UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

EFFICACITÉ D'UNE INTERVENTION D'AUTOCOMPASSION AUPRÈS DE PERSONNES ÉTUDIANTES AYANT DES TENDANCES PERFECTIONNISTES

MÉMOIRE DOCTORAL PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE DU

DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE (D. Ps.)

PAR
CAROLANNE CADIEUX FITZGERALD

AVRIL 2024

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE CLINIQUE (D. Ps.)

Direction de recherche :

Guylaine Côté, Université de Sherbrooke	Directrice de recherche

Jury d'évaluation

Maryse Benoît, Université de Sherbrooke	Évaluatrice
Lise Gagnon, Université de Sherbrooke	Évaluatrice

Sommaire

Le perfectionnisme est un facteur de risque et de maintien de plusieurs psychopathologies, notamment de la dépression et des troubles anxieux (Egan et al., 2011). La population étudiante est particulièrement vulnérable aux effets délétères du perfectionnisme par son exposition constante à des évaluations de performance (Finn, 2016). Plusieurs études indiquent que l'autocompassion semble être un facteur important dans le traitement du perfectionnisme (James & Rimes, 2018; Ong et al., 2019). Toutefois, aucune étude parmi celles répertoriées n'a évalué l'efficacité d'une intervention d'autocompassion auprès de personnes étudiantes ayant spécifiquement des tendances perfectionnistes élevées qui interfèrent avec leur fonctionnement. La présente étude visait donc à évaluer l'efficacité d'une intervention d'autocompassion auprès d'une telle population. Le traitement administré était de six séances individuelles d'une durée d'une heure par semaine visant le développement de l'autocompassion. Un protocole expérimental à cas uniques à niveaux de bases multiples en fonction des individus a été utilisé. Ainsi, quatre étudiantes ont rempli une grille d'auto-enregistrement quotidien afin d'évaluer leurs niveaux de perfectionnisme et d'autocompassion pendant toute la durée du protocole. Elles ont également rempli une série de questionnaires auto-administrés avant et après l'intervention ainsi qu'à un suivi trois mois. Les résultats ont montré une légère réduction du niveau de perfectionnisme, une augmentation du niveau d'autocompassion et une réduction des symptômes anxieux, dépressifs et de l'altération du fonctionnement. Ces résultats, maintenus en majorité jusqu'au suivi de trois mois, ont été appuyés par les analyses issues des auto-enregistrements et des questionnaires auto-administrés.

Mots-clés : perfectionnisme, intervention d'autocompassion, population étudiante.

Table des matières

Sommaire ii
Table des matières iv
Liste des tableaux vi
Liste des figures vii
Remerciements viii
Introduction 1
Contexte théorique 5
  Conceptualisation du perfectionnisme 6
  L'autocompassion comme réponse alternative à l'autocritique 9
  Liens autocompassion, perfectionnisme et symptômes anxieux et dépressifs 12
  L'autocompassion dans le traitement du perfectionnisme 15
  Objectif 18
Méthode 20
  Protocole 21
  Déroulement 22
  Participantes 23
  Traitement 26
  Instruments de mesure 27
    Mesure d'auto-enregistrement quotidien 27
    Mesures auto-administrées par questionnaires 28
  Analyses statistiques 31
Résultats 33
  Mesure d'acceptabilité et d'adhérence au traitement 34
  Mesure d'auto-enregistrements quotidiens 35
    Niveau de perfectionnisme 35
    Niveau d'autocompassion 38
  Questionnaires auto-administrés 42
Discussion 46
  Acceptabilité et adhérence 48
  Niveau de perfectionnisme 50

Niveau d'autocompassion 55
Symptômes anxieux et dépressifs et altération du fonctionnement 58
Forces, limites et pistes de recherches futures 60
Implications et portée clinique 64
Conclusion 67
Références 70
Appendice A. Affiche de recrutement 78
Appendice B. Entrevue téléphonique de dépistage 80
Appendice C. Formulaire de consentement 84
Appendice D. Questionnaires auto-administrés 88
Appendice E. Mesure d'auto-enregistrement quotidien 89
Appendice F. Certificats d'approbation éthique 91
Appendice G. Protocole de traitement 97
Appendice H. Mesure d'acceptabilité et d'adhérence au traitement 99

Liste des tableaux

Tableau

1 Résultats aux analyses Tau-U des niveaux de perfectionnisme et d'autocompassion……. 38

2 Moyennes et écart-types des variables d'auto-enregistrements à chaque temps de mesure…… 41

3 Scores aux questionnaires auto-administrés aux différents temps de mesure…… 43

Liste des figures

Figure

1 Niveaux de perfectionnisme de chaque participante à chaque temps de mesure…… 36

2 Niveaux d'autocompassion de chaque participante à chaque temps de mesure…… 39

Remerciements

Je tiens d'abord à remercier ma directrice de recherche Pre Guylaine Côté. Merci pour ton accompagnement bienveillant, le partage de ton expertise et ta confiance tout au long de la réalisation de ce mémoire doctoral. Je tiens aussi à remercier Pr. Patrick Gosselin qui a été mon superviseur d'internat et qui s'est impliqué dans mon comité de mentorat. Merci pour ta présence précieuse au cours de ces années charnières de ma formation.

Je tiens également à remercier mon conjoint Éric qui m'a épaulé tout au long de mes études. Tu as su m'encourager à persévérer, tout en respectant mon rythme. Je suis tellement reconnaissante de t'avoir comme partenaire de vie. Merci aussi à mes précieuses amies, Eugénie et Gabrielle, dont le soutien est inconditionnel depuis tellement d'années. Mes remerciements vont aussi à mes collègues de cohorte sans qui ce long parcours n'aurait pas été le même et avec qui j'ai pu célébrer les petites victoires au cours de la réalisation de ce mémoire doctoral. Un merci particulier à Marie-Claude qui a su être le yang à mon yin avec brio. Merci pour ton soutien et tes précieux conseils. Merci aussi à Stéfanie, tu as été présente dès mes premières expériences comme thérapeute et t'avoir à mes côtés pour mes débuts de pratique professionnelle a été un privilège. Merci également à Jade qui m'aura accompagnée dans les derniers moments cruciaux de rédaction. Merci pour ta présence et ta vivacité d'esprit. Je souhaite aussi remercier ma famille qui, de loin et sans trop savoir ce que je faisais vraiment, ont toujours cru en moi. Votre confiance et vos encouragements ont été particulièrement précieux tout au long de mes études.

Enfin, je tiens à remercier les participantes de l'étude pour leur confiance et leur ouverture en toute vulnérabilité. Vous aurez contribué à l'avancement des connaissances sur le perfectionnisme et l'autocompassion ainsi qu'à l'aboutissement du présent mémoire doctoral, merci.

Introduction

Au cours des dernières décennies, les recherches sur la nature et le traitement du perfectionnisme ont foisonné. Le perfectionnisme est une tendance de la personnalité caractérisée par des standards personnels excessivement élevés accompagnés d'une très forte autocritique (Frost et al., 1990; Stoeber, 2018). Plusieurs études ont montré qu'il s'agit d'un facteur de risque et de maintien de plusieurs psychopathologies, notamment de la dépression, des troubles anxieux et des troubles des conduites alimentaires (Egan et al., 2011). D'ailleurs, certaines études ont montré qu'un niveau plus élevé de préoccupations perfectionnistes, définies en tant que préoccupations excessives que les standards personnels ne soient pas atteints, prédisait un nombre plus élevé de comorbidités de troubles anxieux et dépressifs au portrait clinique (Bieling et al., 2004; Maricuțoiu et al., 2019). Le perfectionnisme viendrait également altérer l'efficacité du traitement de certaines psychopathologies lorsque le domaine dans lequel la personne fait preuve de perfectionnisme se rapporte au domaine touché par la psychopathologie, rendant celle-ci plus difficile à traiter (Shafran et al., 2002). De plus, une méta-analyse réalisée sur 45 études avec un total de 11 747 personnes participantes a montré une association positive entre le perfectionnisme et le suicide (Smith et al., 2018).

Les résultats d'une autre méta-analyse montrent une augmentation linéaire du niveau de perfectionnisme chez la population étudiante allant de 1989 à 2016, et ce, avec presque la moitié des données provenant d'échantillons canadiens (Curran & Hill, 2019). Les auteurs suggèrent que cette augmentation du perfectionnisme pourrait offrir une piste d'explication à l'augmentation de la détresse psychologique chez les jeunes (Curran &

Hill, 2019). D'ailleurs, une enquête panquébécoise sur la santé psychologique étudiante a révélé des niveaux de détresse psychologique et d'idéations suicidaires plus élevés auprès de la population étudiante universitaire qu'au sein de la population générale du Québec (Union étudiante du Québec, 2019). Il est possible que le perfectionnisme soit un déterminant important de ce niveau de détresse élevée, notamment par l'aspect compétitif de certains programmes universitaires qui alimente le souci d'être meilleur que les autres (Finn, 2016; Union étudiante du Québec, 2019). De surcroit, le milieu universitaire est le reflet d'une société de performance où l'évaluation constante contribue à l'activation des vulnérabilités des personnes perfectionnistes, notamment à l'autocritique (Finn, 2016).

Certains scientifiques proposent qu'un traitement ciblant le perfectionnisme d'emblée serait une avenue intéressante pour les individus présentant des tendances perfectionnistes en comorbidité avec d'autres troubles, puisqu'il pourrait apporter un soulagement des symptômes dans plusieurs domaines simultanément (Bieling et al., 2004). Dans le même ordre d'idées, des chercheuses suggèrent d'investiguer si le fait de cibler le perfectionnisme en début de thérapie pourrait éviter d'avoir à traiter ultérieurement une psychopathologie spécifique (Egan et al., 2011). En termes de perspectives de traitement, l'autocompassion semble être une avenue importante à considérer puisqu'elle a été associée négativement au perfectionnisme inadapté (Linnett & Kibowski, 2019; Neff, 2003b) et aux symptômes anxieux et dépressifs (MacBeth & Gumley, 2012; Neff, 2003b). L'autocompassion a également été démontrée comme ayant un effet protecteur sur la santé psychologique étudiante (Fong & Loi, 2016).

Ce mémoire doctoral a ainsi comme visée l'évaluation de l'efficacité d'une intervention d'autocompassion auprès de personnes étudiantes ayant spécifiquement des tendances perfectionnistes élevées qui interfèrent avec leur fonctionnement. Il est divisé en six chapitres, dont le premier est la présente introduction. Le second chapitre expose le contexte théorique sur lequel s'appuie l'objectif formulé. Le troisième chapitre présente la méthode utilisée pour mener à l'atteinte de cet objectif. Le quatrième chapitre rapporte les résultats obtenus et le cinquième chapitre porte sur la discussion de ces résultats. Le dernier chapitre présente la conclusion du mémoire doctoral.

Contexte théorique

Ce chapitre est divisé en cinq sections. La première présente la conceptualisation du perfectionnisme, alors que la deuxième présente l'autocompassion comme réponse alternative à l'autocritique. La troisième section concerne les liens entre l'autocompassion, le perfectionnisme et les symptômes anxieux et dépressifs. La quatrième section porte sur l'autocompassion dans le traitement du perfectionnisme et sur les limites de la littérature en ce sens. La dernière section expose l'objectif du mémoire doctoral.

Conceptualisation du perfectionnisme

Parmi les premières conceptualisations du perfectionnisme, Hamacheck (1978) a différencié le perfectionnisme normal du perfectionnisme névrotique. Selon lui, la différence entre les deux formes réside dans les cognitions par rapport à l'action. Le perfectionniste névrotique aurait tendance à se fixer des objectifs inatteignables et ainsi à avoir toujours l'impression de ne pas en faire assez, alors que le perfectionniste normal se fixerait des objectifs atteignables lui permettant de ressentir un sentiment de satisfaction (Hamacheck, 1978). De plus, le perfectionniste névrotique serait motivé par une peur de l'échec, ce qui l'amènerait à vivre dans un constant état d'alerte émotionnellement drainant, alors que le perfectionniste normal serait motivé par un désir de s'améliorer (Hamacheck, 1978).

Deux principales conceptualisations du perfectionnisme ont émergé d'une approche multidimensionnelle et sont à l'origine des instruments de mesure les plus utilisés. La

première a été élaborée par Frost et al. (1990) qui ont créé un questionnaire, le *Multidimensional Perfectionism Scale* (FMPS), pour mesurer le perfectionnisme selon six composantes principales. Les composantes identifiées sont les suivantes : se fixer des standards personnels élevés, avoir une préoccupation excessive concernant les erreurs, percevoir les attentes parentales comme élevées, percevoir une critique parentale excessive, douter de ses actions et accorder une grande importance à l'ordre et à l'organisation. Cette dernière composante d'organisation s'est avérée moins corrélée aux autres dimensions ainsi qu'aux différentes mesures du perfectionnisme, suggérant qu'elle ne serait pas une composante clé du perfectionnisme (Frost et al., 1990). Les études menées par Frost et ses collègues (1990) suggèrent que la préoccupation excessive concernant les erreurs serait la composante la plus centrale au perfectionnisme et la plus associée à différents symptômes de détresse.

La seconde conceptualisation élaborée par Hewitt et Flett (1991) présente un modèle tripartite du perfectionnisme : le perfectionnisme orienté vers soi, le perfectionnisme dirigé vers autrui et le perfectionnisme socialement prescrit. Le perfectionnisme orienté vers soi est défini par les auteurs comme des standards élevés imposés à soi-même et une autoévaluation rigoureuse associée à l'atteinte de ceux-ci. Le perfectionnisme dirigé vers autrui, comme son nom l'indique, est l'imposition de standards irréalistes à autrui, voire la perfection, et une évaluation rigoureuse de leur performance. Le perfectionnisme socialement prescrit se définit quant à lui par la perception d'attentes irréalistes de la part des proches et d'une pression de leur part à être parfait. Ce dernier type serait associé à

une forte occurrence de conséquences négatives, ce qui s'expliquerait en partie par le manque de contrôle perçu face aux attentes excessives d'autrui (Hewitt & Flett, 1991). Pour mesurer ces différents types de perfectionnisme, les auteurs ont développé le *Multidimensional Perfectionism Scale* (HMPS ; Hewitt & Flett, 1991).

Une conceptualisation bidimensionnelle du perfectionnisme a émergé au fil des années, faisant ressortir la distinction entre les composantes saines et malsaines. D'une part, une dimension qui combine les standards personnels élevés et les efforts pour les atteindre, nommée dans la littérature « efforts perfectionnistes » ou perfectionnisme adapté (Frost et al., 1993; Stoeber & Otto, 2006). D'autre part, une dimension qui combine les évaluations autocritiques de sa performance et la perception d'un écart important entre sa performance et ses attentes, nommée dans la littérature « préoccupations perfectionnistes » ou perfectionnisme inadapté (Frost et al., 1993; Stoeber & Otto, 2006). Cette dernière dimension a été associée positivement aux symptômes dépressifs et aux affects négatifs (Frost et al., 1993).

L'approche multidimensionnelle du perfectionnisme a été critiquée par Shafran et ses collègues (2002). Ces auteurs suggèrent que les différentes dimensions proposées ne mesureraient pas le perfectionnisme comme tel, mais plutôt des concepts liés. Ils conseillent également de mettre l'accent sur le perfectionnisme inadapté, plutôt que sur le perfectionnisme adapté, en raison de sa valeur importante sur le plan clinique. Ainsi, ces auteurs proposent une définition du perfectionnisme considéré clinique comme étant

« une dépendance excessive à l'autoévaluation en ce qui concerne la poursuite de standards personnels élevés dans au moins un domaine important, et ce, malgré des conséquences négatives » [Traduction libre] (Shafran et al., 2002, p. 778). Cette dépendance excessive à l'autoévaluation occasionne une fragilité à la perception d'échec lorsque les standards personnels ne sont pas atteints, ce qui amène une forte autocritique et une évaluation négative de soi (Shafran et al., 2002).

L'autocompassion comme réponse alternative à l'autocritique

L'autocompassion est une attitude positive caractérisée par trois composantes qui s'influencent mutuellement, soit la bienveillance envers soi, la reconnaissance de sa commune humanité et la pleine conscience de ses expériences (Neff, 2003a). La bienveillance envers soi signifie de se considérer avec gentillesse plutôt que de se juger sévèrement (Neff, 2003a). La reconnaissance de sa commune humanité revient à voir ses expériences difficiles comme faisant partie de l'expérience humaine, ce qui permet d'éviter un sentiment d'isolement (Neff, 2003a). La pleine conscience réfère, quant à elle, à l'observation de ses expériences internes sans jugement permettant ainsi d'éviter l'identification rigide à ses expériences négatives (Neff, 2003a).

Une étude transversale réalisée auprès d'une population générale d'individus rapportant des symptômes anxiodépressifs (N = 504) a montré que l'autocompassion était un important prédicteur des symptômes anxieux et dépressifs ainsi que de la qualité de vie des personnes participantes (Van Dam et al., 2011). En effet, l'autocompassion

mesurée à l'aide de l'*Échelle d'autocompassion* (Neff, 2003b) permettait de prédire de 10 à 26 % de la variance des mesures d'anxiété, d'inquiétude, de dépression et de qualité de vie (Van Dam et al., 2011). Ces scientifiques suggèrent ainsi d'explorer l'importance de l'autocompassion comme mécanisme de changement dans les thérapies ciblant les symptômes anxiodépressifs (Van Dam et al., 2011). En ce sens, une autre étude a évalué les effets de la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience (MBCT) auprès d'une population clinique d'individus anxieux et dépressifs ($N = 22$; Proeve et al., 2018). Les résultats ont montré une augmentation significative de l'autocompassion à la suite de la MBCT ainsi qu'une diminution significative de la froideur envers soi, de l'anxiété, de la rumination et des symptômes de stress. Ces scientifiques soulèvent que le plus grand changement observé à la suite de la MBCT a été l'augmentation du niveau d'autocompassion des personnes participantes, suggérant qu'il s'agit d'un effet important de la MBCT (Proeve et al., 2018). Les auteurs de cette étude n'ont toutefois pas évalué si l'augmentation de l'autocompassion était associée à la réduction des symptômes anxieux et dépressifs.

