and autonomy. *Cognitive Therapy and Research*, 22, 161-178.
- Bieling, P. J., Beck, A. T., & Brown, G. K. (2004). Stability and change of sociotropy and autonomy subscales in cognitive therapy of depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 18, 135-148.
- Bieling, P. J., Israeli, A. L., & Antony, M. M. (2004). Is perfectionism good, bad, or both? Examining models of the perfectionism construct. *Personality and Individual Differences*, 36, 1373-1385.
- Black, J., & Reynolds, W. M. (2013). Examining the relationship of perfectionism, depression, and optimism: Testing for mediation and moderation. *Personality and Individual Differences*, 54, 426-431.

- Blankstein, K. R., & Dunkley, D. M. (2002). Evaluative concerns, self-critical, and personal standards perfectionism: A structural equation modeling strategy. Dans G. L. Flett & P. L. Hewitt (Éds.), *Perfectionism: Theory, research, and treatment* (pp. 285-315). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Blankstein, K. R., Dunkley, D. M., & Wilson, J. (2008). Evaluative concerns and personal standards perfectionism: Self-esteem as a mediator and moderator of relations with personal and academic needs and estimated GPA. *Current Psychology*, 27, 29-61.
- Blatt, S. J. (1974). Levels of object representation in anaclitic and introjective depression. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 29, 107-157.
- Burns, D.D. (1980). The Perfectonist's script for self-defeat. Psychology Today. 34-52.
- Cikara, M., & Girgus, J. S. (2010). Unpacking social hypersensitivity: Vulnerability to the absence of positive feedback. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 36, 1409-1423.
- Douilliez, C., & Lefèvre, F. (2011). Interactive effect of perfectionism dimensions on depressive symptoms: A reply to. *Personality and Individual Differences*, 50, 1147-1151.
- Enns, M. W., Cox, B. J., Sareen, J., & Freeman, P. (2001). Adaptive and maladaptive perfectionism in medical students: a longitudinal investigation. *Medical Education*, 35, 1034-1042.
- Ferrari, M., Yap, K., Scott, N., Einstein, D. A., & Ciarrochi, J. (2018). Self-compassion moderates the perfectionism and depression link in both adolescence and adulthood. *PloS One*, 13, 19-22.
- Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C., & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Rresearch*, 14, 449-468.
- Gaudreau, P., & Thompson, A. (2010). Testing a 2 × 2 model of dispositional perfectionism. *Personality and Individual Differences*, 48, 532-537.
- Halmi, K. A., Tozzi, F., Thornton, L. M., Crow, S., Fichter, M. M., Kaplan, A. S., ... & Plotnicov, K. H. (2005). The relation among perfectionism, obsessive-compulsive personality disorder and obsessive-compulsive disorder in individuals with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 38, 371-374.
- Hamachek, D. E. (1978). Psychodynamics of normal and neurotic perfectionism. *Psychology: A Journal of Human Behavior*, 15, 27-33.

- Harvey, B., Milyavskaya, M., Hope, N., Powers, T. A., Saffran, M., & Koestner, R. (2015). Affect variation across days of the week: Influences of perfectionism and academic motivation. *Motivation and Emotion*, *39*, 521-530.
- Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (1991). Perfectionism in the self and social contexts: conceptualization, assessment, and association with psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 456-470.
- Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (1993). Dimensions of perfectionism, daily stress, and depression: a test of the specific vulnerability hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 58-65.
- Hottinger, G. L. (2017). Meta-Analyses of the Relationship Between Depression and Nine Dimensions of Perfectionism (Thèse de doctorat inédite). University of Denver, Denver, Colorado.
- Husky, M. M., Grondin, O. S., & Compagnone, P. D. (2004). Validation of the French translation of Beck's Sociotropy-Autonomy Scale. *Revue canadienne de psychiatrie*, 49, 851-858.
- Husky, M. M., Mazure, C. M., Maciejewski, P. K., & Swendsen, J. D. (2007). A daily life comparison of sociotropy-autonomy and hopelessness theories of depression. *Cognitive Therapy and Research*, 31, 659-676.
- Langlois, F., Rhéaume, J., & Gosselin, P. (2009). Le questionnaire de perfectionnisme révisé. Document inédit, Université du Québec à Trois-Rivières.
- Langlois, F., Vanasse-Larochelle, J-P., Aubé, W. & Roy, P. (Octobre, 2010). Confirmatory analysis of the Perfectionism Questionnaire (short form). Communication présentée à l'Annual convention of the European Association for the Advencement of Behavioral cognitive Therapy (EABCT), Milano, Italie.
- Levine, S. L., Werner, K. M., Capaldi, J. S., & Milyavskaya, M. (2017). Let's play the blame game: The distinct effects of personal standards and self-critical perfectionism on attributions of success and failure during goal pursuit. *Journal of Research in Personality*, 71, 57-66.
- 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, 1301-1326.
- Mongrain, M., Vettese, L. C., Shuster, B., & Kendal, N. (1998). Perceptual biases, affect, and behavior in the relationships of dependents and self-critics. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 230-241.

- O'Riley, A. A., & Fiske, A. (2012). Emphasis on autonomy and propensity for suicidal behavior in younger and older adults. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 42, 394-404.
- O'Keefe, V. M., Grant, D. M., Tucker, R. P., Lechner, W. V., Mills, A. C., Judah, M. R., & Wingate, L. R. (2016). Autonomy as a prospective predictor of perceived burdensomeness and thwarted belongingness through symptoms of depression. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 73, 70-86.
- Pacht, A. R. (1984). Reflections on perfection. American psychologist, 39, 386-390.
- Permuy, B., Merino, H., & Fernandez-Rey, J. (2010). Adult attachment styles and cognitive vulnerability to depression in a sample of undergraduate students: The mediational roles of sociotropy and autonomy. *International Journal of Psychology*, 45, 21-27.
- Preacher, K. J., & Hayes, A. F. (2004). SPSS and SAS procedures for estimating indirect effects in simple mediation models. *Behavior research methods, instruments, & computers*, 36, 717-731.
- Roberge, P., Doré, I., Menear, M., Chartrand, É., Ciampi, A., Duhoux, A., & Fournier, L. (2013). A psychometric evaluation of the French Canadian version of the Hospital Anxiety and Depression Scale in a large primary care population. *Journal of Affective Disorders*, 147, 171-179.
- Robins, C. J., Ladd, J., Welkowitz, J., Blaney, P. H., Diaz, R., & Kutcher, G. (1994). The Personal Style Inventory: Preliminary validation studies of new measures of sociotropy and autonomy. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 16, 277-300.
- Sato, T., & McCann, D. (2000). Sociotropy-autonomy and the Beck Depression Inventory. *European Journal of Psychological Assessment*, 16, 66-76.
- Sato, T., & McCann, D. (2007). Sociotropy–autonomy and interpersonal problems. *Depression and Anxiety*, 24, 153-162.
- Senra, C., Merino, H., & Ferreiro, F. (2018). Exploring the link between perfectionism and depressive symptoms: Contribution of rumination and defense styles. *Journal of Clinical Psychology*, 74, 1053-1066.
- Sherry, S. B., Richards, J. E., Sherry, D. L., & Stewart, S. H. (2014). Self-critical perfectionism is a vulnerability factor for depression but not anxiety: A 12-month, 3-wave longitudinal study. *Journal of Research in Personality*, 52, 1-5.

