



Faculté de médecine

Année 2020/2021

N°

Thèse

Pour le
DOCTORAT EN MEDECINE
Diplôme d'État
Par

Marion WANDJI

Née le 18/03/1992 à Perpignan (66)

Titre :

**Perfectionnisme et trouble d'anxiété sociale chez
l'adulte : revue systématique de la littérature**

Présentée et soutenue publiquement le jeudi 28 octobre 2021 devant un jury
composé de :

Président du Jury : Monsieur le Professeur Vincent CAMUS, Psychiatrie Adulte, Faculté de
Médecine -Tours

Membres du Jury :

Monsieur le Professeur Wissam EL HAGE, Psychiatrie Adulte, Faculté de Médecine, Tours.

Monsieur le Docteur Jacques-Alexis NKODO, PH, Gériopsychiatrie, Tours.

Monsieur le Docteur Thomas LEONARD, PH, Gériopsychiatrie, Tours.

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Modi Baba TEMBELY, PH, Psychiatrie Adulte, CH
Georges Sand - Bourges

Perfectionnisme et trouble d'anxiété sociale chez l'adulte : revue systématique de la littérature

Résumé

Contexte : Le perfectionnisme en tant que critère transdiagnostique a fait l'objet de recherches concernant sa relation avec le trouble d'anxiété sociale (TAS). Pourtant, aucune revue systématique n'a été réalisée à sujet. **Objectifs :** Réalisation d'une revue systématique concernant l'étude de l'association entre perfectionnisme et TAS. **Méthodes :** La recherche systématique a été effectuée sur MEDLINE, PsychInfo et EMBASE. Les termes de recherche étaient : ("Phobia, Social" [Mesh] OR "Social Phobia" OR "Social Phobias" OR "Social Anxiety Disorder" OR "Anxiety Disorder, Social" OR "Disorders, Social Anxiety" OR "Disorder, Social Anxiety" OR "Disorders, Social Anxiety" OR "Sociophobia" OR "Social Anxiety" OR "Anxieties, Social" OR "Anxiety, Social" OR "Social Anxieties") AND "perfectionism". Critères d'inclusion : populations cliniques âgées de 18 à 70 ans, diagnostic de TAS selon les critères du DSM III, IV, V ou de la CIM 10, et études utilisant des échelles d'évaluation du perfectionnisme. Critères d'exclusion : population pédiatrique, types de publications comportant livres, essais, thèses, revues de littérature et essais philosophiques, dans une langue autre que l'anglais ou le français. **Résultats :** 11 études ont été incluses. 10 des 11 études ont trouvé une association positive significative entre perfectionnisme et TAS. **Limites :** L'étude est basée sur de faibles échantillons cliniques et sur des auto-évaluations du perfectionnisme et du TAS. **Conclusion :** Le perfectionnisme joue un rôle dans le TAS. Plus d'études sont nécessaires sans limitations pour obtenir des résultats plus significatifs.

Mots clés : Perfectionnisme, Trouble d'Anxiété Sociale, Transdiagnostique.

Perfectionism and social anxiety disorder in adults : a systematic review

Abstract

Background : Perfectionism as a transdiagnostic criterion appears to have been researched in relation to social anxiety disorder. But there is no systematic review prepared in this topic.

Aims : We performed a systematic literature review of published studies that investigated the association between perfectionism and social anxiety disorder.

Methods : The systematic search was made on MEDLINE, PsychInfo and EMBASE. The search terms were : ("Phobia, Social"[Mesh] OR "Social Phobia" OR "Social Phobias" OR "Social Anxiety Disorder" OR "Anxiety Disorder, Social" OR "Anxiety Disorders, Social" OR "Disorder, Social Anxiety" OR "Disorders, Social Anxiety" OR "Social Anxiety Disorders" OR "sociophobia" OR "Social Anxiety" OR "Anxieties, Social" OR "Anxiety, Social" OR "Social Anxieties") AND "perfectionism".

Inclusion criteria : clinical populations between 18 and 70 years, explicit clinical diagnosis of social anxiety disorder according to DSM III, IV, V or ICD 10 criteria, and studies using perfectionism rating scales. Exclusion criteria : pediatric population, types of publications :

books, essays, theses, literature reviews and philosophical essays, publications in a language other than English or French.

Results : 11 studies were included. 10 studies from the 11 studies found a significant positive association between perfectionism and social anxiety disorder.