L'autocompassion a également été étudiée comme intervention dans une étude comprenant un groupe expérimental ($n = 24$) et un groupe contrôle de type liste d'attente ($n = 27$; Neff & Germer, 2013). Cette étude, réalisée auprès d'une population générale, avait pour but d'évaluer l'efficacité d'un programme d'autocompassion de huit séances de groupe abordant les fondements et l'application de l'autocompassion dans différentes sphères de vie (Neff & Germer, 2013). Les résultats ont montré une augmentation

significativement plus grande de l'autocompassion chez les personnes participantes du programme comparativement à celles sur la liste d'attente, et ce, avec une grande taille d'effet (Neff & Germer, 2013). Les résultats ont également montré une plus grande réduction des symptômes de dépression, d'anxiété et de stress ainsi qu'une plus grande augmentation des niveaux de satisfaction de la vie et de bonheur chez le groupe expérimental comparativement au groupe contrôle (Neff & Germer, 2013). De plus, ces améliorations ont été associées significativement avec l'augmentation de l'autocompassion entre le pré et le post-traitement (Neff & Germer, 2013). La généralisation de ces résultats est néanmoins limitée en raison de l'homogénéité de l'échantillon à l'étude, soit une majorité de femmes caucasiennes avec des expériences antérieures de méditation.

Le développement de l'autocompassion en tant que réponse alternative à l'autocritique semble être une avenue à considérer comme cible de traitement du perfectionnisme. En effet, plusieurs études ont montré l'autocritique comme étant la composante principale du perfectionnisme qui l'associe à des conséquences négatives, tels que l'anxiété et la dépression (Gilbert et al., 2006; Moroz & Dunkley, 2019). Une étude transversale réalisée auprès d'une population étudiante ($N = 527$) a d'ailleurs montré qu'en contrôlant pour l'autocritique, le lien entre le perfectionnisme et les symptômes anxieux et dépressifs s'avérait non significatif ou plutôt faible (Dunkley et al., 2006). Ces scientifiques suggèrent ainsi qu'il serait pertinent de cibler davantage les tendances évaluatives et

autocritiques plutôt que les standards personnels élevés lors du traitement de personnes perfectionnistes (Dunkley et al., 2006).

Liens autocompassion, perfectionnisme et symptômes anxieux et dépressifs

Plusieurs études ont exploré le rôle médiateur de l'autocompassion dans la relation entre le perfectionnisme inadapté et les symptômes anxieux et dépressifs. En ce sens, Mehr et Adams (2016) ont mené une étude transversale auprès d'une population étudiante ($N = 358$). Leurs résultats ont montré que le lien initial entre le perfectionnisme inadapté et les symptômes dépressifs ($\beta = 0{,}324$, $p < 0{,}001$) était moindre lorsque l'autocompassion était considérée comme variable médiatrice ($\beta = 0{,}099$, $p < 0{,}001$; Mehr & Adams, 2016). Une autre étude transversale réalisée auprès de doctorantes et de doctorants en psychologie ($N = 119$) a montré que le perfectionnisme autocritique était positivement lié aux symptômes de dépression et de burnout, alors que l'autocompassion était négativement liée à ces symptômes (Richardson et al., 2018). De plus, l'autocompassion permettait d'expliquer en partie la relation entre le perfectionnisme autocritique et les symptômes de dépression et de burnout (Richardson et al., 2018). Une autre étude transversale réalisée chez une population clinique de personnes ayant un trouble bipolaire ($N = 302$) a montré que l'autocompassion agissait comme médiateur partiel de la relation entre le perfectionnisme inadapté et les symptômes anxieux et dépressifs ainsi que les difficultés de régulation émotionnelle (Fletcher et al., 2019). Les résultats de ces études suggèrent donc que l'autocompassion pourrait agir comme facteur de protection contre les effets délétères du perfectionnisme inadapté sur les symptômes

dépressifs, autant auprès d'une population étudiante que clinique (Fletcher et al., 2019; Mehr & Adams, 2016; Richardson et al., 2018).

D'autres études ont également exploré les liens entre l'autocompassion, l'autocritique et les symptômes anxieux. En ce sens, Neff et ses collègues (2007) ont mené une étude pré-expérimentale en créant une situation d'autoévaluation simulant une entrevue d'embauche durant laquelle les personnes étudiantes participantes devaient décrire leur plus grand défaut ($N = 91$). Les résultats ont montré que l'autocompassion était associée à un niveau significativement plus faible d'anxiété à la suite de la situation d'autoévaluation, suggérant un effet protecteur de l'autocompassion contre l'anxiété vécu en situation d'autoévaluation (Neff et al., 2007). Ces chercheuses ont également réalisé une seconde étude pré-expérimentale en faisant croire aux personnes étudiantes qu'elles participaient à deux études distinctes, l'une portant sur des indicateurs de santé mentale et l'autre sur l'exercice gestaltiste des deux chaises (Neff et al., 2007). Les personnes participantes ($N = 40$) ont donc rempli une série de questionnaires mesurant différents indicateurs de santé mentale une semaine avant et trois semaines après l'exercice gestaltiste qui mettait en scène le dialogue entre leur voix critique et une seconde voix en réponse à cette autocritique (Neff et al., 2007). Les résultats ont montré que l'augmentation de l'autocompassion entre les deux temps de mesure était associée à une augmentation du sentiment de connexion sociale et une diminution de l'autocritique, de la dépression, de la rumination, de l'évitement cognitif et de l'anxiété (Neff et al., 2007).

Toujours auprès d'une population étudiante, Leary et ses collègues (2007) ont réalisé cinq études pré-expérimentales utilisant différentes situations stressantes créées en laboratoire afin d'investiguer les liens entre l'autocompassion et les réactions au stress. Leurs résultats ont montré qu'un niveau plus élevé d'autocompassion permettait d'atténuer les réactions négatives face à des situations stressantes impliquant notamment un échec ou un rejet (Leary et al., 2007). Ces scientifiques expliquent que les personnes ayant un niveau plus élevé d'autocompassion auraient tendance à plus facilement accepter les aspects défavorables d'eux-mêmes et à moins ruminer leurs échecs comparativement à celles ayant un faible niveau d'autocompassion (Leary et al., 2007). Les résultats de cette étude suggèrent donc que l'autocompassion pourrait être un traitement bénéfique pour les personnes très autocritiques en leur permettant de s'autoévaluer plus justement.

Une autre récente étude réalisée auprès d'une population étudiante a examiné le rôle de l'autocompassion dans l'association entre le type de perfectionnisme, soit adapté ou inadapté, et la détresse psychologique mesurée à l'aide de quatre indicateurs, soit la dépression, l'anxiété généralisée, l'anxiété sociale et la détresse académique (Kawamoto et al., 2023). Les résultats ont montré que l'autocompassion permettait d'expliquer en partie les différences entre les personnes étudiantes au perfectionnisme adapté et celles au perfectionnisme inadapté en termes de détresse psychologique (Kawamoto et al., 2023). En effet, les personnes au perfectionnisme adapté avaient des niveaux d'autocompassion significativement plus élevés que les personnes au perfectionnisme inadapté et ces niveaux d'autocompassion plus élevés étaient associés à moins de symptômes de détresse

psychologique (Kawamoto et al., 2023). Ces résultats suggèrent ainsi que les personnes au perfectionnisme adapté aurait plus tendance à faire preuve de bienveillance envers elles-mêmes lorsqu'elles rencontrent des difficultés, ce qui leur permettrait de vivre moins de détresse (Kawamoto et al., 2023).

L'autocompassion dans le traitement du perfectionnisme

Sans avoir nécessairement ciblé l'autocompassion, quelques études d'efficacité de traitement ont montré un lien entre le niveau d'autocompassion et l'efficacité de certains traitements pour le perfectionnisme (James & Rimes, 2018; Ong et al., 2019). Dans une étude évaluant l'efficacité de la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) pour réduire le perfectionnisme clinique, les individus ayant un niveau de base moyen d'autocompassion ont bénéficié davantage de la thérapie (Ong et al., 2019). En effet, les résultats ont montré une réduction plus grande de leur niveau de perfectionnisme comparativement aux individus ayant un faible niveau de base d'autocompassion ($N = 53$; Ong et al., 2019). Des analyses de médiation ont également révélé que l'augmentation de l'autocompassion à la suite de l'ACT prédisait significativement la réduction des préoccupations concernant les erreurs, une composante importante du perfectionnisme (Ong et al., 2019). De leur côté, James et Rimes (2018) ont montré une plus grande réduction du perfectionnisme clinique avec la MBCT ($n = 28$) comparativement à un manuel d'autotraitement basé sur la thérapie cognitive comportementale classique ($n = 32$). Ces scientifiques ont soulevé l'importance de l'autocompassion dans ce résultat en montrant qu'une augmentation de l'autocompassion entre les deux temps de mesure

expliquerait l'effet de la MBCT sur le perfectionnisme clinique (James & Rimes, 2018). Ce résultat étant exploratoire, il est suggéré d'investiguer davantage les effets de l'augmentation de l'autocompassion sur le perfectionnisme (James & Rimes, 2018).

Par ailleurs, quelques études ont évalué l'effet d'interventions favorisant l'autocompassion chez des individus présentant une forte autocritique et souffrant de symptômes anxieux et dépressifs. En effet, une étude pré-expérimentale avait pour but d'évaluer l'efficacité d'une intervention favorisant la compassion (*Compassion Mind Training*) chez des personnes séjournant à l'hôpital en raison de difficultés à long terme impliquant de hauts niveaux de honte et d'autocritique ($N = 6$; Gilbert & Procter, 2006). Cette intervention de groupe de 12 séances comportait de la psychoéducation sur la nature de l'autocritique et de l'autocompassion et invitait les personnes participantes à explorer leurs croyances face à ces deux attitudes (Gilbert & Procter, 2006). Les résultats ont montré notamment une réduction significative des symptômes anxieux et dépressifs et de l'autocritique ainsi qu'une meilleure capacité des personnes participantes à s'offrir de la rassurance et à faire preuve de bienveillance envers soi à la suite de l'intervention (Gilbert & Procter, 2006).

Une autre étude pré-expérimentale a évalué la faisabilité d'une intervention inspirée de la thérapie centrée sur la compassion (*Compassion-focused therapy*; Gilbert, 2009) pour diminuer l'autocritique altérant le fonctionnement chez une population étudiante (Rose et al., 2018). Cette intervention de six séances individuelles portait entre autres sur

l'exploration de la nature de l'autocritique chez la personne étudiante et la mise en pratique de la compassion comme réponse alternative à l'autocritique par des exercices (Rose et al., 2018). L'intervention a montré une bonne faisabilité et une bonne acceptabilité auprès des personnes participantes ($N = 23$). De plus, les résultats ont montré une augmentation significative de l'autocompassion et une diminution significative de l'autocritique, du perfectionnisme inadapté ainsi que des symptômes anxieux et dépressifs (Rose et al., 2018). Ces résultats, maintenus jusqu'à deux mois suivant l'intervention et avec des tailles d'effet de moyenne à grande, suggèrent donc qu'une courte intervention favorisant le développement de la compassion pourrait être bénéfique pour réduire l'autocritique et les symptômes de détresse associés (Rose et al., 2018).

Bien que prometteuses, les deux dernières études demeurent préliminaires, pré-expérimentales et sans groupe contrôle. En ce sens, une récente étude expérimentale, avec groupe contrôle assigné aléatoirement, a évalué l'efficacité d'une courte intervention en ligne sur l'autocompassion (quatre semaines) chez une population étudiante ayant un syndrome d'imposteur important, tel que mesuré par un score de 62 ou plus sur l'*Échelle du syndrome d'imposteur de Clance* (Liu et al., 2023). L'intervention, adaptée du programme d'entrainement à l'autocompassion consciente de Neff et Germer (2013), comprenait quatre modules de 45 minutes portant sur les trois composantes de l'autocompassion et leurs applications par des exercices guidés pour réduire les sentiments d'imposteur. Leurs résultats ont montré une réduction significativement plus grande des sentiments d'imposteur et du perfectionnisme inadapté chez le groupe

d'intervention (n = 113) comparativement au groupe contrôle (n = 114). Leurs résultats n'ont toutefois montré aucun effet significatif sur la détresse psychologique, ce que les auteurs expliquent en partie par un faible niveau de détresse présent avant le traitement et donc moins de possibilité d'amélioration (Liu et al., 2023). Bien que ces résultats soient encourageants sur les bénéfices de l'autocompassion, l'échantillon de cette étude a été sélectionné uniquement sur la base du sentiment d'imposteur élevé, ce qui limite sa portée chez une population étudiante ayant un niveau élevé de perfectionnisme qui interfère avec leur fonctionnement. De plus, un suivi d'une semaine seulement a été utilisé, ce qui ne permet pas de se prononcer sur le maintien des changements obtenus à la suite de l'intervention. Étant donné les développements récents dans ce domaine, il s'avère ainsi pertinent de poursuivre les études d'efficacité des interventions d'autocompassion sur le perfectionnisme. En fait, aucune étude parmi celles répertoriées n'a évalué l'efficacité d'une intervention d'autocompassion spécifiquement chez une population étudiante ayant des tendances perfectionnistes élevés qui interfèrent avec leur fonctionnement.

Objectif

L'objectif de la présente étude est donc d'évaluer l'efficacité d'une intervention d'autocompassion auprès de personnes étudiantes ayant des tendances perfectionnistes élevées qui interfèrent avec leur fonctionnement. Ainsi, quatre questions de recherche sont formulées : 1) Est-ce qu'une intervention favorisant le développement de l'autocompassion est efficace pour diminuer les tendances perfectionnistes? 2) Est-ce que cette intervention permet d'augmenter le niveau d'autocompassion? 3) Est-ce que cette

intervention permet également de réduire l'altération du fonctionnement ainsi que les symptômes anxieux et dépressifs des personnes participantes? 4) Est-ce que les effets observés au post-traitement sont maintenus au suivi de trois mois?

Méthode

Dans ce chapitre, il est question de la méthode utilisée pour répondre aux objectifs de l'étude. Ainsi, les sections suivantes présentent le protocole de recherche, le déroulement de l'étude, la description des participantes, le traitement octroyé, les instruments de mesure et les analyses utilisées.

Protocole

Un protocole expérimental à cas uniques à niveaux de bases multiples en fonction des individus a été utilisé (Barlow et al., 2009; Rivard & Bouchard, 2005). Ce protocole permet de juger de l'efficacité de l'intervention effectuée à partir de l'observation continue des symptômes et du fonctionnement quotidien des personnes participantes (Rivard & Bouchard, 2005). En effet, le maintien minimal d'un niveau de base à durée variable d'une personne participante à l'autre ainsi que l'introduction décalée du traitement pour chacune d'entre elles permettent de réduire les sources d'invalidités externes (Barlow et al., 2009; Portney, 2020; Rivard & Bouchard, 2005). Ce type de protocole s'avère pertinent dans le cadre d'une étude pilote pour évaluer l'efficacité d'un nouveau traitement (Rivard & Bouchard, 2005). Les trois règles de base des protocoles à cas uniques ont été respectées, soit la mesure continue d'un phénomène cible, l'utilisation d'un niveau de base et la stabilité de celui-ci de sorte à bien prédire la tendance générale des symptômes de la personne participante avant l'introduction du traitement (Barlow et al., 2009; Kazdin, 2019; Rivard & Bouchard, 2005). Les durées minimales de niveau de base ont été établies à 2, 2 ½, 3 et 4 semaines, permettant ainsi de décaler l'introduction du traitement pour chaque participante. Le présent protocole a été divisé en quatre phases,

soit le niveau de base, le traitement, le post-traitement ainsi qu'un suivi trois mois après le traitement.

Déroulement

Le recrutement des personnes participantes s'est effectué par des publications sur la page Facebook de la communauté étudiante de l'Université de Sherbrooke et sur le site web de l'Université à l'aide de l'outil *Avis de recherche* (voir Appendice A). Les personnes intéressées devaient contacter la chercheuse principale par courriel et étaient ensuite invitées à prendre part à une courte entrevue téléphonique afin de les informer du fonctionnement de l'étude et d'effectuer un premier dépistage de leur éligibilité (voir Appendice B). Les personnes qui semblaient répondre aux critères de l'étude ont ensuite accepté le formulaire de consentement libre et éclairé (voir Appendice C) et complété la série de questionnaires auto-administrés (voir Appendice D). Cette étape a permis de s'assurer qu'elles remplissaient tous les critères d'inclusion et d'obtenir les données pré-traitement. Chaque personne admise a ensuite été assignée aléatoirement à une durée minimale de niveau de base durant laquelle elle devait remplir la mesure d'auto-enregistrement (voir Appendice E) et obtenir une stabilité de la variable cible avant de débuter le traitement. La mesure d'auto-enregistrement a également été remplie quotidiennement pendant toute la durée du protocole et pendant deux semaines au post-traitement et au suivi de trois mois. Les questionnaires auto-administrés ont été complétés de nouveau au post-traitement et au suivi de trois mois. Cette étude a été préalablement approuvée par le Comité d'éthique de la recherche – Lettres et sciences humaines de

l'Université de Sherbrooke et a répondu aux considérations éthiques en matière de confidentialité, de droit de retrait, des risques et bénéfices ainsi que de l'utilisation et de la conservation des données (voir Appendice F).