- Smith, M. M., Saklofske, D. H., Yan, G., & Sherry, S. B. (2017). Does perfectionism predict depression, anxiety, stress, and life satisfaction after controlling for neuroticism? A study of Canadian and Chinese undergraduates. *Journal of Individual Differences*, 38, 63-70.
- Stoeber, J., & Gaudreau, P. (2017). The advantages of partialling perfectionistic strivings and perfectionistic concerns: Critical issues and recommendations. *Personality and Individual Differences*, 104, 379-386.
- Stoeber, J., & Otto, K. (2006). Positive conceptions of perfectionism: Approaches, evidence, challenges. *Personality and Social Psychology Review*, 10, 295-319.
- Stoeber, J., Schneider, N., Hussain, R., & Matthews, K. (2014). Perfectionism and negative affect after repeated failure: Anxiety, depression, and anger. *Journal of Individual Differences*, 35, 87-94.
- Turgeon, M. E., Forget, J., & Senécal, C. (2011). Troubles des conduites alimentaires, dépression, estime de soi et perfectionnisme chez les enfants. *Pratiques psychologiques*, 17, 315-328.



Selon la littérature, le perfectionnisme est caractérisé par un facteur sain, la recherche de hauts standards et un facteur moins adapté, les préoccupations perfectionnistes (Blankstein et al., 2008; Gaudreau & Thompson; Hottinger, 2018). Bien qu'un consensus soit établi quant à sa conceptualisation en deux facteurs, les études publiées ne permettent pas de confirmer qu'il existe hors de tout doute une forme saine de perfectionnisme. La recherche de hauts standards n'est pas toujours associée à des variables saines du fonctionnement, c'est-à-dire qu'elle ne présente pas toujours des corrélations négatives avec la pathologie (Limburg et al., 2017; Stoeber & Otto, 2006). Par ailleurs, la recherche de hauts standards est souvent associée à la présence de préoccupations perfectionnistes et se présente rarement seule (Gaudreau & Thompson, 2010; Limburg, Watson et al., 2017). Déjà, ces constatations remettent en cause son caractère sain. Cette présente étude visait principalement à faire avancer les connaissances sur le perfectionnisme, notamment sur ses manifestations saines et malsaines, en l'associant à des caractéristiques stables de la personnalité observées dans la symptomatologie dépressive.

Au terme de cette étude, nous pouvons déjà souligner ses retombées sur le débat portant sur la nature saine ou malsaine du perfectionnisme. Les résultats suggèrent bien que le perfectionnisme aurait un rôle déterminant à jouer dans la symptomatologie dépressive au sein de la population générale. Cette recherche met en évidence une fois de

plus que ce sont les préoccupations perfectionnistes qui présentent une relation significative avec la symptomatologie dépressive. Cependant, il y aurait absence de relation avec la recherche de hauts standards lorsque la variance des PP est contrôlée. Pour statuer sur la nature saine du perfectionnisme, il aurait fallu démontrer un lien négatif entre les symptômes dépressifs et la recherche de hauts standards. Cette recherche favorise donc l'avancement des connaissances sur les conceptualisations possibles du perfectionnisme et sur ses attributs sains et malsains. Au-delà de cet avancement, cette étude a l'avantage d'intégrer le perfectionnisme dans un modèle qui unit certains traits de la personnalité liés aux symptômes dépressifs.

Cette recherche présente un modèle de médiation favorisant la compréhension de la théorie introduite par Beck (1983). Plus précisément, elle intègre le perfectionnisme à titre de variable médiatrice dans la relation entre les dimensions de la personnalité (autonomie et sociotropie) et la symptomatologie dépressive. À ce jour, aucune étude n'avait tenté de tester le rôle que pouvait jouer le perfectionnisme dans la théorie clinique de la sociotropie/autonomie élaborée par Beck (1983). D'ailleurs, les résultats de cette étude indiquent la possibilité d'un chevauchement entre la théorie de Beck (1983) et celle du perfectionnisme, indiquant que des besoins et attentes excessives de performance rendraient les participants plus vulnérables à l'expérience de symptômes dépressifs. Les analyses de médiation ont indiqué que la relation entre les traits de personnalité considérés comme étant plus malsains et les symptômes dépressifs était médiée par le biais des préoccupations perfectionnistes. Ainsi, au terme de cette étude, les résultats semblent

suggérer que les préoccupations perfectionnistes expliqueraient une partie significative de la relation établie à maintes reprises entre l'autonomie et les symptômes dépressifs et entre la sociotropie et les symptômes dépressifs (Alford & Gerrity, 1995; Bieling et al., 2004; Husky et al., 2007; O'Keefe et al., 2016; Permuy et al., 2009).

Les diverses stratégies d'analyse utilisées dans cette recherche permettent de comprendre et d'analyser le chevauchement théorique observé entre les concepts étudiés. D'une part, les analyses factorielles présentées ont indiqué que bien que les items de l'échelle des PP ne font pas référence à des inquiétudes interpersonnelles, ces derniers se retrouvent dans un même facteur avec l'« attention envers autrui » et l'« importance accordée au regard d'autrui ». Cette constatation est majeure en ce sens où elle favorise la compréhension des enjeux psychologiques liés aux préoccupations perfectionnistes et confirme que ces dernières seraient en lien avec une crainte de décevoir autrui. D'autre part, les analyses factorielles ont permis de confirmer de nouveau (Langlois, Vanasse-Larochelle, Roy & Aubé, 2010) que la RHS et les PP seraient des concepts distincts et que la RHS serait liée à des motivations plus autodéterminées comparativement aux PP, qui impliqueraient naturellement des motivations sociales.