Limitations : The study is based on low samples and self evaluation of the outcome.

Conclusion : The results of the current systematic review highlight the role of perfectionism in social anxiety disorder engagement. More studies are needed whitout limitation to obtain more significant results.

Keywords Perfectionism, Social Anxiety Disorder, Transdiagnostic.

UNIVERSITE DE TOURS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr Patrice DIOT

VICE-DOYEN

Pr Henri MARRET

ASSESEURS

Pr Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*
Pr Mathias BUCHLER, *Relations internationales*
Pr Theodora BEJAN-ANGOULVANT, *Moyens – relations avec l'Université*
Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*
Pr François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*
Pr Patrick VOURECH, *Recherche*

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

Mme Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES

Pr Emile ARON (†) – 1962-1966
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Pr Georges DESBUQUOIS (†) – 1966-1972
Pr André GOUAZE (†) – 1972-1994
Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004
Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES

Pr Daniel ALISON
Pr Gilles BODY
Pr Jacques CHANDENIER
Pr Philippe COLOMBAT
Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL
Pr Pascal DUMONT
Pr Dominique GOGA
Pr Gérard LORETTE
Pr Dominique PERROTIN
Pr Roland QUENTIN

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – P. ARBEILLE – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – P. BARDOS – C. BARTHELEMY – J.L. BAULIEU
– C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L.
CASTELLANI – A. CHANTEPIE – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – P. COSNAY – C. COUET – L. DE LA
LANDE DE CALAN – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – A. GOUDEAU – J.L.
GUILMOT – O. HAILLOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y.
LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – AM. LEHR-DRYLEWICZ – E. LEMARIE – G. LEROY – M. MARCHAND – C.
MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAIN – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – P.
RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – D. ROYERE – A. SAINDELLE – E. SALIBA – J.J.
SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ANDRES Christian.....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
APETOH Lionel	Immunologie
AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique.....	Cardiologie
BAKHOS David	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas.....	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle.....	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe.....	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora.....	Pharmacologie clinique
BERHOUE Julien.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERNARD Anne	Cardiologie
BERNARD Louis	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
BOURGUIGNON Thierry	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BRILHAULT Jean.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent.....	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck.....	Urologie
BUCHLER Matthias.....	Néphrologie
CALAIS Gilles.....	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent	Psychiatrie d'adultes
CORCIA Philippe.....	Neurologie
COTIER Jean-Philippe.....	Radiologie et imagerie médicale
DEQUIN Pierre-François.....	Thérapeutique
DESOTHEAUX Guillaume.....	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe	Anatomie
DIOT Patrice.....	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri.....	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
EHRMANN Stephan	Médecine intensive – réanimation
FAUCHIER Laurent.....	Cardiologie
FAVARD Luc.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUGERE Bertrand	Gériatrie
FOUQUET Bernard.....	Médecine physique et de réadaptation
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle	Anatomie & cytologie pathologiques
GATAULT Philippe.....	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
GRUEL Yves.....	Hématologie, transfusion
GUERIF Fabrice.....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLON Antoine.....	Médecine intensive – réanimation
GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel.....	Hématologie, transfusion
HALIMI Jean-Michel.....	Thérapeutique
HANKARD Régis.....	Pédiatrie
HERAULT Olivier.....	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis	Radiologie et imagerie médicale
HOURLIOUX Christophe.....	Biologie cellulaire
IVANES Fabrice	Physiologie
LABARTHE François	Pédiatrie
LAFFON Marc	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert.....	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd.....	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie-virologie
LAURE Boris.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry.....	Gastroentérologie, hépatologie
LESCANNE Emmanuel.....	Oto-rhino-laryngologie
LINASSIER Claude	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie

MARRET Henri	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine	Pédiatrie
MORINIERE Sylvain	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis	Rhumatologie
ODENT Thierry	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna	Gynécologie-obstétrique
PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Franck	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean	Ophtalmologie
PLANTIER Laurent	Physiologie
REMERAND Francis	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
ROSSET Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab	Dermatologie-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et médecine nucléaire
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
TOUTAIN Annick	Génétique
VAILLANT Loïc	Dermato-vénéréologie
VELUT Stéphane	Anatomie
VOURC'H Patrick	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé	Immunologie
ZEMMOURA Ilyess	Neurochirurgie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse
LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien.....Soins palliatifs
POTIER Alain.....Médecine Générale
ROBERT Jean.....Médecine Générale