Participantes

La taille de l'échantillon visée était de quatre personnes étudiantes afin de permettre une réplication suffisante des résultats pour observer l'effet du traitement (Barlow et al., 2009; Portney, 2020). Les personnes étudiantes devaient (1) être âgées de 18 ans et plus; (2) avoir un score de 24,7 ou plus sur la sous-échelle de préoccupations concernant les erreurs de l'*Échelle multidimensionnelle du perfectionnisme de Frost* (Frost et al., 1990), tel que proposé comme seuil clinique moyen auprès de populations anxieuses (Lloyd et al., 2015); (3) rapporter que leurs tendances perfectionnistes avaient un impact significatif sur leur fonctionnement quotidien, tel que mesuré par un score de 15 ou plus sur l'*Échelle d'interférence de Sheehan* (Sheehan, K. & Sheehan, D., 2008). Les critères d'exclusion étaient (1) un suivi psychologique actuel ou au cours des deux mois précédents; (2) un traitement pharmacologique de type psychotrope depuis moins de deux mois; (3) un début, une augmentation ou un changement de médication durant l'étude; (4) des intentions suicidaires; (5) une consommation importante d'alcool ou de drogues; (6) des symptômes de nature psychotique. Au total, 10 personnes ont montré un intérêt à participer au projet de recherche. Trois d'entre elles se trouvaient à l'étranger et ont été invitées à recontacter l'étudiante-chercheuse une fois leur retour au Québec, mais aucune n'a donné suite. Sept personnes ont donc complété l'entrevue téléphonique et ont reçu le

lien vers les questionnaires en ligne. Une d'elle a cessé sa participation avant la passation des questionnaires, une autre n'a pas rencontré entièrement les critères d'inclusion et une, qui rencontrait l'ensemble des critères d'inclusion, a abandonné pendant la période du niveau de base. Un total de quatre personnes a donc débuté le traitement. Une d'entre elles a complété la majorité des séances de traitement (4 sur 6) ainsi que le post-traitement. Celle-ci a donc tout de même été retenue pour les analyses. Les trois autres participantes ont complété toutes les phases de l'étude. La raison évoquée dans tous les cas de désistement était le manque de temps pour s'investir dans l'étude. De plus, six nouvelles personnes ont manifesté leur intérêt durant la période d'intervention et ont dû être refusées étant donné l'atteinte d'un nombre suffisant de personnes participantes pour les besoins du présent mémoire doctoral. Celles-ci ont été référées à des ressources externes.

La participante 1 (P1) s'identifiait comme femme, était âgée de 24 ans et étudiait en dernière année d'un baccalauréat en sciences naturelles. Elle rapportait un impact de ses tendances perfectionnistes principalement dans ses études. Elle prenait beaucoup de temps à accomplir une tâche et avait l'impression de ne jamais en faire assez. Elle présentait également une tendance à la procrastination et une fatigue constante associée à son perfectionnisme. De plus, elle trouvait particulièrement difficile d'accepter certaines limites liées à son TDAH qui pouvaient affecter sa performance. Au début de l'étude, elle a reçu une prescription d'une médication pour l'anxiété à prendre au besoin. Elle a tout de même été admise étant donné qu'il s'agissait d'une faible posologie à prendre

seulement au besoin. Elle n'a reçu aucun suivi psychologique durant sa participation à l'étude.

La participante 2 (P2) s'identifiait comme femme, était âgée de 24 ans et étudiait en deuxième année d'un baccalauréat en sciences humaines. Son perfectionnisme se manifestait principalement dans sa difficulté à dire non et son besoin de se prouver aux autres. Elle occupait d'ailleurs plusieurs emplois à la fois, tout en poursuivant ses études à temps plein. Elle se mettait beaucoup de pression pour réussir dans ses études et avait tendance à être plutôt critique envers elle-même, ce qui était observable en rencontre. Elle présentait également une humeur plutôt déprimée et une fatigue importante. Elle a d'ailleurs cessé le traitement après la quatrième séance en raison d'un sentiment de surcharge. Elle a tout de même accepté de maintenir sa participation à l'étude en complétant les instruments de mesure au post-traitement. Elle n'a pris aucune médication et n'a reçu aucun suivi psychologique durant sa participation à l'étude.

La participante 3 (P3) s'identifiait comme femme, était âgée de 22 ans et étudiait en première année d'une maitrise en sciences naturelles. Son perfectionnisme se manifestait surtout par ses attentes élevées envers elle-même et un souci de bien faire les choses, tant dans ses études que dans ses loisirs. Elle prenait beaucoup de temps pour accomplir ses tâches et nommait une peur que ce ne soit pas assez. Elle se disait souvent déçue d'elle-même et avait de la difficulté à se donner le droit de ralentir, ce qui l'amenait à vivre des périodes d'insomnie et de fatigue intense. Elle présentait également des antécédents de

trouble alimentaire, ce qu'elle associait beaucoup à son perfectionnisme. Elle n'a pris aucune médication et n'a reçu aucun suivi psychologique durant sa participation à l'étude.

La participante 4 (P4) s'identifiait comme femme, était âgée de 20 ans et étudiait en première année d'un baccalauréat en sciences humaines. Elle rapportait des manifestations de perfectionnisme dans toutes les sphères de sa vie du plus loin qu'elle se souvienne (p.ex., tâches domestiques, études, loisirs). Elle avait tendance à se mettre beaucoup de pression ainsi qu'aux autres pour combler ses attentes élevées (p.ex., travaux scolaires). Elle vivait de l'anxiété et avait tendance à se juger sévèrement, ce qui entraînait un certain niveau de détresse par moment. Elle présentait également une ambivalence dans son envie de changer son perfectionnisme ressentant, d'une part, que cela l'aidait à atteindre ses objectifs et, d'autre part, que cela lui amenait une certaine rigidité qui l'empêchait de profiter de la vie. Elle n'a pris aucune médication et n'a reçu aucun suivi psychologique durant sa participation à l'étude.

Traitement

Le traitement avait comme visée générale le développement de l'autocompassion chez les participantes. Inspiré de celui de Rose et al. (2018), le traitement était de six séances individuelles d'une durée d'une heure par semaine. Il a été administré par la doctorante-chercheuse qui possède quelques années d'expérience en psychologie clinique, et qui a été supervisée par une clinicienne ayant plusieurs années d'expérience en thérapie cognitive comportementale. Les séances ont été administrées en suivant fidèlement le

protocole de traitement réalisé dans le cadre de cette étude (voir Appendice G). Les principales composantes du traitement étaient l'analyse fonctionnelle des tendances perfectionnistes, l'éducation psychologique sur l'autocompassion comme réponse alternative à l'autocritique et, finalement, la mise en pratique de l'autocompassion par des méditations guidées, des exercices de visualisation et des exercices réflexifs. Ces exercices ont été tirés du livre *S'aimer* de Neff (2013). Une attention particulière a aussi été accordée à la gestion, dans l'ici et maintenant, de l'émergence spontanée de manifestations perfectionnistes à l'égard du processus thérapeutique, notamment en ce qui concerne des objectifs élevés de performance et de l'autocritique. Le programme comportait aussi l'assignation d'exercices pratiques entre les rencontres afin de favoriser une bonne intégration des thèmes abordés et le développement des habiletés d'autocompassion.

Instruments de mesure

Mesure d'auto-enregistrement quotidien

Une grille d'auto-enregistrement quotidien a été utilisée afin d'évaluer le niveau de perfectionnisme ainsi que le niveau d'autocompassion des personnes participantes, sur une échelle de 0 à 8, pendant toute la durée du protocole. Le niveau de perfectionnisme était la mesure critère et il a été évalué à l'aide d'un score composite de trois indicateurs, soit le jugement de soi en fonction de sa performance, le doute de la qualité de ses actions et l'interférence du fonctionnement. À partir de la phase de traitement, la présence ou non de pratique d'exercices a aussi été mesurée sur une base quotidienne.

Mesures auto-administrées par questionnaires

L'*Échelle multidimensionnelle du perfectionnisme de Frost* (FMPS; Frost et al., 1990) est un inventaire de 35 items répartis en quatre sous-échelles mesurant le perfectionnisme, soit la préoccupation excessive concernant les erreurs et le doute de ses actions, la préoccupation excessive par rapport aux attentes et à la critique des parents, les standards personnels élevés et la préoccupation concernant l'ordre et l'organisation (Stoeber, 1998). Ces items sont cotés sur une échelle de type Likert allant de *fortement en désaccord* (1) à *fortement en accord* (5). Les résultats sont interprétés par le score de chacune des sous-échelles et le score total de perfectionnisme, qui correspond à l'ensemble des scores à l'exception de la sous-échelle d'organisation. Le score total peut donc varier de 29 à 145 et un score élevé représente un niveau plus élevé de perfectionnisme. La validité de cet instrument a été démontrée à maintes reprises auprès de populations étudiantes (Frost et al., 1990, Frost et al., 1993; Stoeber, 1998). Les quatre sous-échelles présentent une bonne cohérence interne avec des coefficients alpha allant de 0,78 à 0,89 (Stoeber, 1998). La version francophone de ce questionnaire montre également une excellente cohérence interne ($\alpha = 0{,}90$; Rhéaume et al., 1995).

L'*Échelle d'autocompassion* (SCS; Neff, 2003b) est un inventaire de 26 items répartis en six sous-échelles mesurant l'autocompassion sur une échelle de type Likert allant de *presque jamais* (1) à *presque toujours* (5). Certaines sous-échelles sont positives, soit la bienveillance envers soi, la commune humanité et la pleine conscience, alors que les

autres sont inversées, soit le jugement envers soi, l'isolation et la sur-identification. Ce questionnaire est le plus souvent interprété par le score total qui se calcule par la somme des moyennes de chaque sous-échelle, en inversant bien les sous-échelles négatives. Un score élevé correspond à un niveau plus élevé d'autocompassion. Le SCS présente une excellente stabilité temporelle (3 semaines; $r = 0,93$), une bonne validité de construit et une excellente cohérence interne ($\alpha = 0,92$). La version francophone de ce questionnaire montre également une bonne validité convergente et une excellente cohérence interne ($\alpha = 0,94$; Kotsou & Leys, 2016).

L'*Inventaire d'anxiété situationnelle et traits d'anxiété* (STAI-Y-F; Spielberger et al., 1983) permet de mesurer le niveau actuel d'anxiété (STAI-Y-F1) ainsi que le niveau habituel d'anxiété (STAI-Y-F2). Chacune des deux formes comprend 20 items cotés sur une échelle de type Likert allant de *pas du tout* (1) à *beaucoup* (4) pour l'état anxieux actuel et de *presque jamais* (1) à *presque toujours* (4) pour l'état anxieux habituel. Les scores possibles des deux formes varient de 20 à 80 et un score élevé représente un haut niveau d'anxiété. La version française de ce questionnaire possède une bonne validité de construit et une excellente cohérence interne ($\alpha = 0,90$ et $\alpha = 0,91$; Gauthier & Bouchard, 1993).

L'*Inventaire de dépression de Beck* (BDI-II; Beck et al., 1996) permet de mesurer la sévérité des symptômes dépressifs. Il comporte 21 items qui sont cotés à l'aide d'énoncés d'intensité allant de 0 à 3. Le score total varie de 0 à 63 et un score élevé représente une

plus grande sévérité des symptômes dépressifs. Ce questionnaire possède une bonne stabilité temporelle (1 à 2 semaines; $r = 0,96$; Sprinkle et al., 2002), une bonne validité convergente avec le BDI ($r = 0,93$) et une excellente cohérence interne ($\alpha = 0,91$; Dozois et al., 1998).

L'*Échelle d'interférence de Sheehan* (SDS; Sheehan, K. & Sheehan, D., 2008) est une mesure auto-rapportée d'altération du fonctionnement. L'échelle comprend trois items évaluant l'impact des symptômes sur le fonctionnement au travail, dans la vie sociale et dans la vie familiale. Ces items sont cotés sur une échelle de type Discan en 11 points : *pas du tout* (0); *légèrement* (1-3); *moyennement* (4-5); *beaucoup* (7-9); *énormément* (10). Le score total peut varier de 0 à 30 et un score élevé représente une plus grande altération du fonctionnement. Un score total de 6 ou moins serait suggéré comme une rémission et un score total de 12 ou moins comme une réponse au traitement. Cette échelle possède une bonne validité de construit et une très bonne cohérence interne ($\alpha = 0,89$; Leon et al., 1997).

Un questionnaire, adapté de Borkovec et Nau (1972), a été administré à la deuxième et à la dernière séance de traitement afin de mesurer l'acceptabilité, l'adhérence et la satisfaction du traitement (voir Appendice H). Ce questionnaire comporte six items à coter sur une échelle de type Likert allant de *pas du tout* (0) à *beaucoup* (8). Les scores totaux peuvent aller de 0 à 48 et plus le score est élevé, plus il traduit une crédibilité, une adhérence et une satisfaction élevées accordées au traitement. Ce questionnaire présente

une bonne stabilité temporelle (1 semaine; $r = 0,83$) et une très bonne cohérence interne ($\alpha = 0,85$; Devilly & Borkovec, 2000).

Analyses statistiques

Une analyse visuelle des auto-enregistrements quotidiens à partir de représentations graphiques a d'abord été effectuée selon le niveau de la mesure critère ainsi que sa tendance et son orientation, tels que décrit par Portney (2020). Ce type d'analyse est privilégié dans les protocoles expérimentaux à cas uniques (Barlow et al., 2009; Kazdin, 2019; Portney, 2020). Elle a ainsi permis d'observer l'évolution du niveau de perfectionnisme des participantes tout au long du protocole et la présence ou non d'un changement de ce phénomène cible avec l'introduction contrôlée du traitement. Le niveau d'autocompassion, mesuré par les auto-enregistrements quotidiens, a également été analysé de la même manière. De plus, des indices Tau-U ont été calculés afin d'évaluer statistiquement les changements observés lors de l'analyse visuelle sur ces variables. Cette analyse statistique non-paramétrique permet de calculer une taille de l'effet en tenant compte du non chevauchement des données et de la tendance entre les différentes phases du protocole (Parker et al., 2011). En ce sens, un indice de 0,20 est considéré comme un petit changement, un indice entre 0,20 et 0,60 comme un changement modéré, un indice entre 0,60 et 0,80 comme un grand changement et un indice supérieur à 0,80 comme un très grand changement (Vannest & Ninci, 2015). Des statistiques descriptives ont également été réalisées afin de montrer les résultats des questionnaires aux différentes phases du protocole. Finalement, des scores critères ont été calculés selon la méthode

proposée par Jacobson et Truax (1991). Les résultats obtenus aux questionnaires ont ainsi été comparés aux scores critères afin de juger si un changement clinique significatif était montré. Toujours selon la méthode proposée par Jacobson et Truax (1991), des indices de changement fiable ont également été calculés afin de juger si les résultats obtenus aux questionnaires représentaient des changements surpassant suffisamment l'erreur-type de mesure.

Résultats

Cette section présente les résultats obtenus dans le cadre de l'étude. Elle est divisée selon les différentes mesures utilisées, soit la mesure d'acceptabilité et d'adhérence au traitement, les auto-enregistrements quotidiens et les questionnaires auto-administrés.

Mesure d'acceptabilité et d'adhérence au traitement

Les résultats à la mesure d'acceptabilité et d'adhérence de chaque participante au début du traitement sont respectivement 35, 30, 40 et 38. Ces données indiquent que les participantes P3 et P4 ont accordé une très bonne crédibilité au traitement au moment de le débuter puisque le résultat maximal possible est de 48. Leurs scores respectifs au post-traitement, soit 45 et 43, indiquent même une augmentation de la crédibilité accordée au traitement. La P1 a quant à elle accordé une bonne crédibilité au traitement en le débutant, résultat qui s'est maintenu au post-traitement avec un score de 36,5. Pour ce qui est de la P2, elle a accordé une crédibilité moyenne au traitement en le débutant et aucune donnée n'a été recueillie au post-traitement étant donné son abandon en cours de traitement. Les résultats des participantes à l'item sur l'adhérence au début du traitement sont respectivement 7, 3, 7 et 7. Les participantes P1, P3 et P4 ont ainsi indiqué une très bonne adhérence au traitement puisque le score maximal est de 8, résultats qu'elles ont maintenus au post-traitement avec chacune un score de 7. Pour ce qui est de la P2, elle a évalué son adhérence au traitement comme étant plutôt faible au début du traitement.