Par ailleurs, cette recherche a l'avantage d'analyser les sous-dimensions de la personnalité de façon distincte, ce qui a permis de dresser des profils perfectionnistes différents chez les individus plus autonomes ou soctriopes. Le besoin de contrôle et d'autosuffisance dans l'autonomie et l'importance accordée à la gratification d'autrui dans

la sociotropie se sont avérés dominants lors de l'analyse clinique de nos résultats. Ces caractéristiques font partie intégrante de la définition que Beck (1983) donne aux deux dimensions de la personnalité et elles s'observent également chez des individus présentant des préoccupations perfectionnistes (Blankstein, Dunkley et al., 2008; Langlois, Rhéaume et al., 2010; Stoeber & Otto, 2006). Les résultats nous indiquent donc que le facteur de préoccupations perfectionnistes pourrait jouer un rôle en regard de la vulnérabilité aux symptômes dépressifs chez les individus autonomes/sociotropes. À tout le moins, on pourrait émettre l'hypothèse que le perfectionnisme est perçu comme étant une stratégie afin de répondre aux besoins qui sont sous-jacents à la personnalité autonome et sociotrope. Cependant, cette stratégie, appliquée de façon rigide, pourrait devenir la source de problématiques importantes, comme le développement de symptômes dépressifs.

Au-delà de ce chevauchement, cette étude démontre que la recherche de hauts standards et les préoccupations perfectionnistes se démarqueraient davantage dans certaines des sous-dimensions de la personnalité. D'ailleurs, la recherche de hauts standards était significativement liée au seul trait de la personnalité considéré comme étant adapté, soit la réalisation d'objectifs et l'indépendance. Comme l'indique l'échelle de sociotropie et d'autonomie (Husky et al, 2004), cette sous-dimension impliquerait des motivations saines à la réalisation d'objectifs, comme le besoin d'accomplissement personnel. Ces conclusions pourraient favoriser les traitements psychologiques auprès des individus présentant des traits de la personnalité plus autonome ou sociotrope, en ciblant

et en adressant les comportements perfectionnistes malsains et en valorisant des comportements perfectionnistes motivés intrinsèquement.

Cette étude, avec ses trois variables principales, stimule des cibles d'interventions pour les thérapeutes œuvrant auprès des individus présentant des symptômes dépressifs. Elle suggère également d'adresser les traits de personnalité ancrés depuis l'enfance lors du traitement thérapeutique. Freud, en 1926 (publié en 1959) suggérait déjà que l'origine des exigences élevées serait en lien avec le développement d'un surmoi punitif pendant l'enfance. De plus, d'autres auteurs suggèrent que le perfectionnisme se développe tôt, ces derniers intégrant les exigences personnelles élevées dans leurs modèles (Blatt, 2004; Young, Weishaar & Klosko, 2017). Dès lors, l'exploration des particularités liées au développement précoce des tendances perfectionnistes chez des individus déprimés (profil sociotrope ou autonome) permettrait de les comprendre davantage et d'intervenir de façon plus efficace.

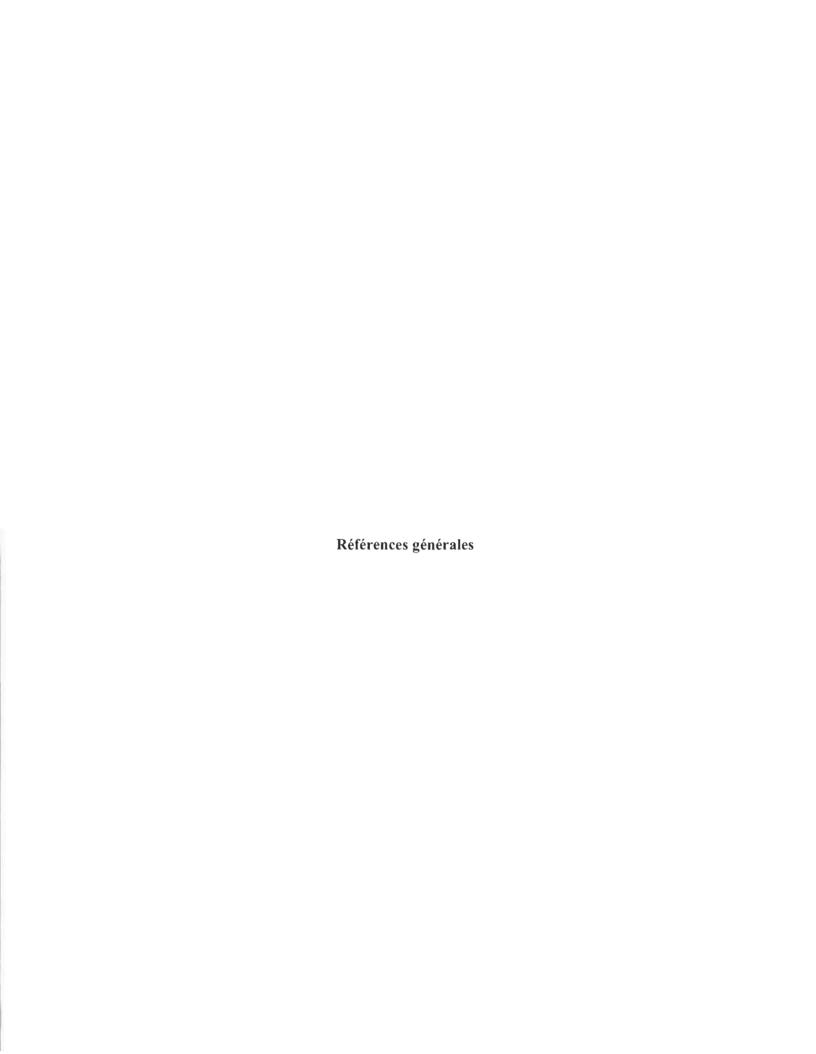
À la lumière des résultats de cette étude, il pourrait être pertinent pour les intervenants qui travaillent auprès d'individus perfectionnistes de mesurer les traits de personnalité selon Beck (1983) et la tendance aux préoccupations perfectionnistes lors des évaluations psychologiques. Cela favoriserait une meilleure compréhension du profil de chaque individu. Ceci pourrait ouvrir la porte à des interventions à plusieurs niveaux, soit sur les enjeux liés à la personnalité et sur les croyances générant les comportements

perfectionnistes. Ces multiples cibles pourraient favoriser le traitement et prévenir les rechutes chez la clientèle dépressive.