Mesure d'auto-enregistrements quotidiens

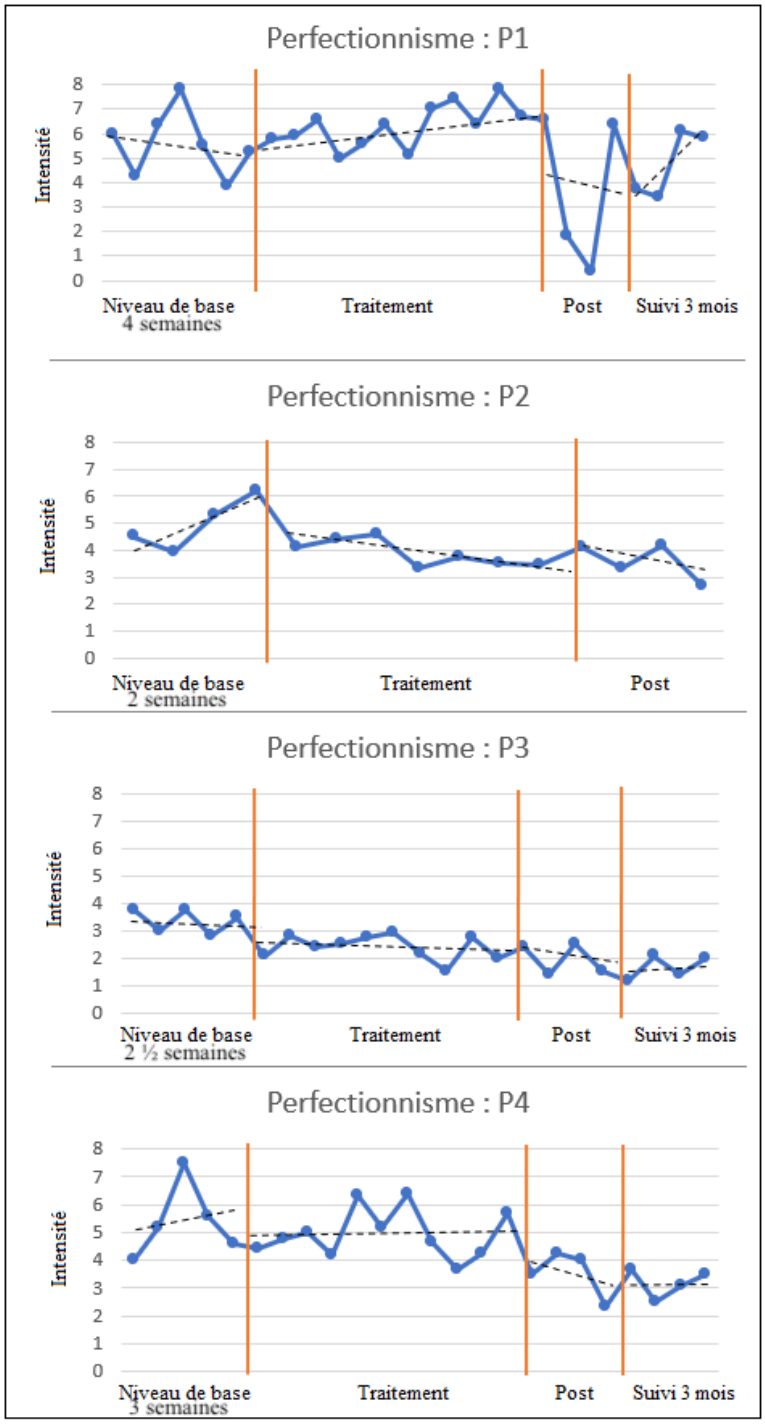
Les variations des niveaux de perfectionnisme et d'autocompassion aux différents temps de mesure sont les variables présentées dans la prochaine section. L'analyse visuelle à l'aide de la représentation graphique des auto-enregistrements quotidiens a permis d'observer les impacts de l'introduction contrôlée du traitement sur les différentes variables. Les indices de Tau-U ont ensuite permis d'évaluer statistiquement les changements observés. De plus, la fréquence de la pratique d'exercices entre les séances a été mesurée dès le début du traitement et sera présentée par la proportion moyenne de jours de pratique pour chaque phase de l'étude.

Niveau de perfectionnisme

La Figure 1 présente les variations du niveau de perfectionnisme pour chaque participante aux différentes phases de l'étude. Il s'agit de la mesure critère. Chaque point sur le graphique correspond à une moyenne de quatre jours, ce qui a été utilisé pour faciliter l'observation visuelle. L'observation visuelle des graphiques de la Figure 1 permet de constater une stabilité relative du niveau de base de perfectionnisme pour la P1, une stabilité pour la P3 ainsi qu'une tendance à la hausse pour les participantes P2 et P4. Ces observations permettent ainsi d'appuyer l'introduction du traitement. Durant la phase de traitement, il est possible d'observer une tendance continuelle à la baisse du niveau de perfectionnisme pour la P2, une légère baisse pour la P3 et une stabilisation avec un niveau plus bas que celui observé lors de la phase de niveau de base pour la P4. Alors que pour la participante P1, une hausse du niveau de perfectionnisme est observable au cours

Figure 1

Niveaux de perfectionnisme de chaque participante à chaque temps de mesure



du traitement. L'analyse visuelle des données à la phase de post-traitement indique, quant à elle, une diminution continue du niveau de perfectionnisme pour l'ensemble des participantes, malgré une certaine variation pour la P1. Au suivi de trois mois qui a été complété que par trois des quatre participantes, un maintien de la diminution du niveau de perfectionnisme est observé pour les participantes P3 et P4, alors qu'une tendance à la hausse est observable pour la P1 avec un niveau moyen légèrement plus bas que le niveau de base.

Le Tableau 1 présente les résultats des analyses de Tau-U qui ont permis d'évaluer statistiquement les changements observés lors de l'analyse visuelle. Les tendances des niveaux de base n'étaient pas significatives et donc aucune correction n'a été effectuée. Les données de la P1 et de la P2 ne montrent aucun changement significatif entre les différentes phases de l'étude, alors que des changements significatifs de grande taille sont montrés entre le niveau de base et le post-traitement pour la P3 et entre le niveau de base et le suivi de trois mois pour la P4. De plus, les analyses combinant les données de toutes les participantes indiquent des changements significatifs modérés entre le niveau de base et le post-traitement et entre le niveau de base et le suivi de trois mois. Ces résultats permettent ainsi d'appuyer statistiquement la baisse observée du niveau de perfectionnisme chez l'ensemble des participantes au post-traitement ainsi qu'au suivi de trois mois. À la lumière des analyses des données individuelles et combinées issues des auto-enregistrements, les résultats suggèrent donc que l'intervention d'autocompassion soit liée à une diminution du niveau de perfectionnisme.

Tableau 1

Résultats aux analyses Tau-U des niveaux de perfectionnisme et d'autocompassion

Variable	Participante	Phases		
		Niveau de base vs traitement	Niveau de base vs post-traitement	Niveau de base vs suivi 3 mois
Perfectionnisme	P1	0,41	-0,37	-0,18
	P2	-0,36	-0,40	DM
	P3	-0,25	-0,88*	-0,75
	P4	0,06	-0,83	-1*
	Combinées	0,03	-0,58**	-0,58*
Autocompassion	P1	0,49***	0,52**	0,52**
	P2	0,02	0,18	DM
	P3	0,46**	0,37	0,34
	P4	0,26	0,72***	0,84***
	Combinées	0,32***	0,45***	0,57***

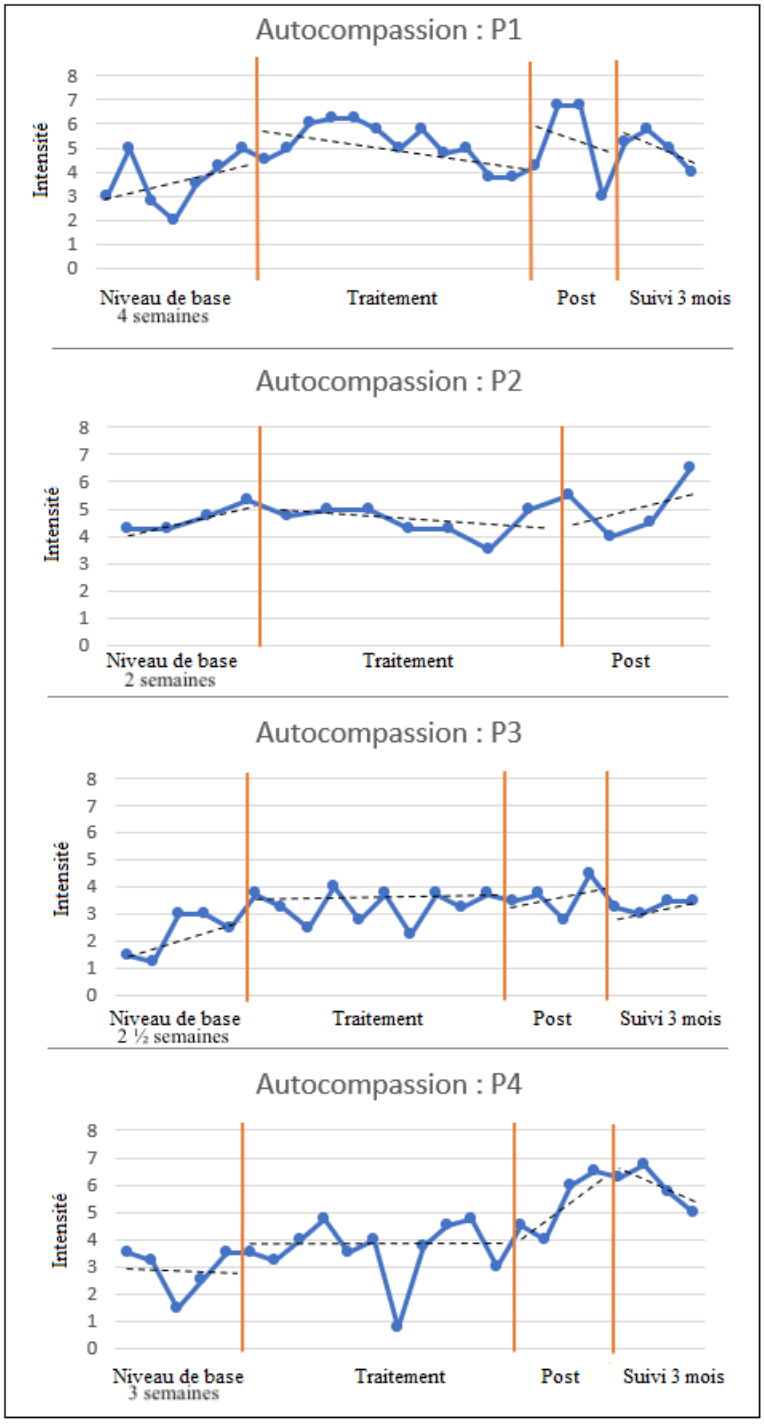
Note. DM = Donnée manquante.
*$p < 0,05$; **$p < 0,01$; ***$p < 0,001$

Niveau d'autocompassion

La Figure 2 présente les variations du niveau d'autocompassion pour chaque participante aux différentes phases de l'étude. Chaque point sur le graphique correspond à une moyenne de quatre jours, ce qui a été utilisé pour faciliter l'observation visuelle. L'observation visuelle des graphiques de la Figure 2 permet de constater des niveaux de base tendant vers la hausse pour les participantes P1, P2 et P3 ainsi qu'une stabilité pour la participante P4. À la suite de l'introduction du traitement, on observe une courbe indiquant un niveau d'autocompassion plus élevé que celui du niveau de base pour la P1, la P3 et la P4, alors que celle de la P2 se maintient généralement au même niveau que celui observé lors du niveau de base. Au post-traitement, une tendance à la hausse du

Figure 2

Niveaux d'autocompassion de chaque participante à chaque temps de mesure



niveau d'autocompassion est observée pour chacune des participantes, malgré une certaine variation pour la P1. Un maintien de ces résultats au suivi de trois mois est observé pour les trois participantes qui ont complété cette phase de mesure (P1, P3 et P4).

Les analyses de Tau-U (voir Tableau 1) ont permis d'analyser statistiquement les changements observés lors de l'analyse visuelle. Seule la tendance du niveau de base d'autocompassion de la P3 était significative et donc une correction a été effectuée. Les données montrent des changements significatifs modérés entre le niveau de base et le traitement pour la P1 et la P3. Des changements significatifs sont également obtenus entre le niveau de base et le post-traitement, soit un changement modéré pour la P1 et un changement de grande taille pour la P4. Ces degrés de changements se sont maintenus au suivi de trois mois pour la P1 et pour la P4. De plus, les analyses combinant les données de toutes les participantes indiquent des changements significatifs modérés entre le niveau de base et la phase de traitement, entre le niveau de base et le post-traitement ainsi qu'entre le niveau de base et le suivi de trois mois. Ces résultats confirment statistiquement la hausse observée du niveau d'autocompassion chez l'ensemble des participantes et suggère que le traitement soit lié à une augmentation du niveau d'autocompassion.

Le Tableau 2 présente les moyennes des auto-enregistrements pour les niveaux de perfectionnisme et d'autocompassion ainsi que de la fréquence de pratique d'exercices des participantes à chaque temps de mesure. Les résultats permettent d'appuyer les changements observés lors de l'analyse visuelle. En effet, il est possible d'observer une

Tableau 2

Moyennes et écart-types des variables d'auto-enregistrements à chaque temps de mesure

Variable	Participante	Temps de mesure			
		Niveau de base	Traitement	Post-traitement	Suivi 3 mois
Niveau de perfectionnisme	P1	5,61 (1,96)	6,29 (1,36)	3,40 (3,00)	4,62 (1,90)
	P2	4,91 (1,33)	3,89 (1,05)	3,69 (0,89)	DM
	P3	3,35 (1,28)	2,40 (1,08)	2,02 (1,00)	1,62 (0,96)
	P4	5,32 (1,45)	4,92 (1,47)	3,69 (1,22)	3,14 (1,46)
Niveau d'autocompassion	P1	3,69 (1,74)	5,15 (1,24)	5,50 (1,84)	5,14 (0,74)
	P2	4,60 (0,80)	4,52 (1,26)	4,93 (1,16)	DM
	P3	2,22 (1,18)	3,29 (1,02)	3,50 (0,82)	3,29 (0,70)
	P4	2,90 (1,27)	3,64 (2,00)	5,07 (1,67)	6,07 (1,53)
Pratique d'exercices	P1	N/A	0,43	0,00	0,00
	P2	N/A	0,56	0,50	DM
	P3	N/A	0,38	0,21	0,07
	P4	N/A	0,57	0,50	0,29

Notes. DM = Donnée manquante; N/A = Non-applicable.

diminution du niveau de perfectionnisme au post-traitement pour l'ensemble des participantes qui se maintient généralement au suivi de trois mois. Les moyennes rendent compte également d'une augmentation du niveau d'autocompassion au post-traitement pour l'ensemble des participantes et d'un certain maintien au suivi de trois mois. Concernant la fréquence de la pratique d'exercices entre les séances, les participantes P2 et P4 ont mis en pratique les exercices plus de la moitié des jours pendant le traitement et

ont maintenu cette moyenne au post-traitement. La P4 a diminué sa fréquence de pratique au tiers des jours lors du suivi de trois mois. Les participantes P1 et P3 ont pratiqué les exercices moins de la moitié des jours pendant le traitement et ont maintenu légèrement ou pas du tout la pratique au post-traitement ainsi qu'au suivi de trois mois.

Questionnaires auto-administrés

Le Tableau 3 présente les résultats de chaque participante aux questionnaires à chaque temps de mesure. Sur l'*Échelle multidimensionnelle du perfectionnisme de Frost* (FMPS), toutes les participantes ont montré une diminution de leur score total au post-traitement, qui s'est maintenue au suivi de trois mois. Sur l'*Échelle d'autocompassion* (SCS), toutes les participantes ont montré une augmentation de leur score total au post-traitement qui s'est maintenue au suivi de trois mois. Pour l'*Inventaire d'anxiété situationnelle* (STAI-1), toutes les participantes ont montré une diminution de leur score au post-traitement, ce qui s'est maintenu au suivi de trois mois pour les participantes P3 et P4. Pour l'*Inventaire de traits d'anxiété* (STAI-2), l'ensemble des participantes ont montré une réduction de leur score au post-traitement, ce qui s'est maintenu au suivi de trois mois. Sur le plan de l'*Inventaire de dépression de Beck* (BDI-II), l'ensemble des participantes ont montré une diminution de leur score au post-traitement qui s'est maintenue au suivi de trois mois seulement pour les participantes P3 et P4. Du côté de la P1, son score est sensiblement revenu à celui observé au niveau de base. Finalement, sur l'*Échelle d'interférence de Sheehan* (SDS), toutes les participantes ont montré une réduction de leur score total au post-traitement avec un maintien de ce changement au suivi de trois mois.

Tableau 3

Scores aux questionnaires auto-administrés aux différents temps de mesure

Participante	Instrument	Score critère	Temps de mesure		
			Niveau de base	Post-traitement	Suivi 3 mois
P1	FMPS	<79	111	83[b]	78[a]
	SCS	>61	43	75[a]	72[a]
	STAI-1	<35	58	38[b]	61
	STAI-2	<50	66	62	58[b]
	BDI-II	<13	28	19[b]	25
	SDS	<12	26	18[b]	22[b]
P2	FMPS	<79	104	86[b]	DM
	SCS	>61	57	76[a]	DM
	STAI-1	<35	45	37[b]	DM
	STAI-2	<50	60	41[a]	DM
	BDI-II	<13	23	17[b]	DM
	SDS	<12	18	5[a]	DM
P3	FMPS	<79	91	69[a]	66[a]
	SCS	>61	50	90[a]	89[a]
	STAI-1	<35	45	31[a]	23[a]
	STAI-2	<50	54	34[a]	32[a]
	BDI-II	<13	16	7[a]	1[a]
	SDS	<12	17	2[a]	0[a]
P4	FMPS	<79	125	85[b]	85[b]
	SCS	>61	50	85[a]	86[a]
	STAI-1	<35	45	33[a]	28[a]
	STAI-2	<50	59	46[a]	37[a]
	BDI-II	<13	23	1[a]	0[a]
	SDS	<12	19	8[a]	5[a]

Notes. FMPS = Échelle multidimensionnelle du perfectionnisme de Frost; SCS = Échelle d'autocompassion; STAI-1 = Inventaire d'anxiété situationnelle; STAI-2 = Inventaire de trait d'anxiété; BDI-II = Inventaire de dépression de Beck; SDS = Échelle d'interférence de Sheehan; DM = Donnée manquante.

[a] Score de fonctionnement normal

[b] Indice de changement fiable

De plus, un score critère pour chaque questionnaire a été déterminé selon la méthode suggérée par Jacobson et Truax (1991) afin de juger de l'atteinte ou non d'un changement clinique significatif. Ainsi, les scores au post-traitement ont été comparés au score critère afin de déterminer s'ils représentaient un score de fonctionnement normal. Toujours selon les recommandations de Jacobson et Truax (1991), des indices de changement fiable ont également été calculés afin de déterminer si les scores ne reflétant pas un changement clinique significatif surpassaient tout de même l'erreur-type de mesure. Un indice de changement est considéré fiable lorsqu'il est plus grand que 1.96, ce qui permet d'appuyer une amélioration réelle du score puisqu'elle excède l'erreur-type de mesure (Jacobson & Truax, 1991). Les résultats de ces analyses sont également présentés dans le Tableau 3.

Seule la P3 a montré un score de fonctionnement normal de perfectionnisme au post-traitement, ce qui indique un changement clinique significatif, et qui s'est maintenu au suivi de trois mois. L'ensemble des autres participantes ont présenté une réduction fiable de leur score de perfectionnisme au post-traitement et la P1 a atteint un score de fonctionnement normal indiquant un changement clinique significatif au suivi de trois mois. La P4, quant à elle, a maintenu une réduction fiable de son niveau de perfectionnisme au suivi de trois mois. Sur le plan de l'autocompassion, toutes les participantes ont obtenu un changement clinique significatif qui s'est maintenu au suivi de trois mois pour toutes les participantes qui ont complété cette dernière phase d'évaluation (P1, P3 et P4). Sur le plan des symptômes anxieux, la P1 et la P2 ont montré une réduction fiable de leur niveau d'anxiété situationnelle, mais qui ne s'est pas

maintenue au suivi de trois mois pour la P1. La P3 et la P4 ont obtenu un score de fonctionnement normal indiquant un changement clinique significatif de leur niveau d'anxiété situationnelle, ce qui s'est maintenu au suivi de trois mois. Pour ce qui est du niveau de traits d'anxiété, la P2, P3 et P4 ont montré un changement clinique significatif au post-traitement, ce qui s'est maintenu au suivi de trois mois pour la P3 et la P4. La P1 a quant à elle montré une réduction fiable de son niveau de traits d'anxiété seulement au suivi de trois mois. Un changement clinique significatif des symptômes dépressifs est obtenu au post-traitement et maintenu au suivi de trois mois pour la P3 et la P4. Quant à la P1 et la P2, une diminution fiable de leurs symptômes dépressifs est observée au post-traitement, mais qui n'est pas maintenue au suivi de trois mois pour la P1. Sur le plan de l'interférence du fonctionnement, trois participantes (P2, P3, P4) ont montré un changement clinique significatif au post-traitement qui s'est maintenu au suivi de trois mois pour la P3 et la P4, alors que la P1 a montré une réduction fiable au post-traitement qui s'est maintenue au suivi de trois mois.

Discussion

L'objectif de ce mémoire était d'évaluer l'efficacité d'une intervention d'autocompassion auprès de personnes étudiantes ayant des tendances perfectionnistes élevées qui interfèrent avec leur fonctionnement. Il s'agissait ainsi d'évaluer l'effet de l'intervention sur le niveau de perfectionnisme (Question 1), sur le niveau d'autocompassion (Question 2) ainsi que sur les symptômes anxieux et dépressifs et l'altération du fonctionnement (Question 3). Le maintien des résultats obtenus au post-traitement jusqu'au suivi de trois mois a également été évalué (Question 4).

La présente étude est la seule parmi celles répertoriées à avoir évalué l'efficacité d'une intervention d'autocompassion chez une population étudiante ayant spécifiquement des tendances perfectionnistes élevées qui interfèrent avec leur fonctionnement. Dans la section qui suit, les résultats obtenus sont ainsi discutés et mis en lien avec les conclusions d'autres études similaires présentes dans la littérature scientifique. Les forces et limites de l'étude, les pistes de recherches futures et les retombées cliniques sont également présentées.

Dans l'ensemble, le traitement semble avoir engendré une légère baisse du niveau de perfectionnisme à en juger par l'analyse visuelle. En effet, à la suite de l'intervention d'autocompassion de six séances, toutes les participantes ont montré, à différents degrés, une diminution de leur niveau de perfectionnisme auto-enregistré quotidiennement. Cette diminution s'est maintenue jusqu'au suivi de trois mois pour deux des trois participantes ayant complété cette phase de mesure. Les résultats au FMPS ont également appuyé cette

réduction du niveau de perfectionnisme, les participantes ayant toutes atteint minimalement un changement fiable sur cette variable au post-traitement et au suivi de trois mois. Le niveau d'autocompassion, quant à lui, s'est amélioré pour l'ensemble des participantes au post-traitement et cette amélioration s'est maintenue jusqu'au suivi de trois mois pour les trois participantes ayant complété cette phase de mesure. Ces résultats sont appuyés autant par les analyses issues des auto-enregistrements que par celles des questionnaires qui montrent un changement clinique significatif du niveau d'autocompassion pour l'ensemble des participantes. De plus, les résultats aux questionnaires auto-administrés ont montré une amélioration des symptômes anxieux et dépressifs ainsi que de l'interférence du fonctionnement pour la majorité des participantes, ce qui s'est maintenue au suivi de trois mois pour deux des trois participantes ayant complété cette phase de mesure.

Acceptabilité et adhérence

La majorité des participantes ont accordé une bonne crédibilité au traitement et s'en sont montrées satisfaites. Celles-ci ont également indiqué avoir très bien adhéré au protocole, malgré une pratique d'exercices plus ou moins constante pour l'ensemble d'entre elles. Seule la P2 a accordé une crédibilité moyenne au traitement et y a évalué son adhérence comme étant plutôt faible, ce qui pourrait expliquer en partie l'interruption volontaire de sa participation après la quatrième séance. Pourtant, sur le plan de la pratique d'exercices, cette participante a indiqué avoir mis en pratique les exercices plus de la moitié des jours pendant le traitement, moyenne qu'elle a maintenue au post-traitement.

Elle semble donc avoir sous-estimé son niveau d'adhérence au traitement, ce qui rejoint la tendance des individus perfectionnistes à s'auto-évaluer de manière inexacte (Park et al., 2020). En fait, une étude a montré que les préoccupations perfectionnistes prédisaient négativement la performance académique de personnes étudiantes par le biais de leur difficulté à s'auto-évaluer justement (Park et al., 2020). Il est donc possible qu'en jugeant négativement son adhérence au traitement, la P2 se soit sentie en échec, ce qui a pu précipiter son arrêt. De la même façon, la P1 semble s'être évaluée de manière inexacte sur le plan de son adhérence au traitement. En effet, elle a qualifié son adhérence comme étant plutôt élevée, alors qu'elle a mis en pratique les exercices moins de la moitié des jours pendant la phase de traitement et pas du tout lors des phases subséquentes.

Les résultats obtenus montrent donc une certaine difficulté pour les participantes à adhérer de manière continue au traitement. En effet, bien que les participantes aient indiqué avoir une très bonne adhérence, la fréquence de la pratique d'exercices entre les séances demeurent plutôt faible dans l'ensemble. Cela n'est pas surprenant puisque le perfectionnisme inadapté a été documenté comme ayant un impact sur l'adhérence aux devoirs, notamment par le biais de tendances procrastinatrices (Kobori et al., 2020). Cette difficulté pourrait néanmoins s'expliquer en partie par le temps parfois limité qui était dédié en séance à la présentation et à la pratique de l'exercice de la semaine. Il est possible que d'offrir plus de temps pour la pratique des exercices en séance puisse optimiser l'adhérence. La pratique d'exercices hors séance était une composante centrale du programme d'intervention, ce qui a donc pu affecter le niveau d'amélioration observé sur

les variables à l'étude. En effet, comme l'ont montré Neff et Germer (2013), plus la pratique d'exercices d'autocompassion est élevée et plus le développement d'une posture bienveillante est favorisé. Il est donc possible que la pratique d'exercices plus faible de la P1 puisse expliquer qu'elle semble avoir moins bénéficié de l'intervention que les autres participantes.

Niveau de perfectionnisme

Les résultats obtenus de l'analyse visuelle des auto-enregistrements quotidiens ainsi que de l'analyse de changement clinique des questionnaires auto-administrés indiquent qu'une intervention d'autocompassion de courte durée peut engendrer une diminution du niveau de perfectionnisme qui se maintient généralement à court terme. Ces résultats vont dans le même sens que les conclusions de Rose et ses collègues (2018). En fait, ces auteures ont évalué l'acceptabilité et l'efficacité d'une intervention, inspirée de la thérapie centrée sur la compassion, auprès d'une population étudiante ayant de hauts niveaux d'autocritique interférant avec leur fonctionnement ($N = 23$). Leurs résultats ont montré une diminution significative de l'autocritique et du perfectionnisme inadapté avec un maintien jusqu'à deux mois suivant leur intervention de six séances. Les résultats obtenus rejoignent également les conclusions d'une autre récente étude qui a montré l'efficacité d'une courte intervention en ligne sur l'autocompassion (quatre semaines) pour réduire le perfectionnisme inadapté chez une population étudiante ayant un syndrome d'imposteur élevé (Liu et al., 2023). De plus, les conclusions de la présente étude sont également

cohérentes avec l'association négative entre l'autocompassion et le perfectionnisme inadapté qui a déjà été documentée (Linnett & Kibowski, 2019; Neff, 2003b).

Les résultats des analyses individuelles de Tau-U issues des auto-enregistrements quotidiens ne permettent toutefois pas de confirmer tous les résultats de l'analyse visuelle. En fait, seulement deux participantes ont montré une différence significative à partir de leur niveau de base, l'une au post-traitement (P3) et l'autre au suivi de trois mois (P4). En revanche, en combinant les données de toutes les participantes, une différence significative a été obtenue au post-traitement et s'est maintenue au suivi de trois mois, montrant ainsi un effet significatif de l'intervention de -58 % sur le niveau de perfectionnisme. Ce résultat combiné peut probablement s'expliquer par l'ampleur des changements significatifs obtenus par la participante au post-traitement (P3) et par l'autre au suivi de trois mois (P4). Le manque de puissance statistique pourrait donc s'avérer un facteur explicatif de ces résultats. En fait, il est possible de conclure à un effet de l'intervention avec l'analyse visuelle qui est reconnue être la méthode d'analyse usuelle et recommandée dans les protocoles expérimentaux d'études de cas (Barlow et al., 2009; Kazdin, 2019). Cet effet de l'intervention n'a toutefois peut-être pas été suffisamment grand pour qu'il ressorte significatif des analyses individuelles de Tau-U. En effet, la puissance des analyses Tau-U est limitée lorsque l'effet de l'intervention est faible (Fingerhut et al., 2021). Dans ce cas, certains auteurs proposent d'utiliser d'autres analyses pour évaluer l'efficacité de l'intervention (Fingerhut et al., 2021). L'utilisation

de la méthode d'analyse de changement clinique des mesures auto-administrées réalisée dans le cadre de cette étude va dans le sens de ces recommandations.

Par ailleurs, il est possible que la variabilité des données aux auto-enregistrements observée chez certaines participantes soit en cause dans la non-signification obtenue des analyses individuelles de Tau-U. En effet, les analyses de Tau-U tiennent compte du degré de chevauchement et de variabilité des données entre les différentes phases dans l'analyse d'effets significatifs (Parker et al., 2011). Cette variabilité est particulièrement notable pour la P4. À la lumière de l'analyse visuelle, un changement est clairement observable au post-traitement pour cette participante, bien qu'il ne soit pas significatif aux analyses de Tau-U. En revanche, nous remarquons une grande variabilité de ses données sur le plan du graphique et des écart-types. Cette variabilité pourrait s'expliquer par une sensibilité du perfectionnisme aux stresseurs externes. En effet, au milieu de la phase d'intervention, la P4 était exposée à des activités sportives et académiques jugées stressantes et ses données montrent un niveau plus élevé de perfectionnisme durant cette période. De même, la P1 était en période d'examens durant les dernières séances d'intervention et ses données montrent un niveau plus élevé de perfectionnisme durant cette période. Il semble donc que certains contextes situationnels puissent susciter davantage les tendances perfectionnistes. Cette explication rejoint la conceptualisation du perfectionnisme de Shafran et ses collègues (2002) qui souligne que les tendances perfectionnistes se manifestent dans les sphères de vie importantes pour la personne plutôt que de manière généralisée. Il n'est toutefois pas possible de confirmer cette hypothèse étant donné que

l'auto-enregistrement quotidien ne contenait pas de mesure de stress perçu. Il pourrait donc être utile de mesurer cette variable dans le cadre de futures études.

Sur le plan des analyses de changement clinique, seulement une participante a obtenu un changement clinique significatif au post-traitement, alors que les autres ont obtenu un changement fiable de leur niveau de perfectionnisme. Ce résultat pourrait être attribuable à une diminution observée aux sous-échelles du perfectionnisme considérées malsaines, mais à un certain maintien observé aux sous-échelles considérées saines du FMPS. L'atteinte d'un score de fonctionnement normal en a ainsi probablement été affectée. Cette hypothèse va dans le même sens que les résultats obtenus dans une autre étude sur l'efficacité de la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) pour réduire le perfectionnisme clinique (Ong et al., 2019). En fait, leurs résultats ont montré une réduction plus importante des préoccupations concernant les erreurs et des doutes par rapport aux actions que des standards personnels. Les auteurs concluent que leur intervention aurait donc permis de conserver un certain niveau de standards personnels, mais de changer la façon d'y répondre avec plus de flexibilité et de manière plus adaptée (Ong et al., 2019). D'une manière comparable, il est possible que l'intervention d'autocompassion réalisée dans la présente étude ait surtout agit sur les aspects malsains du perfectionnisme, tels que l'autocritique et l'autoévaluation basée excessivement sur la performance.

Cette interprétation rejoint le débat concernant la conceptualisation du perfectionnisme qui est intrinsèquement liée à la façon de le mesurer. En effet, dans le cadre de la présente étude, un questionnaire qui inclut à la fois les aspects sains et malsains du perfectionnisme a été utilisé, soit le FMPS (Frost et al., 1990). L'utilisation d'un questionnaire mesurant uniquement les aspects considérés malsains aurait pu être plus appropriée dans le cadre d'une étude de traitement. Une telle mesure aurait pu permettre d'évaluer l'effet direct de l'intervention sur les aspects qui sont considérés comme problématiques au sein de la littérature scientifique. D'ailleurs, plusieurs études de traitement répertoriées ont utilisé des sous-échelles distinctes du FMPS pour mesurer les effets de leur traitement sur le perfectionnisme inadapté (Liu et al., 2023; Ong et al., 2019; Rose et al., 2018). Les deux sous-échelles principalement utilisées étaient les doutes par rapport aux actions et les préoccupations concernant les erreurs (Liu et al., 2023). Dans une étude ayant révisé le FMPS, ces deux sous-échelles ont d'ailleurs été reliées en une seule à la suite de l'analyse factorielle de l'instrument (Stoeber, 1998). De plus, cette nouvelle sous-échelle de préoccupations concernant les erreurs et doutes a montré une forte association avec l'anxiété et la dépression, alors que la sous-échelle des standards personnels a montré qu'une faible association avec ces variables (Stoeber, 1998).

De façon générale, les résultats limités de la baisse du perfectionnisme peuvent également s'expliquer par l'ambivalence au changement des personnes perfectionnistes. En effet, la motivation à changer peut être plutôt faible en raison des nombreux aspects positifs associés au perfectionnisme (Egan et al., 2013). Une étude qualitative a permis de

ressortir les principaux aspects positifs du perfectionnisme rapportés par des personnes étudiantes, tels que les accomplissements favorisés, la valorisation des autres et le sentiment qu'une catastrophe s'opérerait si elles n'étaient pas perfectionnistes (Egan et al., 2013). Ce genre de croyances a d'ailleurs été observé chez les participantes de la présente étude. En effet, elles associaient plusieurs de leurs réussites à leurs tendances perfectionnistes et rapportaient une certaine peur d'échouer si elles ne se mettaient pas une aussi grande pression pour réussir. Les résultats limités de la baisse du perfectionnisme peuvent donc s'expliquer en partie par cette ambivalence au changement liée à un possible maintien de ces croyances sur l'utilité du perfectionnisme.

L'intervention de courte durée d'autocompassion a tout de même permis de diminuer le niveau de perfectionnisme malgré la pression extérieure du milieu académique. En effet, la valorisation de la performance ainsi que les évaluations constantes dans le milieu académique en font un milieu propice à l'activation des vulnérabilités perfectionnistes (Finn, 2016). Il est donc non négligeable qu'un effet de l'intervention ait été observé, d'autant plus dans ce genre de milieu.

Niveau d'autocompassion

Les résultats obtenus montrent une augmentation du niveau d'autocompassion à la suite de l'intervention pour l'ensemble des participantes, ce qui s'est maintenu au suivi de trois mois pour les trois participantes ayant complété cette phase de mesure. L'analyse des questionnaires démontre l'atteinte d'un changement clinique significatif à la suite de

l'intervention pour l'ensemble des participantes, et ce, avec un maintien au suivi de trois mois. Ces résultats rejoignent ceux de Rose et ses collègues (2018) qui ont rapporté une augmentation significative du niveau d'autocompassion chez des personnes étudiantes fortement autocritiques ayant reçu une intervention de six séances inspirée de la thérapie centrée sur la compassion (*Compassion-focused therapy*; Gilbert, 2009), augmentation qui s'est maintenue jusqu'à deux mois à la suite de l'intervention. De manière analogue, Neff et Germer (2013) ont montré une augmentation de l'autocompassion à la suite d'une intervention de groupe d'autocompassion de huit semaines, et ce, avec un maintien aux suivis de six mois et d'un an. Les résultats de la présente étude sur le plan du maintien des acquis s'ajoutent donc à ceux d'études similaires qui suggèrent que l'autocompassion demeure relativement stable une fois apprise.

Les analyses de Tau-U montrent que des changements significatifs ont été obtenus durant la phase d'intervention, suggérant ainsi un développement rapide de l'autocompassion. Cela peut s'expliquer en partie par la nature des premières séances d'intervention qui visaient à favoriser une connaissance approfondie de la nature et des visées de l'autocompassion ainsi qu'une prise de conscience de l'impact négatif de l'autocritique. En fait, certaines participantes s'inquiétaient que l'autocompassion puisse les amener à « ne plus chercher à s'améliorer » ou à « se donner des excuses » pour leurs erreurs. Ce type de croyances face à l'autocompassion a été identifié et réévalué dès les premières séances, ce qui a peut-être permis d'apaiser certaines craintes et de favoriser une meilleure ouverture et disposition à mettre en pratique les stratégies

d'autocompassion pour la suite du traitement. Cette possible explication fait du sens avec l'importance déjà démontrée d'examiner les peurs associées à la compassion qui peuvent être des obstacles au développement de l'autocompassion en plus d'être fortement associées à l'autocritique (Gilbert, 2009; Gilbert et al., 2011).