Cette étude, ayant été menée dans une population générale à l'aide d'un devis corrélationnel et transversal, donne une première impression du rôle majeur que peut avoir le facteur des préoccupations perfectionnistes dans la relation entre les traits de personnalité et les symptômes dépressifs. Il serait pertinent d'observer ce rôle à l'intérieur d'un devis expérimental intégrant des interventions thérapeutiques axées sur les préoccupations perfectionnistes. Ce type d'étude répondrait aux questionnements suivants : la diminution des préoccupations perfectionnistes favorise-t-elle un meilleur fonctionnement psychologique dans un contexte d'autonomie ou de sociotropie ? Également, la diminution des préoccupations perfectionnistes implique-t-elle aussi la diminution des traits de personnalité plus malsains dans la sociotropie ou l'autonomie ? Faut-il tenter seulement de diminuer la tendance aux préoccupations perfectionnistes ou tenter d'augmenter la recherche de hauts standards ? Les réponses à ces questions permettraient entre autres de confirmer ou d'infirmer le chevauchement empirique observé entre les concepts introduits par Beck (1983) et les théories sur le perfectionnisme.

De façon globale, cette étude avait pour but d'adresser le rôle du perfectionnisme à l'intérieur du modèle de vulnérabilité à la dépression de Beck (1983). Certains questionnements ont été répondus alors que d'autres se sont ajoutés au courant de l'étude et méritent encore une réflexion plus approfondie. Cela dit, des recherches empiriques sur

le perfectionnisme continuent d'être publiées chaque année, particulièrement en raison de son lien évident avec la psychopathologie (Curran & Hill, 2019). Le débat n'est toujours pas clos, c'est-à-dire que l'on continue toujours de se questionner sur son rôle plus sain ou malsain. Ceci dit, ce débat intéressant favorise la compréhension du lien entre le perfectionnisme et le fonctionnement psychologique.



- Alford, B. A., & Gerrity, D. M. (1995). The specificity of sociotropy-autonomy personality dimensions to depression vs. anxiety. *Journal of Clinical Psychology*, 51, 190-195.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5e éd.). Washigton, DC: Auteur.
- Arieti, S., & Bemporad, J. R. (1980). The psychological organization of depression. *The American Journal of Psychiatry*, 11, 1360-1365.
- Beck, A. T. (1983). Cognitive therapy of depression: New perspectives. Dans P.J. Clayton & J.E. Barret (Éds.), *Treatment of depression: Old controversies and new approaches* (Éd.). (pp. 265-290). New-York: Raven.
- Beck, A. T., Epstein, N., Harrison, R. P., & Emery, G. (1983). Development of the Sociotropy-Autonomy Scale: A measure of personality factors in psychopathology. Document inédit, University of Pennsylvania, Philadelphia.
- Beck, A.T. (1976). Cognitive therapy and the emotional disorders. New York: New American Library.
- Bieling, P. J., Beck, A. T., & Brown, G. K. (2000). The sociotropy–autonomy scale: Structure and implications. *Cognitive Therapy and Research*, 24, 763-780.
- Bieling, P. J., Beck, A. T., & Brown, G. K. (2004). Stability and change of sociotropy and autonomy subscales in cognitive therapy of depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 18, 135-148.
- Bieling, P. J., Israeli, A. L., & 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, 163-178.

- Bieling, P. J., Summerfeldt, L. J., Israeli, A. L., & Antony, M. M. (2004). Perfectionism as an explanatory construct in comorbidity of axis I disorders. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 193-201.
- Blankstein, K. R., Dunkley, D. M., & Wilson, J. (2008). Evaluative concerns and personal standards perfectionism: Self-esteem as a mediator and moderator of relations with personal and academic needs and estimated GPA. *Current Psychology*, 27, 29-61.
- Blatt, S. J. (1974). Levels of object representation in anaclitic and introjective depression. *The psychoanalytic study of the child*, 29, 107-157.
- Blatt, S. J. (1995). The destructiveness of perfectionism: Implications for the treatment of depression. *American psychologist*, *50*, 1003-1020.
- Blatt, S. J. (2004). Experiences of depression: Theoretical, clinical, and research perspectives. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Bowlby, J. (1973). Separation: Anxiety and Anger: Attachment and Lose. 2. Institute of Psycho-analysis. Hogarth Press. London, England.
- Brown, G. P., & Beck, A. T. (2002). Dysfunctional attitudes, perfectionism, and models of vulnerability to depression. Dans G. L. Flett & P. L. Hewitt (Éds.), *Perfectionism: Theory, research, and treatment* (pp. 231-251). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Burns, D. D. (1980, November). The perfectionist's script for self-defeat. *Psychology Today*, pp. 34–51.
- Campbell, J. D., & Paula, A. D. (2002). Perfectionistic self-beliefs: Their relation to personality and goal pursuit. Dans G. L. Flett & P. L. Hewitt (Éds.), *Perfectionism: Theory, research, and treatment* (pp. 181-198). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Cikara, M., & Girgus, J. S. (2010). Unpacking social hypersensitivity: Vulnerability to the absence of positive feedback. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *36*, 1409-1423.
- Cossette, A. (2016). Validation d'un questionnaire mesurant les motivations sousjacentes au perfectionnisme (Thèse de doctorat inédite). Université du Québec à Trois-Rivières, Trois-Rivières, QC.
- Dixon, F. A., Lapsley, D. K., & Hanchon, T. A. (2004). An empirical typology of perfectionism in gifted adolescents. *Gifted Child Quarterly*, 48, 95-106.