Une autre explication de ce changement rapide du niveau d'autocompassion pourrait être la perspective d'apprendre une nouvelle posture qui ne confronte pas directement les tendances perfectionnistes, ce qui a pu favoriser la motivation des participantes. En effet, en début de traitement, la plupart des participantes ont nommé de l'enthousiasme et de la curiosité d'essayer quelque chose de nouveau et de le mettre en pratique par des exercices. Les résultats obtenus sur le degré d'acceptabilité de l'intervention en début de traitement témoignent d'ailleurs de cette disposition et appréciation. Gilbert et Procter (2006) ont relevé une conclusion similaire à la suite de leur intervention centrée sur la compassion auprès d'une population clinique ayant de haut niveau de honte et d'autocritique. En fait, les participants de leur étude ont dit avoir apprécié se concentrer sur l'accueil bienveillant de leurs pensées et émotions plutôt que sur la confrontation de leurs pensées, ce qui leur aurait permis de ressentir moins de pression à essayer de changer leurs pensées (Gilbert & Procter, 2006). De façon similaire dans le cadre de la présente étude, il est possible que l'accent mis sur le développement de l'autocompassion ait permis aux participantes d'être moins contraintes de devoir changer leurs pensées autocritiques et d'adopter une posture qui viendrait en opposition à leur conception de l'utilité de leurs tendances perfectionnistes.

De plus, une récente étude a montré qu'il est possible d'avoir un perfectionnisme adapté, soit des standards personnels élevés, tout en ayant un niveau élevé d'autocompassion ainsi que moins de symptômes de détresse (Kawamoto et al., 2023). Ces résultats suggèrent que l'autocompassion n'est pas incompatible avec une envie de performer et de fournir des efforts en ce sens, ce qui peut favoriser la motivation des individus perfectionnistes à mettre en pratique l'autocompassion. D'ailleurs, les auteurs proposent d'utiliser ces résultats afin d'effectuer de l'éducation psychologique auprès d'individus perfectionnistes qui peuvent être réticents à laisser aller leurs tendances autocritiques par peur d'être moins performants (Kawamoto et al., 2023).

Symptômes anxieux et dépressifs et altération du fonctionnement

Toutes les participantes ont obtenu une réduction de leurs symptômes anxieux, dépressifs et de l'altération de leur fonctionnement au post-traitement qui s'est maintenue au suivi de trois mois pour la majorité d'entre elles. Il semble donc qu'une amélioration du niveau d'autocompassion soit associée à une réduction des affects négatifs chez les participantes, et ce, malgré une réduction limitée de leur niveau de perfectionnisme. Ces résultats rejoignent l'effet protecteur de l'autocompassion démontré par plusieurs études (Fong & Loi, 2016; Kawamoto et al., 2023; Leary et al., 2007; Mehr & Adams, 2016; Neff et al., 2007; Richardson et al., 2018). L'étude de Leary et ses collègues (2007), par exemple, a montré qu'un niveau élevé d'autocompassion chez des personnes étudiantes permettait d'atténuer leurs réactions négatives face à des situations stressantes impliquant

notamment un échec ou un rejet. Ces scientifiques expliquent leurs résultats par la possibilité que les personnes ayant un niveau élevé d'autocompassion auraient tendance à plus facilement accepter les aspects défavorables d'eux-mêmes et à moins ruminer leurs échecs comparativement à celles ayant un faible niveau d'autocompassion (Leary et al., 2007). Il est possible d'arriver à un constat similaire dans le cadre de la présente étude. L'autocompassion pourrait donc agir surtout sur la manière de réagir aux situations stressantes en favorisant une meilleure capacité à tolérer l'inconfort qui en découle, ce qui rejoint la conception de l'autocompassion de Neff (2003a) la présentant comme une stratégie de régulation émotionnelle. En effet, l'autocompassion permet d'accueillir les émotions difficiles en pleine conscience, avec bienveillance et en considération de l'humanité commune qu'elles évoquent (Neff, 2003a). Les émotions difficiles ne sont donc pas évitées ou ruminées, mais plutôt vécues de manière saine et adaptative (Neff, 2003a). L'autocompassion a d'ailleurs été associée positivement à des stratégies de régulation centrée sur l'émotion et négativement à des stratégies de régulation orientée sur l'évitement chez des personnes étudiantes vivant un échec perçu sur le plan académique (Neff et al., 2005).

Il est donc possible que les participantes de la présente étude soient arrivées à mieux réguler leurs réactions face à des défis et à des situations stressantes grâce au développement de l'autocompassion observé tôt au cours de l'intervention, et ce, malgré un maintien relatif de leurs tendances perfectionnistes. En fait, l'intervention a montré un effet sur le développement de l'autocompassion, et ce, de façon plus marquante que sur le

niveau de perfectionnisme, en plus d'un effet important sur les symptômes de détresse psychologique et d'interférence qui y sont associés. Il est donc possible qu'un effet sur la capacité à adopter une attitude d'autocompassion doit précéder le changement sur ces variables. Le développement de l'autocompassion, observé tôt au cours de l'intervention, pourrait donc permettre d'expliquer les changements sur le niveau de perfectionnisme qui s'en sont suivis et qui sont davantage apparents une fois l'intervention complétée. Cette hypothèse mérite d'être investiguée davantage dans le cadre de futures études.

Forces, limites et pistes de recherches futures

La présente étude est la première à évaluer l'efficacité d'une intervention d'autocompassion chez une population étudiante ayant spécifiquement des tendances perfectionnistes élevés. L'étude réalisée présente des forces sur le plan méthodologique. L'utilisation d'un protocole expérimental à cas uniques à niveaux de base multiples en fonction des individus a permis de limiter les sources d'invalidités externes. En effet, le maintien d'un niveau de base à durée variable pour chaque participante ainsi que l'introduction décalée du traitement a permis d'évaluer de manière plus valide l'efficacité du traitement (Kazdin, 2019; Portney, 2020; Rivard & Bouchard, 2005). Les protocoles à cas uniques s'avèrent également pertinents pour évaluer l'efficacité d'un nouveau traitement et pour réaliser des études aux ressources limitées, entre autres en temps et en argent (Rivard & Bouchard, 2005). De plus, la taille d'échantillon de quatre participantes a permis une réplication des résultats et l'utilisation d'une mesure de suivi de trois mois a permis d'observer le niveau de maintien de ceux-ci.

La généralisation des résultats demeure tout de même limitée en raison du petit échantillon de femmes provenant de la même université. L'échantillon ne permet également pas de généraliser les résultats à une population clinique. Des critères d'inclusion et d'exclusion ont néanmoins été utilisés de sorte à recruter la population cible de personnes étudiantes ayant des tendances perfectionnistes élevées qui interfèrent avec leur fonctionnement.

L'utilisation d'un protocole de traitement manualisé a permis d'augmenter la qualité du contrôle de l'application du traitement. Le traitement a également été dispensé uniquement par l'étudiante-chercheuse, permettant ainsi une meilleure uniformité dans l'application du traitement. Il est néanmoins possible que l'administration du traitement par l'étudiante-chercheuse ait pu poser un certain problème de désirabilité sociale. L'ajout d'une mesure de désirabilité dans la batterie de questionnaires aurait pu permettre d'observer cette variable, ce qui devrait être considéré dans le cadre de futures études. Il serait également intéressant d'évaluer l'efficacité du protocole avec au moins deux thérapeutes différents et en s'assurant de la fidélité de l'administration, ce qui pourrait ajouter à la généralisation des résultats.

Une autre force réside dans l'utilisation de sources de mesure variées sur plusieurs temps de mesure, tels qu'une grille d'auto-enregistrement quotidien et des questionnaires reconnus comme ayant de bonnes propriétés psychométriques. Les résultats obtenus

s'appuient donc sur plusieurs types de mesure d'effets. Toutefois, ces mesures étaient toutes de nature auto-rapportée, alors il serait pertinent de diversifier leur source dans de futures études. L'utilisation de mesures objectives ou d'évaluation clinique, telle qu'une entrevue clinique structurée, serait donc judicieuse. De plus, les résultats obtenus dans le cadre de la présente étude pourraient ne pas être spécifiques à l'intervention d'autocompassion, mais être plutôt attribuables à d'autres facteurs tels que le simple fait d'avoir reçu un traitement. Pour pallier plusieurs limites mentionnées ci-haut, une étude expérimentale devrait être effectuée avec assignation aléatoire et groupes contrôles, soit de traitements en comparaison ou de type liste d'attente. Cela permettrait d'évaluer l'efficacité de l'intervention sur un plus grand nombre d'individus et de comparer les résultats avec ceux d'un groupe contrôle afin d'améliorer la validité interne et la généralisation des résultats.

Sur le plan clinique, une force de l'étude réside dans les stratégies thérapeutiques utilisées. En effet, l'analyse fonctionnelle personnalisée, les exercices pratiques et la prévention de la rechute, utilisés dans tout traitement cognitivo-comportemental pour assurer une meilleure acquisition et un maintien des changements, sont aussi des stratégies recommandées pour le traitement du perfectionnisme (Egan et al., 2014). D'ailleurs, plusieurs participantes ont nommé en fin de traitement que l'analyse fonctionnelle réalisée sous forme de schéma visuel à la première séance les avait aidées à voir plus clairement les aspects problématiques de leur perfectionnisme. De plus, l'utilisation d'exercices à faire entre les séances semble avoir favorisé une certaine autonomie de soins. À cet effet,

la P2 a maintenu sa pratique d'exercices au post-traitement malgré l'interruption de sa participation à l'étude en cours de traitement, suggérant une pratique volontaire et autonome des exercices. Par ailleurs, une amélioration possible dans le cadre de futures études serait d'offrir plus de temps en séance pour la mise en place des exercices à faire entre les séances. En fait, un temps moyen de dix minutes est proposé afin de bien expliquer les consignes et de clarifier le rationnel de l'exercice (Egan et al., 2014). Cette période n'a malheureusement pas été respectée à chaque séance. En considérant que le perfectionnisme inadapté a été associé à une adhérence plus faible aux devoirs prescrits (Kobori et al., 2020), il apparait d'autant plus important d'optimiser l'implantation des exercices hors séance dans le cadre de futures études.

En tant que pistes additionnelles de recherches futures, il serait intéressant d'évaluer directement la motivation à changer des personnes participantes dès l'entrevue initiale. En effet, Egan et ses collègues (2013) suggèrent d'adresser rapidement l'ambivalence au changement afin d'optimiser l'adhérence au traitement du perfectionnisme. En ce sens, il serait utile de mesurer les croyances sur les effets nuisibles perçues de l'autocompassion ainsi que celles sur l'utilité des tendances perfectionnistes. Cela pourrait également offrir des pistes d'informations pertinentes afin de mieux comprendre les mécanismes responsables des changements thérapeutiques. De surcroit, il serait pertinent de réaliser des études expérimentales afin d'identifier les mécanismes thérapeutiques responsables des changements observés, par exemple, en analysant l'effet distinct des sous-composantes de l'autocompassion. Une autre avenue intéressante serait d'évaluer

l'intervention sous forme de guide d'autosoins qui pourrait permettre de réduire les coûts d'administration et d'augmenter l'accessibilité de l'intervention. Par ailleurs, considérant les effets plus limités de l'intervention sur le niveau de perfectionnisme, il serait intéressant de réaliser une intervention de plus longue durée afin de voir si cela pourrait conduire à des résultats plus marquants.

Implications et portée clinique

La présente étude montre qu'une courte intervention d'autocompassion permet d'agir efficacement sur le perfectionnisme et les symptômes de détresse associés de manière relativement durable, comme l'indique les résultats obtenus au suivi de trois mois. Ces résultats sont encourageants pour la santé psychologique des personnes étudiantes ayant des tendances perfectionnistes élevées. Cet apport apparait d'autant plus important en considérant l'augmentation du perfectionnisme (Curran & Hill, 2019) et de la détresse psychologique chez la population étudiante (Union étudiante du Québec, 2019). La courte durée de l'intervention d'autocompassion réalisée dans le cadre de la présente étude en fait d'ailleurs une avenue prometteuse pour l'implantation dans les services d'aide aux étudiants. D'un point de vue préventif, des ateliers d'autocompassion pourraient être offerts aux personnes étudiantes sur les campus afin de sensibiliser aux effets délétères du perfectionnisme ainsi qu'à l'importance de faire preuve de compassion envers soi. De surcroit, la présente étude inspire et encourage aussi l'utilisation de l'autocompassion dans la pratique clinique, particulièrement auprès des personnes étudiantes qui présentent des tendances perfectionnistes.

Sur le plan conceptuel, l'étude réalisée permet également une meilleure compréhension des liens entre l'autocompassion, le perfectionnisme et les symptômes de détresse associés. En effet, l'autocompassion semble agir sur la sévérité des affects négatifs vécus chez des personnes étudiantes au perfectionnisme élevé qui interfère avec leur fonctionnement. Cette étude vient donc s'ajouter aux récents développements sur l'efficacité d'interventions d'autocompassion pour réduire le perfectionnisme (Liu et al., 2023; Rose et al., 2018) et sur l'effet protecteur possible de l'autocompassion contre les effets délétères du perfectionnisme (Kawamoto et al., 2023; Mehr & Adams, 2016; Richardson et al., 2018). La présente étude contribue ainsi au développement de la littérature scientifique et offre de nouvelles avenues de recherche, notamment en termes d'exploration des mécanismes thérapeutiques explicatifs sous-jacents à l'autocompassion.

Cette étude a aussi le mérite d'utiliser une intervention visant le développement de l'autocompassion, ce qui semble être particulièrement adapté à une population aux prises avec des tendances perfectionnistes élevées. Tel que suggéré par Kawamoto et ses collègues (2023), ce type d'intervention pourrait être moins confrontant pour les personnes perfectionnistes et favoriser leur motivation à adopter une attitude et des comportements différents face à des exigences perçus ou en contexte de performance. En fait, l'autocompassion ne vise pas nécessairement à diminuer les standards personnels, mais plutôt à mieux tolérer la détresse pouvant être engendrée par la perception de la non-

atteinte de ceux-ci. De plus, le perfectionnisme élevé s'accompagne d'un haut niveau de pensées autocritiques qui pourraient s'avérer davantage activées par des interventions visant à les réévaluer, comme la restructuration cognitive. Ces interventions, impliquant un jugement critique sur la pensée, pourraient être plus défavorables pour ce type de population ayant déjà tendance à se juger sévèrement. En revanche, il est possible que l'autocompassion, en favorisant la bienveillance envers soi et l'acceptation de ses limites, soit plus ajustée à une population aux tendances autocritiques déjà élevées. La présente étude est donc plutôt innovatrice et prometteuse en ce qui concerne l'utilisation d'une intervention d'autocompassion pour traiter le perfectionnisme et les symptômes de détresse pouvant y être associés.

Conclusion

La présente étude visait à évaluer l'efficacité d'une intervention d'autocompassion chez une population étudiante ayant des tendances perfectionnistes élevées qui interfèrent avec leur fonctionnement. Cette étude est la première, à notre connaissance, à avoir évalué l'efficacité d'une intervention d'autocompassion chez cette population spécifique.

Les données récoltées auprès des participantes ont montré une bonne acceptabilité de l'intervention et une adhérence modérée à en juger par la fréquence de la pratique d'exercices entre les séances. Une diminution du niveau de perfectionnisme est obtenue à la suite de l'intervention d'autocompassion de six séances, mais demeure limitée à en juger par les analyses de Tau-U et de changements cliniques significatifs. L'ambivalence au changement du perfectionnisme ainsi qu'une propension à maintenir des tendances perfectionnistes en contexte de situations stressantes pourraient expliquer ce résultat. La motivation à changer le perfectionnisme serait d'ailleurs une variable importante à considérer dans le cadre d'études futures. Néanmoins, le niveau de perfectionnisme a montré une diminution et ce résultat est non négligeable considérant que la population étudiante semble particulièrement vulnérable aux effets délétères du perfectionnisme. De plus, une augmentation du niveau d'autocompassion est montrée, et ce, assez rapidement durant la phase d'intervention. Ce résultat pourrait s'expliquer par l'exploration des croyances liées à l'autocompassion dès les premières séances et l'éducation psychologique réalisée en ce sens ainsi que la perspective d'une intervention qui ne confronte pas directement les tendances perfectionnistes. La motivation des participantes à la pratique de l'autocompassion a ainsi probablement été favorisée. Une réduction des

symptômes anxieux, dépressifs et de l'altération du fonctionnement est également obtenue. Il est possible que le développement de l'autocompassion permette notamment aux participantes de mieux réguler leurs émotions, ce qui expliquerait la réduction de leurs symptômes de détresse. Le maintien de la majorité de ces résultats jusqu'au suivi de trois mois montre également la durabilité des changements obtenus.

Bien que préliminaires, les résultats obtenus sont encourageants et permettent d'appuyer l'utilisation d'une intervention d'autocompassion pour réduire le perfectionnisme et les symptômes de détresse associés chez une population étudiante. Les études d'efficacité doivent se poursuivre, inclure un groupe contrôle et une assignation aléatoire, ainsi qu'évaluer les mécanismes thérapeutiques explicatifs de l'autocompassion. Les résultats de la présente étude encouragent l'utilisation de l'autocompassion au sein des services d'aide aux étudiants sur les campus, autant dans le cadre d'un suivi individuel que de façon préventive sous forme d'ateliers.

Références

Barlow, D. H., Nock, M. K., & Hersen, M. (2009). *Single case experimental designs: Strategies for studying behavior change* (3e éd.). Pearson.

Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for Beck Depression lnventory-II*. Psychological Corporation.

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*(3), 193-201. https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000022112.27186.98

Curran, T., & Hill, A. P. (2019). Perfectionism is increasing over time: A meta-analysis of birth cohort differences from 1989 to 2016. *Psychological Bulletin*, *145*(4), 410-429. https://doi.org/10.1037/bul0000138

Dozois, D. J. A., Dobson, K. S., & Ahnberg, J. L. (1998). A psychometric evaluation of the Beck Depression Inventory–II. *Psychological Assessment*, *10*(2), 83-89. https://doi.org/10.1037/1040-3590.10.2.83

Dunkley, D. M., Blankstein, K. R., Masheb, R. M., & Grilo, C. M. (2006). Personal standards and evaluative concerns dimensions of "clinical" perfectionism: A reply to Shafran et al. (2002, 2003) and Hewitt et al. (2003). *Behaviour Research and Therapy*, *44*(1), 63-84. https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.12.004

Egan, S. J., & Hine, P. (2008). Cognitive behavioral treatment of perfectionism: A single case experimental design series. *Behaviour Change*, *25*(4), 245-258. https://doi.org/10.1375/bech.25.4.245

Egan, S. J., Piek, J. P., Dyck, M. J., Rees, C. S., & Hagger, M. S. (2013). A clinical investigation of motivation to change standards and cognitions about failure in perfectionism. *Behavioural & Cognitive Psychotherapy*, *41*(5), 565-578. https://doi.org/10.1017/S135246581200063X

Egan, S. J., Wade, T. D., & Shafran, R. (2011). Perfectionism as a transdiagnostic process: A clinical review. *Clinical Psychology Review*, *31*(2), 203-212. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.04.009

Egan, S. J., Wade, T. D., Shafran, R., & Antony, M. M. (2014). *Cognitive-behavioral treatment of perfectionism*. The Guilford Press.

Fingerhut, J., Xu, X., & Moeyaert, M. (2021). Selecting the proper Tau-U measure for single-case experimental designs: Development and application of a decision

flowchart. *Evidence-Based Communication Assessment and Intervention, 15*(3), 99-114. https://doi.org/10.1080/17489539.2021.1937851

Finn, K. (2016). Modèle théorique hypothétique du perfectionnisme des étudiants universitaires. *Revue de psychoéducation, 45*(1), 87-112. https://doi.org/10.7202/1039159ar

Fletcher, K., Yang, Y., Johnson, S. L., Berk, M., Perich, T., Cotton, S., Jones, S., Lapsley, S., Michalak, E., & Murray, G. (2019). Buffering against maladaptive perfectionism in bipolar disorder: The role of self-compassion. *Journal of Affective Disorders, 250*, 132-139. https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.03.003

Fong, M., & Loi, N. M. (2016). The mediating role of self-compassion in student psychological health. *Australian Psychologist, 51*(6), 431-441. https://doi.org/10.1111/ap.12185

Frost, R. O., Heimberg, R. G., Holt, C. S., Mattia, J. I., & Neubauer, A. L. (1993). A comparison of two measures of perfectionism. *Personality and Individual Differences, 14*(1), 119-126. https://doi.org/10.1016/0191-8869(93)90181-2

Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C., & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research, 14*(5), 449-468. https://doi.org/10.1007/BF01172967

Gauthier, J., & Bouchard, S. (1993). Adaptation canadienne-française de la forme révisée du State–Trait Anxiety Inventory de Spielberger [A French-Canadian adaptation of the revised version of Spielberger's State–Trait Anxiety Inventory]. *Canadian Journal of Behavioral Science / Revue canadienne des sciences du comportement, 25*(4), 559-578. https://doi.org/10.1037/h0078881

Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in Psychiatric Treatment, 15*(3), 199-208. https://doi.org/10.1192/apt.bp.107.005264

Gilbert, P., Durrant, R., & McEwan, K. (2006). Investigating relationships between perfectionism, forms and functions of self-criticism, and sensitivity to put-down. *Personality and Individual Differences, 41*(7), 1299-1308. https://doi.org/10.1016/j.paid.2006.05.004

Gilbert, P., McEwan, K., Matos, M., & Rivis, A. (2011). Fears of compassion: Development of three self-report measures. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 84*(3), 239-255. https://doi.org/10.1348/147608310X526511

Gilbert, P., & Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 13*(6), 353-379. https://doi.org/10.1002/cpp.507

Gosselin, P., Dugas, M.-J., Ladouceur, R., & Freeston, M.-H. (2001). Évaluation des inquiétudes : validation d'une traduction française du Penn State Worry Questionnaire [Evaluation of worry: Validation of a French translation of the Penn State Worry Questionnaire]. *L'Encéphale, 27*(5), 475-484.

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

Jacobson, N. S., Roberts, L. J., Berns, S. B., & McGlinchey, J. B. (1999). Methods for defining and determining the clinical significance of treatment effects: Description, application, and alternatives. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*(3), 300-307. https://doi.org/10.1037/0022-006X.67.3.300

James, K., & Rimes, K. A. (2018). Mindfulness-based cognitive therapy versus pure cognitive behavioral self-help for perfectionism: A pilot randomized study. *Mindfulness, 9*(3), 801-814. https://doi.org/10.1007/s12671-017-0817-8

Kawamoto, A., Sheth, R., Yang, M., Demps, L., & Sevig, T. (2023). The role of self-compassion among adaptive and maladaptive perfectionists in university students. *The Counseling Psychologist, 51*(1), 113-144. https://doi.org/10.1177/00110000221129606

Kazdin, A. E. (2019). Single-case experimental designs. Evaluating interventions in research and clinical practice. *Behaviour Research and Therapy, 117*, 3-17. https://doi.org/10.1016/j.brat.2018.11.015

Kobori, O., Dighton, G., & Hunter, R. (2020). Does perfectionism impact adherence to homework assignment? A preliminary pilot study of perfectionism and procrastination of CBT homework. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 48*(2), 243-247. https://doi.org/10.1017/S1352465819000547

Kotsou, I., & Leys, C. (2016). Self-Compassion Scale (SCS): Psychometric properties of the French translation and its relations with psychological well-being, affect and depression. *PLoS ONE, 11*(4), Article e0152880. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0152880

Leary, M. R., Tate, E. B., Adams, C. E., Batts Allen, A., & Hancock, J. (2007). Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant events: The implications of

treating oneself kindly. *Journal of Personality and Social Psychology, 92*(5), 887-904. https://doi.org/10.1037/0022-3514.92.5.887

Leon, A. C., Olfson, M., Portera, L., Farber, L., & Sheehan, D. V. (1997). Assessing psychiatric impairment in primary care with the Sheehan Disability Scale. *International Journal of Psychiatry in Medicine, 27*(2), 93-105. https://doi.org/10.2190/T8EM-C8YH-373N-1UWD

Linnett, R. J., & Kibowski, F. (2019). A multidimensional approach to perfectionism and self-compassion. *Self and Identity, 19*(7), 757-784. https://doi.org/10.1080/15298868.2019.1669695

Liu, S., Wei, M., & Russell, D. (2023). Effects of a brief self-compassion intervention for college students with impostor phenomenon. *Journal of Counseling Psychology, 70*(6), 711-724. https://doi.org/10.1037/cou0000703

Lloyd, S., Schmidt, U., Khondoker, M., & Tchanturia, K. (2015). Can psychological interventions reduce perfectionism? A systematic review and meta-analysis. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy, 43*(6), 705-731. https://doi.org/10.1017/S1352465814000162

MacBeth, A., & Gumley, A. (2012). Exploring compassion: A meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clinical Psychology Review, 32*(6), 545-552. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.06.003

Maricuțoiu, L. P., Măgurean, S., & Tulbure, B. T. (2019). Perfectionism in a transdiagnostic context: An investigation of the criterion validity of the Almost Perfect Scale-Revised. *European Journal of Psychological Assessment, 36*(4), 573-583. https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000541

Mehr, K. E., & Adams, A. C. (2016). Self-compassion as a mediator of maladaptive perfectionism and depressive symptoms in college students. *Journal of College Student Psychotherapy, 30*(2), 132-145. https://doi.org/10.1080/87568225.2016.1140991

Moroz, M., & Dunkley, D. M. (2019). Self-critical perfectionism, experiential avoidance, and depressive and anxious symptoms over two years: A three-wave longitudinal study. *Behaviour Research and Therapy, 112*, 18-27. https://doi.org/10.1016/j.brat.2018.11.006

Neff, K. (2003a). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity, 2*(2), 85-101. https://doi.org/10.1080/15298860309032

Neff, K. (2003b). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity, 2*(3), 223-250. https://doi.org/10.1080/15298860309027

Neff, K. (2013). *S'aimer : comment se réconcilier avec soi-même*. Éditions Belfond.

Neff, K., & Germer, C. K. (2013). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *Journal of Clinical Psychology, 69*(1), 28-44. https://doi.org/10.1002/jclp.21923

Neff, K., Kirkpatrick, K. L., & Rude, S. S. (2007). Self-compassion and adaptive psychological functioning. *Journal of Research in Personality, 41*(1), 139-154. https://doi.org/10.1016/j.jrp.2006.03.004

Ong, C. W., Barney, J. L., Barrett, T. S., Lee, E. B., Levin, M. E., & Twohig, M. P. (2019). The role of psychological inflexibility and self-compassion in acceptance and commitment therapy for clinical perfectionism. *Journal of Contextual Behavioral Science, 13*, 7-16. https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2019.06.005

Park, Y., Heo, C., Kim, J. S., Rice, K. G., & Kim, Y. (2020). How does perfectionism affect academic achievement? Examining the mediating role of accurate self-assessment. *International Journal of Psychology, 55*(6), 936-940. https://doi.org/10.1002/ijop.12659

Parker, R. I., Vannest, K. J., Davis, J. L., & Sauber, S. B. (2011). Combining nonoverlap and trend for single-case research: Tau-U. *Behavior Therapy, 42*(2), 284-299. https://doi.org/10.1016/j.beth.2010.08.006

Portney, L. G. (2020). Single-Subject Designs. Dans L. G. Portney (Éd.), *Foundations of clinical research: Applications to evidence-based practice* (4e éd., pp. 249-270). F.A. Davis.

Proeve, M., Anton, R., & Kenny, M. (2018). Effects of mindfulness-based cognitive therapy on shame, self-compassion and psychological distress in anxious and depressed patients: A pilot study. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 91*(4), 434-449. https://doi.org/10.1111/papt.12170

Rhéaume, J., Freeston, M. H., Dugas, M. J., Letarte, H., & Ladouceur, R. (1995). Perfectionism, responsibility and obsessive-compulsive symptoms. *Behaviour Research and Therapy, 33*(7), 785-794. https://doi.org/10.1016/0005-7967(95)00017-R

Richardson, C. M. E., Trusty, W. T., & George, K. A. (2018). Trainee wellness: Self-critical perfectionism, self-compassion, depression, and burnout among doctoral trainees in psychology. *Counselling Psychology Quarterly, 33*(2), 187-198. https://doi.org/10.1080/09515070.2018.1509839

Rivard, V., & Bouchard, S. (2005). Les protocoles à cas unique. Dans C. Cyr & S. Bouchard (Éds.), *Recherche psychosociale : pour harmoniser recherche et pratique* (2e éd., pp. 207-243). Les presses de l'Université du Québec.

Rose, A., McIntyre, R., & Rimes, K. A. (2018). Compassion-focused intervention for highly self-critical individuals: Pilot study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 46*(5), 583-600. https://doi.org/10.1017/S135246581800036X

Shafran, R., Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (2002). Clinical perfectionism: A cognitive–behavioral analysis. *Behaviour Research and Therapy, 40*(7), 773-791. https://doi.org/10.1016/S0005-7967(01)00059-6

Sheehan, K. H., & Sheehan, D. V. (2008). Assessing treatment effects in clinical trials with the discan metric of the Sheehan Disability Scale. *International Clinical Psychopharmacology, 23*(2), 70-83. https://doi.org/10.1097/YIC.0b013e3282f2b4d6

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*(3), 522-542. https://doi.org/10.1111/jopy.12333

Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R., Vagg, P. R., & Jacobs, G. A. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Consulting Psychologists Press.

Sprinkle, S. D., Lurie, D., Insko, S. L., Atkinson, G., Jones, G. L., Logan, A. R., & Bissada, N. N. (2002). Criterion validity, severity cut scores, and test-retest reliability of the Beck Depression Inventory-II in a university counseling center sample. *Journal of Counseling Psychology, 49*(3), 381-385. https://doi.org/10.1037/0022-0167.49.3.381

Stoeber, J. (1998). The Frost Multidimensional Perfectionism Scale revisited: More perfect with four (instead of six) dimensions. *Personality and Individual Differences, 24*(4), 481-491. https://doi.org/10.1016/S0191-8869(97)00207-9

Stoeber, J. (2018). The psychology of perfectionism: An introduction. Dans J. Stoeber (Éd.), *The psychology of perfectionism: Theory, research, applications* (pp. 3-16). Routledge/Taylor & Francis Group.

Stoeber, J., & Otto, K. (2006). Positive conceptions of perfectionism: Approaches, evidence, challenges. *Personality and Social Psychology Review, 10*(4), 295-319. https://doi.org/10.1207/s15327957pspr1004_2

Thew, G. R., Gregory, J. D., Roberts, K., & Rimes, K. A. (2017). The phenomenology of self-critical thinking in people with depression, eating disorders, and in healthy individuals. *Psychology And Psychotherapy, 90*(4), 751-769. https://doi.org/10.1111/papt.12137

Union étudiante du Québec. (2019). *Enquête « sous ta façade » : enquête panquébécoise sur la santé psychologique étudiante* [Rapport d'enquête]. https://unionetudiante.ca/Media/publicDocuments/Rapport-enquete-sous-ta-facade.pdf

Van Dam, N. T., Sheppard, S. C., Forsyth, J. P., & Earleywine, M. (2011). Self-compassion is a better predictor than mindfulness of symptom severity and quality of life in mixed anxiety and depression. *Journal of Anxiety Disorders, 25*(1), 123-130. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.08.011

Appendice A

Affiche de recrutement

AVIS DE RECHERCHE

VOUS ÊTES MEMBRE DE NOTRE COMMUNAUTÉ UNIVERSITAIRE?
DEVENEZ PARTICIPANT OU PARTICIPANTE À UN PROJET DE RECHERCHE

Vous êtes perfectionniste et vos études en souffrent?

PERSONNES RECHERCHÉES



1) Personnes étudiantes âgées de 18 ans et plus ;

2) Ayant des tendances perfectionnistes élevées qui ont un impact significatif sur leur fonctionnement quotidien.

D'autres critères d'admissibilité seront évalués lors d'une entrevue téléphonique.

PROJET

Ce projet vise à évaluer l'efficacité d'une intervention d'autocompassion auprès d'étudiantes et d'étudiants ayant des tendances perfectionnistes qui interfèrent avec leur fonctionnement.

Une psychothérapie individuelle est offerte **GRATUITEMENT** aux étudiantes et étudiants admissibles.

INTÉRET?

Pour plus d'informations, contactez Carolanne Cadieux Fitzgerald, doctorante en psychologie : **carolanne.cadieux.fitzgerald@usherbrooke.ca**

Ce projet est réalisé par Carolanne Cadieux Fitzgerald, étudiante au Doctorat en psychologie, sous la direction de Guylaine Côté, Ph. D.

Ce projet a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche – Lettres et sciences humaines de l'Université de Sherbrooke. #2021-3150

USherbrooke.ca/Avis-Recherche

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

Appendice B

Entrevue téléphonique de dépistage

Entrevue téléphonique de dépistage

Date : _____/_____/_____
Jour mois année

Bref fonctionnement de l'étude et consentement verbal

Bonjour,
Je m'appelle Carolanne, je vous contacte tel que convenu pour mener une courte entrevue téléphonique visant à évaluer les premiers critères d'admissibilité à l'étude. Est-ce toujours un bon moment pour vous? Êtes-vous dans un endroit calme et dans lequel vous êtes confortable de répondre à des questions sur votre vécu personnel?

D'abord, j'aimerais vous informer de l'implication qu'aurait votre participation à l'étude :

- Questionnaires pré, post, suivi 3 mois
- Auto-enregistrements quotidiens (pré variable, traitement, post, suivi 3 mois)
- Traitement de 6 séances individuelles visant le développement de l'autocompassion qui auront lieu en présentiel au Centre d'intervention psychologique de l'UdS

Consentement : Sachez que vous êtes libres de participer ou non à cette étude. Vous pouvez également vous retirer de l'étude à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, simplement en m'informer de votre décision. De plus, les données recueillies par la présente entrevue téléphonique demeureront confidentielles dans les limites de la loi. Les données seront sécurisées par mot de passe, conservées sur une clé USB encryptée et accessibles uniquement par moi et ma directrice de recherche.

Au terme de cette entrevue, je vous recontacterai par courriel afin de vous informer de votre admissibilité à poursuivre la prochaine étape d'évaluation comportant la passation de questionnaires en ligne. Dans le cas où les critères d'admissibilité ne seraient pas remplis, je vous offrirai une liste de ressources externes ainsi que des lectures pertinentes sur le perfectionnisme et l'autocompassion. Les données recueillies lors de la présente entrevue seront alors détruites de façon sécuritaire.

L'entrevue d'aujourd'hui est l'occasion de réfléchir davantage sur votre expérience de perfectionnisme. Vous pourriez néanmoins ressentir un certain inconfort (p.ex., anxiété) en répondant aux questions. Si tel est le cas, n'hésitez pas à m'en faire part. Avez-vous des questions? Est-ce que cela vous convient?

Données sociodémographiques

Nom(s) : _____ Prénom(s) : _____

Âge : _____ Identité de genre : _____

Téléphone : _____ Courriel : _____

Programme universitaire : _____

Évaluation préliminaire de l'admissibilité à l'étude

1) Qu'est-ce qui vous a amené à vouloir participer à l'étude?

_____

_____

2) **<u>Perfectionnisme</u>** : Avez-vous souvent l'impression que ce que vous faites n'est pas assez bon ou que faire de votre mieux n'est pas suffisant?

a) Comment décrieriez-vous vos tendances perfectionnistes? Comment se manifestent-elles? Avez-vous tendance à vous juger sévèrement ou à douter beaucoup de ce que vous faites?