- Dondé, C., Moirand, R., & Carre, A. (2018). L'activation comportementale: un outil simple et efficace dans le traitement de la dépression. *L'Encéphale*, 44, 59-66.
- Douilliez, C., & Lefèvre, F. (2011). Interactive effect of perfectionism dimensions on depressive symptoms: A reply to *Personality and Individual Differences*, 50, 1147-1151.
- 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.
- Enns, M. W., Cox, B. J., Sareen, J., & Freeman, P. (2001). Adaptive and maladaptive perfectionism in medical students: a longitudinal investigation. *Medical Education*, 35, 1034-1042.
- Flett, G. L., Hewitt, P. L., Blankstein, K. R., & Pickering, D. (1998). Perfectionism in relation to attributions for success or failure. *Current Psychology*, 17(2-3), 249-262.
- Freud, S. (1959). Inhibitions, symptoms and anxiety. Dans J. Strachey (Éd. et Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 20, pp. 77-175). London: Hogarth Press. (Ouvrage original publié en 1926).
- Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C., & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 449-468.
- Gaudreau, P., & Thompson, A. (2010). Testing a 2× 2 model of dispositional perfectionism. *Personality and Individual Differences*, 48, 532-537.
- Gnilka, P. B., Broda, M. D., & Spit for Science Working Group. (2019). Multidimensional perfectionism, depression, and anxiety: Tests of a social support mediation model. *Personality and Individual Differences*, 139, 295-300.
- Graham, A. R., Sherry, S. B., Stewart, S. H., Sherry, D. L., McGrath, D. S., Fossum, K. M., & Allen, S. L. (2010). The existential model of perfectionism and depressive symptoms: A short-term, four-wave longitudinal study. *Journal of Counseling Psychology*, 57, 423-438.
- Hamachek, D. E. (1978). Psychodynamics of normal and neurotic perfectionism. *Psychology : A Journal of Human Behavior*, 15, 27-33.

- Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (1991a). Perfectionism in the self and social contexts: conceptualization, assessment, and association with psychopathology. *Journal of personality and social psychology*, 60, 456-470.
- Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (1991b). Dimensions of perfectionism in unipolar depression. *Journal of abnormal psychology*, 100, 98-101.
- Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (1993). Dimensions of perfectionism, daily stress, and depression: a test of the specific vulnerability hypothesis. *Journal of abnormal psychology*, 102, 58-65.
- Hill, A. P., & Curran, T. (2016). Multidimensional perfectionism and burnout: A metaanalysis. *Personality and Social Psychology Review*, 20, 269-288.
- Hollender, M. H. (1965). Perfectionism. Comprehensive psychiatry, 6, 94-103.
- Hottinger, G. L. (2017). *Meta-Analyses of the Relationship Between Depression and Nine Dimensions of Perfectionism* (Thèse de doctorat inédite). University of Denver, Denver, Colorado.
- Husky, M. M., Grondin, O. S., & Compagnone, P. D. (2004). Validation of the French translation of Beck's Sociotropy-Autonomy Scale. *Revue canadienne de psychiatrie*, 49, 851-858.
- Husky, M. M., Grondin, O. S., & Compagnone, P. D. (2004). Validation of the French translation of Beck's Sociotropy-Autonomy Scale. *Revue canadienne de psychiatrie*, 49, 851-858.
- Husky, M. M., Mazure, C. M., Maciejewski, P. K., & Swendsen, J. D. (2007). A daily life comparison of sociotropy-autonomy and hopelessness theories of depression. *Cognitive Therapy and Research*, 31, 659-676.
- Langlois, F., Rhéaume, J., & Gosselin, P. (2009). Le questionnaire de perfectionnisme révisé. Document inédit, Université du Québec à Trois-Rivières.
- Langlois, F., Vanasse-Larochelle, J-P., Aubé, W. & Roy, P. (Octobre, 2010). Confirmatory analysis of the Perfectionism Questionnaire (short form). Communication présentée à l'Annual convention of the European Association for the Advencement of Behavioral cognitive Therapy (EABCT), Milano, Italie.
- Levine, S. L., & Milyavskaya, M. (2018). Domain-specific perfectionism: An examination of perfectionism beyond the trait-level and its link to well-being. *Journal of Research in Personality*, 74, 56-65.

- 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, 1301-1326.
- Loas, G., Verrier, A., Gayant, C., Dhee-Perot, P. (1998). Étude de validation de la version française de l'inventaire révisé de style personnel. *L'Encéphale*. 24, 9-33.
- Miller, W. R., & Seligman, M. E. (1975). Depression and learned helplessness in man. *Journal of Abnormal Psychology*, 84, 228-238.
- Miquelon, P., & Vallerand, R. J. (2008). Goal motives, well-being, and physical health: An integrative model. *Psychologie canadienne*, 49, 241-249.
- Mongrain, M., Vettese, L. C., Shuster, B., & Kendal, N. (1998). Perceptual biases, affect, and behavior in the relationships of dependents and self-critics. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 230-241.
- Moy, R.D. (2009). *Mental Depression: Forms, Causes and Treatment*. New-York: Nova Science Publishers, Inc.
- O'Keefe, V. M., Grant, D. M., Tucker, R. P., Lechner, W. V., Mills, A. C., Judah, M. R., & Wingate, L. R. (2016). Autonomy as a prospective predictor of perceived burdensomeness and thwarted belongingness through symptoms of depression. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 73, 70-86.
- O'Riley, A. A., & Fiske, A. (2012). Emphasis on autonomy and propensity for suicidal behavior in younger and older adults. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 42, 394-404.
- Otani, K., Suzuki, A., Matsumoto, Y., & Shirata, T. (2018). Marked differences in core beliefs about self and others, between sociotropy and autonomy: personality vulnerabilities in the cognitive model of depression. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 14, 863-866.
- Pacht, A. R. (1984). Reflections on perfection. American psychologist, 39, 386-390.
- Permuy, B., Merino, H., & Fernandez-Rey, J. (2010). Adult attachment styles and cognitive vulnerability to depression in a sample of undergraduate students: The mediational roles of sociotropy and autonomy. *International Journal of Psychology*, 45, 21-27.
- Rice, K. G., Ashby, J. S., & Slaney, R. B. (1998). Self-esteem as a mediator between perfectionism and depression: A structural equations analysis. *Journal of counseling psychology*, 45, 304-314.