_____

_____

_____

_____

3) **Interférence du fonctionnement** : Diriez-vous que vos tendances perfectionnistes vous dérangent ou interfèrent dans votre vie (p.ex., activités quotidiennes, travail, activités sociales)?

_____

_____

4) **Suivi psychologique** : Avez-vous eu un suivi psychologique au cours des deux derniers mois? Spécifique pour les tendances perfectionnistes, travailler humeur ou anxiété?

_____

_____

5) **Médication** : Prenez-vous actuellement de la médication de type psychotrope? Si oui, quelle est la molécule? Depuis combien de temps? Quel est le dosage? À quelle fréquence?

- **!** Informer l'étudiante-chercheuse de tout changement durant la participation à l'étude

_____

_____

6) **Brève évaluation trouble de santé mentale**

→ Symptômes psychotiques : Vous est-il déjà arrivé de voir ou d'entendre des choses qui n'étaient pas perceptibles par les autres?

_____

→ Idéations suicidaires : Avez-vous ou avez-vous déjà eu des idéations suicidaires?

_____

→ Consommation : Consommez-vous de l'alcool/drogues? Quantité et fréquence?

_____

Appendice C

Formulaire de consentement

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Nous vous invitons à participer à un projet de recherche. Avant d'accepter, veuillez prendre le temps de lire ce document expliquant le déroulement du projet. N'hésitez pas à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la personne responsable du projet.

Titre du projet de recherche

Efficacité d'une intervention d'autocompassion auprès de personnes étudiantes ayant des tendances perfectionnistes.

Personnes responsables du projet de recherche

Responsable de l'étude :
Carolanne Cadieux Fitzgerald, étudiante au doctorat en psychologie clinique de l'Université de Sherbrooke ([redacted])

Sous la supervision de :
Guylaine Côté, Ph.D., psychologue-chercheuse et professeure titulaire au Département de psychologie de l'Université de Sherbrooke ([redacted])

Objectif du projet de recherche

La présente étude vise à évaluer l'efficacité d'une intervention d'autocompassion auprès de personnes étudiantes ayant des tendances perfectionnistes qui interfèrent avec leur fonctionnement.

Raison et nature de la participation

Pour prendre part à ce projet, vous devez être une personne étudiante de 18 ans et plus et avoir des tendances perfectionnistes qui ont un impact significatif sur votre fonctionnement quotidien. Si vous devez apporter des changements à votre médication au cours de votre participation à ce projet, veuillez en aviser la responsable de l'étude. Advenant le cas où vous ressentez le besoin d'un suivi supplémentaire au cours de votre participation à ce projet, vous êtes invité(e) à en informer la responsable de l'étude qui pourra vous offrir une liste de ressources.

Votre participation comportera des phases d'évaluation et une phase de traitement. D'abord, vous aurez à remplir une série de questionnaires en ligne permettant d'évaluer vos tendances perfectionnistes et des symptômes associés (environ 25 minutes). Cette évaluation se fera à trois reprises, soit avant et après le traitement ainsi qu'à un suivi de

trois mois après le traitement. De plus, vous aurez à remplir quotidiennement une grille d'auto-enregistrement évaluant votre niveau de perfectionnisme et d'autocompassion (environ deux minutes par jour). Celle-ci devra être complétée pendant une durée variable de deux à cinq semaines avant le traitement, tout au long du traitement ainsi que pendant deux semaines après le traitement et au suivi de trois mois.

La phase de traitement comprendra six séances de thérapie individuelle d'une heure par semaine offertes gratuitement. Celles-ci auront lieu au Centre d'intervention psychologique de l'Université de Sherbrooke selon l'horaire convenu conjointement avec l'étudiante-chercheuse. Avec votre accord, ces séances feront l'objet d'un enregistrement audio aux fins exclusives de supervision et d'évaluation de l'intégrité du traitement.

Avantages pouvant découler de la participation

Votre participation à ce projet de recherche vous apportera l'avantage de recevoir gratuitement des séances de psychothérapie favorisant le développement de l'autocompassion. Ces séances pourront vous permettre de mieux comprendre vos tendances perfectionnistes et de mettre en pratique les différentes composantes de l'autocompassion. À cela s'ajoute le fait qu'elle contribuera à l'avancement des connaissances entourant le traitement du perfectionnisme clinique par le biais du développement de l'autocompassion.

Inconvénients et risques pouvant découler de la participation

Votre participation à la recherche ne devrait pas comporter d'inconvénients significatifs, si ce n'est le fait de donner de votre temps et de vous déplacer. Vous pourriez également ressentir un certain inconfort durant les séances d'intervention (p.ex., tristesse, anxiété). Si c'est le cas, n'hésitez pas à en parler avec l'étudiante-chercheuse. Des ressources de soutien externes ainsi que des suggestions de lectures seront fournies à toutes les personnes participantes.

Participation volontaire et possibilité de retrait

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de ce projet de recherche à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en informant la chercheuse responsable. Votre décision de ne pas participer à ce projet de recherche ou de vous en retirer n'entraînera aucun préjudice. La personne responsable de ce projet de recherche peut également mettre fin à votre participation, sans votre consentement, si elle juge que votre participation n'est plus dans votre intérêt ou si vous ne respectez pas les consignes du projet de recherche. En cas de retrait volontaire ou de non-admissibilité à l'étude, des ressources de soutien externes et des suggestions de lectures vous seront fournies par courriel.

Advenant que vous vous retiriez du projet de recherche, demandez-vous que les documents audio ou écrits vous concernant soient détruits ?

Oui ❒ Non ❒

Il vous sera toujours possible de revenir sur votre décision. Le cas échéant, la chercheuse vous demandera explicitement si vous désirez la modifier.

Confidentialité, partage, surveillance et publications

Durant votre participation à ce projet de recherche, la chercheuse responsable recueille, dans un dossier de recherche, les renseignements vous concernant et nécessaires pour répondre aux objectifs de cette étude. Ils pourront comprendre les informations suivantes : nom, identité de genre, âge, enregistrements audio, mesures d'auto-enregistrements et questionnaires auto-rapportés. Ces renseignements demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. Afin de préserver votre identité et la confidentialité de ces renseignements, votre dossier de recherche sera identifié par un numéro de code. Le document reliant votre nom à votre dossier de recherche sera sécurisé avec un mot de passe et conservé par la chercheuse principale.

Durant la période de collecte de données, les serveurs de *SimpleSondage* seront également utilisés pour héberger les données des questionnaires en ligne. Au terme de la collecte de données, les données seront protégées par mots de passe et conservées uniquement sur une clé USB encryptée et sur les serveurs de l'Université de Sherbrooke. Les données recueillies seront conservées ainsi pendant 7 ans par la chercheuse principale aux fins exclusives du présent projet de recherche. Après cette période, les données seront détruites. Seules la chercheuse principale et sa directrice de mémoire doctoral auront accès aux données. Les données de recherche pourront faire l'objet de publications ou de discussions scientifiques, mais ne permettront pas de vous identifier. Il vous sera possible d'accéder aux résultats de l'étude à partir du portail *Savoirs UdS*.

Approbation par le comité d'éthique de la recherche

Le Comité d'éthique de la recherche - Lettres et sciences humaines de l'Université de Sherbrooke a approuvé ce projet de recherche et en assurera le suivi. Pour toute question concernant vos droits en tant que personne participante à ce projet de recherche ou si vous avez des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec ce comité au numéro de téléphone 819-821-8000 poste 62644 (ou sans frais au 1 800 267-8337) ou à l'adresse courriel cer_lsh@USherbrooke.ca.

Consentement

En cliquant sur le bouton « Page suivante », j'atteste :

- Avoir pris connaissance du formulaire d'information et de consentement;
- Consentir volontairement et librement à participer à ce projet de recherche.

Appendice D

Questionnaires auto-administrés

Pages retirées par respect des droits d'auteur

Appendice E

Mesure d’auto-enregistrement quotidien

Grille d'auto-enregistrement quotidien

À chaque soir, avant d'aller vous coucher, veuillez répondre aux questions ci-dessous à l'aide de l'échelle d'intensité suivante.

Échelle :

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

Pas du tout Légèrement Moyennement Beaucoup Énormément

	Lundi	**Mardi**	**Mercredi**	**Jeudi**	**Vendredi**	**Samedi**	**Dimanche**
Niveau de perfectionnisme 1. À quel point vous êtes-vous **jugé(e)** en fonction de votre **performance**?							
2. À quel point avez-vous **douté** de la qualité de vos **actions**?							
3. À quel point le souci de bien faire les choses vous a-t-il **nuit ou dérangé**?							
Niveau d'autocompassion 4. À quel point avez-vous fait preuve de **gentillesse envers vous-même** lorsque les choses étaient difficiles?							
Pratique d'exercices 5. Oui/non et durée approximative							

Appendice F

Certificats d’approbation éthique

Sherbrooke, le 23 décembre 2021

Mme Carolanne Cadieux
FLSH Psychologie (études)
Université de Sherbrooke

Directrice ou directeur de recherche :
Mme Guylaine Côté

N/Réf. 2021-3150/Cadieux Fitzgerald

Objet : Approbation finale de votre projet de recherche

Madame,

Le Comité d'éthique de la recherche – Lettres et sciences humaines a reçu les clarifications ou les modifications demandées concernant votre projet de recherche intitulé **« EFFICACITÉ D'UNE INTERVENTION D'AUTOCOMPASSION AUPRÈS DE PERSONNES ÉTUDIANTES AYANT DES TENDANCES PERFECTIONNISTES »**.

Les documents suivants ont été analysés :

- Formulaire de réponse aux conditions (F20-10863)
- Recrutement (Fiche-recrutement_v2.pdf) [date : 17 décembre 2021, version : version 2]
- Recrutement (Communications_v1.pdf) [date : 17 décembre 2021, version : version 1]
- Formulaire d'information et de consentement (Formulaire_de_consentement_v2.pdf) [date : 17 décembre 2021, version : version 2]
- Recrutement (Entrevue-téléphonique_v2.pdf) [date : 17 décembre 2021, version : version 2]

Le comité a le plaisir de vous informer que votre projet de recherche a été **approuvé**.

Cette approbation étant **valide jusqu'au 23 décembre 2022**, il est de votre responsabilité de remplir le formulaire de suivi (formulaire F5-LSH) que nous vous ferons parvenir annuellement. Il est également de votre responsabilité d'aviser le comité de toute modification au projet de recherche (formulaire F4-LSH) ou de la fin de votre projet (formulaire F6-LSH). Ces deux derniers formulaires sont disponibles dans Nagano.

Le comité vous remercie d'avoir soumis votre demande d'approbation à son attention et vous souhaite, Madame, le plus grand succès dans la réalisation de cette recherche.

Mme Carole Coulombe
Coordonnatrice à l'éthique de la recherche

pour P^re^ Aurélie Desfleurs, Présidente
Comité d'éthique de la recherche – Lettres et sciences humaines
Université de Sherbrooke

Université de Sherbrooke

Sherbrooke, le 25 octobre 2022

Mme Carolanne Cadieux Fitzgerald
FLSH Psychologie (études)
Université de Sherbrooke

Directrice de recherche : Mme Guylaine Côté

N/Réf. 2021-3150/Cadieux Fitzgerald

Objet : Renouvellement de l'approbation éthique de votre projet de recherche

Madame,

En référence à votre projet de recherche intitulé« **EFFICACITÉ D'UNE INTERVENTION D'AUTOCOMPASSION AUPRÈS DE PERSONNES ÉTUDIANTES AYANT DES TENDANCES PERFECTIONNISTES »**, le Comité d'éthique de la recherche – Lettres et sciences humaines a le plaisir de vous informer que l'approbation éthique de votre projet est **renouvelée**. Les documents suivants ont été examinés :

- Formulaire de suivi annuel (Suivi annuel - F5-LSH-13289)
- Évaluation scientifique (cadieux-fitzgerald_carolanne_grille_eval_projet_memoire_doctoral_PG.pdf)

Cette approbation étant **valide jusqu'au 23 décembre 2023**, il est de votre responsabilité de remplir le formulaire de suivi (formulaire F5-LSH) annuellement. Il est également de votre responsabilité d'aviser le comité de toute modification au projet de recherche (formulaire F4-LSH) ou de la fin de votre projet formulaire (formulaire F6-LSH). Ces deux derniers formulaires sont disponibles dans Nagano.

Le comité vous souhaite le plus grand succès dans la poursuite de vos travaux et vous prie de recevoir, Madame, ses salutations distinguées.

Mme Marie-Chantal Falardeau
Coordonnatrice à l'éthique de la recherche avec les êtres humains

Pour Aurélie Desfleurs, Présidente
Comité d'éthique de la recherche - Lettres et sciences humaines
Université de Sherbrooke

Signé le 2022-10-25 à 10:04

Université de Sherbrooke

Sherbrooke, le 04 octobre 2023

Carolanne Cadieux Fitzgerald
FLSH Psychologie (études)
Université de Sherbrooke

Direction de recherche : Mme Guylaine Côté

N/Réf. 2021-3150/Cadieux Fitzgerald

Objet : Renouvellement de l'approbation éthique de votre projet de recherche

Bonjour Carolanne Cadieux Fitzgerald,

En référence à votre projet de recherche intitulé« **EFFICACITÉ D'UNE INTERVENTION D'AUTOCOMPASSION AUPRÈS DE PERSONNES ÉTUDIANTES AYANT DES TENDANCES PERFECTIONNISTES** », le Comité d'éthique de la recherche – Lettres et sciences humaines a le plaisir de vous informer que l'approbation éthique de votre projet est **renouvelée**. Les documents suivants ont été examinés :

- Formulaire de suivi annuel (Suivi annuel - F5-LSH-16418)

Cette approbation étant **valide jusqu'au 23 décembre 2024**, il est de votre responsabilité de remplir le rapport de suivi annuel (renouvellement) chaque année. Nous vous inviterons à remplir ce formulaire (formulaire F5-LSH) environ deux mois avant la date d'échéance indiquée précédemment.

Il est également de votre responsabilité d'aviser le comité de toute modification au projet de recherche (formulaire F4-LSH) ou de la fin de votre projet (formulaire F6-LSH). Ces deux derniers formulaires sont disponibles dans Nagano, dans l'onglet *Formulaires*.

Le comité vous souhaite le plus grand succès dans la poursuite de vos travaux et vous prie de recevoir ses salutations distinguées.

Mme Marie-Chantal Falardeau
Coordonnatrice à l'éthique de la recherche avec les êtres humains

Pour Aurélie Desfleurs, Présidente
Comité d'éthique de la recherche - Lettres et sciences humaines
Université de Sherbrooke

Signé le 2023-10-04 à 06:24

Appendice G

Protocole de traitement

Protocole de traitement

	Thèmes généraux
Séance 1	Analyse fonctionnelle des tendances perfectionnistes Introduction de l'autocompassion - Bienveillance envers soi vs jugement sévère - Humanité commune vs isolement - Pleine conscience vs identification rigide Exercice méditatif « Pause d'autocompassion »
Séance 2	Retour sur l'exercice méditatif Exploration des croyances liées à l'autocompassion et éducation psychologique Entrainement au discours interne bienveillant vs juge intérieur Exercice d'auto-observation « Communiquer avec soi de façon bienveillante »
Séance 3	Retour sur l'exercice d'auto-observation Défusion de l'autocritique, identification des contextes déclencheurs et acceptation des limites Exercice réflexif « Comment soutiendriez-vous un proche? »
Séance 4	Retour sur l'exercice réflexif Apprentissage de l'accueil compatissant aux émotions plus difficiles Exercice pratique du glaçon « Faire face à la douleur en pleine conscience » - Résistance vs pleine conscience Exercice méditatif de pleine conscience
Séance 5	Retour sur l'exercice méditatif Développement de l'habileté à créer une image mentale à l'aide de l'exercice pratique « Créer son image idéale d'autocompassion » Exercice méditatif des phrases *metta* d'autocompassion
Séance 6	Retour sur l'exercice méditatif Prévention de la rechute : - Retour sur les différentes stratégies - Objectifs à moyen-long terme pour les mettre en pratique

Appendice H

Mesure d’acceptabilité et d’adhérence au traitement

Opinion personnelle sur le traitement au terme de la deuxième séance

<u>Encerclez le chiffre qui décrit le mieux ce que vous pensez.</u>

1. À quel point ce traitement vous apparait-il logique pour réduire les tendances perfectionnistes?

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

   Pas du tout logique Très logique

2. À quel point croyez-vous que ce traitement puisse être efficace pour vos tendances perfectionnistes?

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

   Pas du tout Beaucoup

3. À quel point recommanderiez-vous ce traitement à une autre personne qui a des tendances perfectionnistes?

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

   Pas du tout Fortement

4. À quel point désirez-vous entreprendre ce traitement pour vos tendances perfectionnistes?

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

   Pas du tout Beaucoup

5. À quel point vous êtes-vous conformé(e) à votre programme de traitement jusqu'ici?

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

   Pas du tout Beaucoup

6. Êtes-vous satisfait(e) du traitement que vous avez reçu jusqu'à maintenant?

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

   Pas du tout Beaucoup

Opinion personnelle sur le traitement au terme des six séances

<u>Encerclez le chiffre qui décrit le mieux ce que vous pensez.</u>

1. À quel point ce traitement vous apparait-il logique pour réduire les tendances perfectionnistes?

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

   Pas du tout logique Très logique

2. À quel point croyez-vous que ce traitement puisse être efficace pour vos tendances perfectionnistes?

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

   Pas du tout Beaucoup

3. À quel point recommanderiez-vous ce traitement à une autre personne qui a des tendances perfectionnistes?

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

   Pas du tout Fortement

4. À quel point désirez-vous continuer ce traitement pour vos tendances perfectionnistes?

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

   Pas du tout Beaucoup

5. À quel point vous êtes-vous conformé(e) à votre programme de traitement?

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

   Pas du tout Beaucoup

6. Êtes-vous satisfait(e) du traitement que vous avez reçu pour votre perfectionnisme?

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

   Pas du tout Beaucoup