- Rice, K. G., Bair, C. J., Castro, J. R., Cohen, B. N., & Hood, C. A. (2003). Meanings of perfectionism: A quantitative and qualitative analysis. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 17, 39-58.
- Rivière, J., & Douilliez, C. (2017). Perfectionism, rumination, and gender are related to symptoms of eating disorders: A moderated mediation model. *Personality and individual differences*, 116, 63-68.
- Robins, C. J., Ladd, J., Welkowitz, J., Blaney, P. H., Diaz, R., & Kutcher, G. (1994). The Personal Style Inventory: Preliminary validation studies of new measures of sociotropy and autonomy. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 16, 277-300.
- Sato, T., & McCann, D. (2000). Sociotropy—autonomy and the Beck Depression Inventory. European Journal of Psychological Assessment, 16, 66-76.
- Smith, M. M., Sherry, S. B., Chen, S., Saklofske, D. H., Mushquash, C., Flett, G. L., & Hewitt, P. L. (2018). The perniciousness of perfectionism: A meta-analytic review of the perfectionism—suicide relationship. *Journal of Personality*, 86, 522-542.
- Smith, M. M., Sherry, S. B., Gautreau, C. M., Stewart, S. H., Saklofske, D. H., & Mushquash, A. R. (2017). Are perfectionistic concerns an antecedent of or a consequence of binge eating, or both? A short-term four-wave longitudinal study of undergraduate women. *Eating behaviors*, 26, 23-26.
- Smith, M. M., Sherry, S. B., Mushquash, A. R., Saklofske, D. H., Gautreau, C. M., & Nealis, L. J. (2017). Perfectionism erodes social self-esteem and generates depressive symptoms: Studying mother-daughter dyads using a daily diary design with longitudinal follow-up. *Journal of Research in Personality*, 71, 72-79.
- Smith, M. M., Sherry, S. B., Rnic, K., Saklofske, D. H., Enns, M., & Gralnick, T. (2016). Are perfectionism dimensions vulnerability factors for depressive symptoms after controlling for neuroticism? A meta-analysis of 10 longitudinal studies. *European Journal of Personality*, 30, 201-212.
- Satistique Canada. (2012). Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : volet santé mentale. Repéré à : https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/statistiques-donnees-sante-bien-etre/statistiques-de-sante-et-de-bien-etre-selon-le-sexe-volet-national/depression-majeure-manie-et-trouble-de-l-humeur/.
- Stoeber, J., & Childs, J. H. (2010). The assessment of self-oriented and socially prescribed perfectionism: Subscales make a difference. *Journal of personality assessment*, 92, 577-585.

- Stoeber, J., & Otto, K. (2006). Positive conceptions of perfectionism: Approaches, evidence, challenges. *Personality and social psychology review*, 10, 295-319.
- Stumpf, H., & Parker, W. D. (2000). A hierarchical structural analysis of perfectionism and its relation to other personality characteristics. *Personality and Individual differences*, 28, 837-852.
- Suh, H., Gnilka, P. B., & Rice, K. G. (2017). Perfectionism and well-being: A positive psychology framework. *Personality and Individual Differences*, 111, 25-30.
- Terry-Short, L. A., Owens, R. G., Slade, P. D., & Dewey, M. E. (1995). Positive and negative perfectionism. *Personality and individual differences*, 18, 663-668.
- Wheeler, H. A., Blankstein, K. R., Antony, M. M., McCabe, R. E., & Bieling, P. J. (2011). Perfectionism in anxiety and depression: Comparisons across disorders, relations with symptom severity, and role of comorbidity. *International Journal of Cognitive Therapy*, 4, 66-91.
- Wortman, C.B. & Brehm, J.W. (1975). Response to uncontrollable outcomes: An integration of reactance theory and the learned helplessness model. Dans *Advances in experimental social psychology*, L. Berkowitz, (Éd.). Vol. 8. New York: Academic Press.
- Young, J. E., Weishaar, M. E., & Klosko, J. S. (2017). La thérapie des schémas : approche cognitive des troubles de la personnalité. De Boeck Supérieur.

Apprendice A
Formulaire d'information et consentement

LETTRE D'INFORMATION ET CONSENTEMENT

Le perfectionnisme comme variable médiatrice entre la symptomatologie dépressive et les personnalités autonome-sociotrope

Anne-Marie Cotnoir-Lacroix Département de psychologie Programme de doctorat continuum en psychologie clinique sous la direction de Frédéric Langlois

Votre participation à la recherche, qui vise à mieux comprendre le rôle du perfectionnisme dans le lien entre la symptomatologie dépressive et les traits de personnalité, serait grandement appréciée.

Objectifs

L'objectif de ce projet de recherche est de comprendre le rôle que joue le perfectionnisme dans la relation existant entre la symptomatologie dépressive et certains traits de personnalité. Cette étude est proposée à la population en générale, peu importe l'intensité de ses symptômes (très faibles, modérés, sévères).

Le but de cette lettre d'information est de vous aider à comprendre exactement ce qu'implique votre éventuelle participation à la recherche de sorte que vous puissiez prendre une décision éclairée à ce sujet. Prenez donc le temps de la lire attentivement et n'hésitez pas à nous contacter pour poser toute question que vous jugerez utiles.

Tâche

Votre participation à ce projet de recherche consiste à remplir quelques questionnaires sur le perfectionnisme, les motivations, la personnalité et les stresseurs. Le tout devrait demander jusqu'à 45 minutes. La majorité des questions sont de nature personnelle et consistent en une réponse brève, généralement des choix de réponse où vous devez choisir l'option qui vous représente le mieux.

Risques, inconvénients, inconforts

Aucun risque n'est associé à votre participation. Le temps consacré au projet, soit environ 45 minutes, demeure le seul inconvénient direct.

Toutefois, il est possible que certaines questions vous amènent à vouloir en savoir plus sur votre état de santé. Si vous avez des questions ou ressentez le besoin de discuter de ce que vous avez ressentis, n'hésitez pas à joindre la chercheuse principale, Madame Anne-Marie Cotnoir-Lacroix, au 819-376-5011, poste 4021, qui pourra vous donner des références appropriées.

Bénéfices

La contribution à l'avancement des connaissances au sujet du rôle du perfectionnisme dans le lien entre la symptomatologie dépressive et les traits de personnalité est le seul bénéfice direct prévu à votre participation.

Confidentialité

Les données recueillies par cette étude sont entièrement confidentielles et ne pourront en aucun cas mener à votre identification. Il est entendu que le site web Survey Monkey utilisé pour la passation du questionnaire supprimera toute information pouvant vous identifier, incluant votre adresse IP. Les résultats de la recherche, qui seront diffusés sous forme de travaux de recherche et par diverses présentations ne permettront pas d'identifier les participants. Les données accumulées seront détruites 5 ans après la fin de l'étude.

Les données recueillies seront conservées sous clé dans le laboratoire sur l'anxiété et de perfectionnisme de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Les seules personnes qui y auront accès seront l'équipe de recherche. Toutes ces personnes ont signé un engagement à la confidentialité. Les données seront détruites et ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent document.

Participation volontaire

Votre participation à cette étude se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non, de refuser de répondre à certaines questions ou de vous retirer en tout temps sans préjudice et sans avoir à fournir d'explications. Si vous décidez de cesser votre participation, vous n'avez qu'à fermer la fenêtre web et les informations recueillies seront détruites.

Remerciement

Votre collaboration est précieuse. Nous l'apprécions et vous en remercions.

Responsable de la recherche

Pour obtenir de plus amples renseignements ou pour toute question concernant ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec Madame Anne-Marie Cotnoir-Lacroix, au 819-376-5011, poste 4021.

Question ou plainte concernant l'éthique de la recherche

Cette recherche est approuvée par le comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières et un certificat portant le numéro CER-16-228-07.12 a été émis le 7 décembre 2016.

Pour toute question ou plainte d'ordre éthique concernant cette recherche, vous devez communiquer avec la secrétaire du comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières, par téléphone (819) 376-5011, poste 2129 ou par courrier électronique <u>CEREH@uqtr.ca</u>.

Je confirme avoir compris en quoi consistait ma participation à l'étude sur le rôle du perfectionnisme dans le lien entre la dépression et la personnalité. J'ai bien saisi les conditions, les risques et les bienfaits éventuels de ma participation. J'ai disposé de suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision de participer ou non à cette recherche. Je comprends que ma participation est entièrement volontaire et que je peux décider de me retirer en tout temps, sans aucun préjudice.

En cliquant sur le bouton de participation, vous indiquez

- avoir lu l'information
- être d'accord pour participer

Oui, j'accepte de participer

Appendice BQuestionnaire sur le perfectionnisme revisé (QP-R)

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 tous à fait
1.	J'essaie de toujours bien réussir toutes les choses que j'entreprends.	t	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 considérent que j'ai réussi, en demiére analyse, ce sont mes propres critéres 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 considérent 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 énoncès suivants vous décrit bien.

		Ne me décrit pas du tout	Me décin 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 geut pas être mieux.	f	2	3	4	5
9.	Mes tendances perfectionnistes m'aménent à douter de mes performances	t	2	3	4	5
10.	Je me sens inconfortable tant que les choses ne sont pas parfaites	†	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 (orsque j'échoue partiellement, j'ai tendance à m'en voutoir autant que si j'avais tout raté.	1	2	3	4	5
13.	J'ai tendiance à conclure facilement que tout est mai dés 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 $\vec{\rho}$ ai l'impression que tout est parlait.	Ť	2	3	4	5
16.	Si une imperfection m'a échappé, tout devient gáché par celle-ci.	5	2	3	4	5
17.	Peu importe combien j'en fais, ce n'est jamais assez pour moi.	t	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 l'essais de viser un peu moins haut, j'ai peur de fournir un rendement de deuxième classe.	Š	2	3	4	5

Appendice C Échelle de sociotropie et d'autonomie

ÉCHELLE DESOCIOTROPIE-AUTONOMIE

Indiquez le pourcentage de temps durant lequel chaque affirmation s'applique à vous en utilisant l'échelle de fréquence à droite des énoncés.

0 % 25 % 50 % 75 % 100%

- 1. J'ai le sentiment qu'il faut que je sois gentil(le) avec Ies autres.
- 2. II est important pour moi d'être Iibre et indépendant(e).
- 3. Il est plus important pour moi de savoir que j'ai fait du bon travail plutôt que de le faire savoir aux autres
- 4. Être capable de partager des expériences avec d'autres personnes les rend beaucoup plus appréciables pour moi.
- 5. J'ai peur de faire de la peine aux autres.
- 6. Cela me dérange lorsque les gens essaient de diriger ma conduite ou mes activités.
- 7. J'ai du mal à dire « non » aux autres.
- 8. Je suis malheureux(se) lorsque je n'ai pas d'activité sociale prévue pour le week-end.
- 9. II m'importe plus d'être un individu unique que d'être membre d'un groupe.
- 10. Quand je me sens malade, j'aime qu'on me laisse seul(e).
- 11. Je crains que si les personnes connaissaient mes défauts et mes faiblesses, elles ne m'aimeraient pas.
- 12. Si je pense avoir raison à propos de quelque chose, cela ne me dérange pas de m'exprimer même si les autres n'aiment pas ça.
- 13. Quand je rends visite à des gens, je ne tiens pas en place quand je dois rester assis(e) à discuter, je préférerais me lever et faire quelque chose.
- 14. Il est plus important de réaliser des objectifs personnels sur une tâche plutôt que ceux de quelqu'un d'autre.
- 15. Je fais des choses qui ne sont pas dans mon intérêt pour faire plaisir aux autres.
- 16. J'aime faire de longues ballades tout(e) seul(e).

- 17. Je préfère que les autres m'apprécient plutôt que réaliser des projets importants.
- 18. Cela me mettrait mal à l'aise de dîner seul(e) au restaurant.
- 19. Je n'apprécie pas ce que je fais quand je ne sens pas que quelqu'un dans ma vie se préoccupe vraiment de moi.
- 20. Je ne suis pas influencé(e) par les autres dans ce que je décide de faire
- 21. C'est très important que je me sente libre de faire ce que je veux quand je veux.
- 22. J'accorde plus de valeur à mes accomplissements dans le travail qu'à me faire des amis.
- 23. Je trouve qu'il est important de contrôler mes émotions.
- 24. Je suis gêné(e) si je ne suis pas certain(e) du comportement qu'on attend de moi en présence d'autres personnes.
- 25. Je suis plus à l'aise pour aider les autres que pour recevoir de l'aide.
- 26. Cela ne m'amuserait pas beaucoup de voyager seul(e) dans un endroit nouveau.
- 27. Si un(e) ami(e) ne m'a pas appelé(e) depuis un moment, je m'inquiète à l'idée qu'il ou elle m'ait oublié(e).
- 28. C'est plus important d'être actif(ve) et de faire des choses plutôt que d'avoir des relations étroites avec d'autres personnes.
- 29. Je me sens mal à l'aise aux côtés d'une personne qui ne m'apprécie pas vraiment.
- 30. Si un objectif est important pour moi, je vais le poursuivre même si cela peut gêner d'autres personnes.
- 31. Je trouve difficile d'être séparé(e) des gens que j'aime.
- 32. Quand j'atteins un objectif, j'éprouve plus de satisfaction du fait d'avoir atteint ce but que dans les louanges que je pourrais en avoir.
- 33. Je fais attention à ce que je dis car je suis soucieux(se) de la désapprobation ou du désaccord d'autrui.
- 34. Je me sens seul(e) quand je suis seul(e) chez moi le soir.
- 35. Je me surprends souvent de penser à mes amis ou à ma famille.
- 36. Je préfère organiser les choses moi-même pour ne pas être controlé(e) par les autres.
- 37. Je peux être à l'aise seul(e) toute la journée sans ressentir le besoin d'avoir quelqu'un auprès de moi.

- 38. Si quelqu'un critique mon apparence, je sens que je ne suis attirant(e) pour personne.
- 39. C'est plus important de mener à bien un travail plutôt que de s'inquiéter des réactions d'autrui.
- 40. J'aime passer mon temps libre avec les autres.
- 41. Je n'aime pas répondre à des questions personnelles car je les ressens comme une intrusion dans ma vie privée.
- 42. Quand j'ai un problème, j'aime partir seul(e) pour y réfléchir et le résoudre plutôt que d'être influencé(e) par les autres.
- 43. Dans les relations, les personnes exigent souvent trop les unes des autres.
- 44. Je suis mal à l'aise quand je n'arrive pas à déterminer si une personne que j'ai rencontrée m'aime bien ou pas.
- 45. Je fixe mes propres critères et objectifs, plutôt que d'accepter ceux des autres personnes.
- 46. Je m'excuse plus qu'il ne le faut auprès des gens.
- 47. C'est important pour moi d'être apprécié(e) et approuvé(e) par les autres.
- 48. J'apprécie plus d'accomplir des choses que d'en être récompensé(e).
- 49. Avoir des liens étroits avec les autres personnes me rassure.
- 50. Quand je suis avec d'autres personnes, je cherche des signes pour savoir s'ils aiment ou non être avec moi.
- 51. J'aime partir seul(e), explorer de nouveaux endroits.
- 52. Si je pense avoir contrarié quelqu'un, je tiens à m'excuser.
- 53. J'aime être certain(e) de pouvoir contacter quelqu'un de proche au cas où quelque chose de déplaisant m'arriverait.
- 54. Je me sens confiné(e) quand je dois rester assis(e) à une longue réunion.
- 55. Je n'aime pas que qu'on envahisse ma vie privée.
- 56. Cela me met mal à l'aise de ne pas être conformiste.
- 57. Le plus terrible en prison serait de perdre sa liberté de mouvements
- 58. Le plus terrible dans le fait de vieillir est d'être laissé(e) seul(e).
- 59. Je redoute l'idée que quelqu'un que j'aime ne meure.

60. La possibilité d'être rejeté(e) par les autres pour avoir revendiqué mes droits ne m'arrêterait pas.

Appendice D Échelle d'anxiété et de dépression en milieu hospitalier

Échelle d'anxiété et de dépression

Ce questionnaire est conçu pour nous aider à savoir comment vous vous sentez. Lire chaque énoncé et encercler la réponse qui s'approche le plus de comment vous vous êtes senti(e) dans la dernière semaine.

Ne prenez pas trop de temps à répondre; votre réaction immédiate à chaque énoncé fournira probablement une meilleure indication de ce que vous éprouvez qu'une réponse longuement réfléchie.

1. Je me sens tendu(e):

- a La plupart du temps
- b Très souvent
- c De temps en temps
- d Jamais

2. Je prends encore plaisir aux choses que j'aimais avant:

- a Tout à fait autant
- b Pas tout à fait autant
- c Un peu seulement
- d Presque pas du tout

3. J'éprouve une sorte de sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait arriver:

- a Oui, très nettement et c'est plutôt grave
- b Oui, mais ce n'est pas trop grave

- c Un peu, mais cela ne m'inquiète pas
- d Pas du tout

4. Je peux rire et voir le côté amusant des choses:

- a Autant que par le passé
- b Pas tout à fait autant maintenant
- c Vraiment moins qu'avant
- d Plus du tout

5. Des inquiétudes me passent par la tête:

- a Très souvent
- b Assez souvent
- c De temps en temps mais pas trop souvent
- d Seulement à l'occasion

6. Je me sens de bonne humeur

- a Jamais
- b Pas souvent
- c Parfois
- d La plupart du temps

7. Je peux m'asseoir tranquille et me sentir détendu(e):

- a Oui, tout à fait
- b Habituellement
- c Pas souvent
- d Jamais

8. J'ai l'impression d'être au ralenti:

- a Presque toujoursb Très souvent
- c Parfois
- d Pas du tout

9. J'éprouve une sorte de sensation de peur comme si j'avais des «papillons» dans l'estomac:

- a Jamais
- b Parfois
- c Assez souvent
- d Très souvent

10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence:

- a Je ne m'y intéresse plus du tout
- b Je n'y accorde pas autant d'attention que je le devrais
- c Il se peut que je n'y fasse pas autant attention
- d J'y prête autant d'attention que par le passé

11. J'ai la bougeotte comme si je ne pouvais pas tenir en place:

- a Oui, beaucoup
- b Assez
- c Pas beaucoup
- d Jamais

12. J'envisage les choses à venir avec plaisir:

a Autant qu'avant

- b Plutôt moins qu'avant
- c Bien moins qu'avant
- d Presque jamais

13. J'éprouve des sensations soudaines de panique:

- a Vraiment très souvent
- b Assez souvent
- c Pas très souvent
- d Jamais

14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une émission de radio ou de télévision:

- a Souvent
- b Parfois
- c Peu souvent
- d Très rarement

Zigmond et Snaith (1983)

Savard, Laberge, Gauthier, Ivers, Bergeron (1998) pour validation française