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE

MC CARTHY Catherine.....Anglais

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AUDEMARD-VERGER Alexandra.....Médecine interne
BARBIER Louise.....Chirurgie digestive
BINET Aurélien.....Chirurgie infantile
BISSON Arnaud.....Cardiologie (CHRO)
BRUNAUT Paul.....Psychiatrie d'adultes, addictologie
CAILLE Agnès.....Biostat., informatique médical et technologies de communication
CARVAJAL-ALLEGRIA Guillermo.....Rhumatologie (au 01/10/2021)
CLEMENTY Nicolas.....Cardiologie
DENIS Frédéric.....Odontologie
DOMELIER Anne-Sophie.....Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane.....Biophysique et médecine nucléaire
ELKRIEF Laure.....Hépatologie – gastroentérologie
FAVRAIS Géraldine.....Pédiatrie
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie.....Anatomie et cytologie pathologiques
GUILLEUX Valérie.....Immunologie
GUILLON-GRAMMATICO Leslie.....Epidémiologie, économie de la santé et prévention

HOARAU Cyrille.....	Immunologie
LE GUELLEC Chantal.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEFORT Bruno.....	Pédiatrie
LEGRAS Antoine.....	Chirurgie thoracique
LEMAIGNEN Adrien.....	Maladies infectieuses
MACHET Marie-Christine.....	Anatomie et cytologie pathologiques
MOREL Baptiste.....	Radiologie pédiatrique
PARE Arnaud.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
PIVER Éric.....	Biochimie et biologie moléculaire
REROLLE Camille.....	Médecine légale
ROUMY Jérôme.....	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET Bénédicte.....	Thérapeutique
STANDLEY-MIQUELESTORENA Elodie.....	Anatomie et cytologie pathologiques
STEFIC Karl.....	Bactériologie
TERNANT David.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VIUILLAUUE-WINTER Marie-Laure.....	Génétique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AQUILLON-HERNANDEZ Nadia.....	Neurosciences
NICOGLOU Antonine.....	Philosophie – histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald.....	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile.....	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

BARBEAU Ludvine.....	Médecine Générale
ETTORI-AJASSE Isabelle.....	Médecine Générale
PAUTRAT Maxime.....	Médecine Générale
RUIZ Christophe.....	Médecine Générale
SAMKO Boris.....	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRAE

BECKER Jérôme.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUAKAZ Ayache.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BRIARD Benoit.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
CHALON Sylvie.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
DE ROCQUIGNY Hugues.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
ESCOFFRE Jean-Michel.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GILOT Philippe.....	Chargé de Recherche Inrae – UMR Inrae 1282
GOUILLEUX Fabrice.....	Directeur de Recherche CNRS – EA 7501 - ERL CNRS 7001
GOMOT Marie.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
HEUZE-VOURCH Nathalie.....	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
KORKMAZ Brice.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
LATINUS Marianne.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LAUMONNIER Frédéric.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LE MERREUR Julie.....	Directrice de Recherche CNRS – UMR Inserm 1253
MAMMANO Fabrizio.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
MEUNIER Jean-Christophe.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
PAGET Christophe.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
RAOUL William.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR CNRS 1069
SI TAHAR Mustapha.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SUREAU Camille.....	Directrice de Recherche émérite CNRS – UMR Inserm 1259
WARDAK Claire.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

DELORE Claire.....	Orthophoniste
GOUIN Jean-Marie.....	Praticien Hospitalier

Pour l'Ecole d'Orthoptie

BOULNOIS Sandrine.....	Orthoptiste
SALAME Najwa.....	Orthoptiste

Pour l'Ethique Médicale

BIRMELE Béatrice.....	Praticien Hospitalier
-----------------------	-----------------------

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre
et méprisé de mes confrères
si j'y manque.

Remerciements

Aux membres du jury, pour tout l'enseignement dont ils ont pu m'enrichir, merci infiniment.

A Monsieur le Professeur Camus, d'avoir accepté de présider ce jury et de me faire cet honneur. Je vous remercie de la richesse de votre enseignement, de votre soutien et de votre engagement sans failles en tant que coordonnateur inter-régional.

A Monsieur le Professeur El Hage, d'avoir accepté de participer à ce jury. La qualité de votre enseignement et votre rigueur scientifique emplies d'expertise fait de vous un Maître reconnu de tous. Merci de me faire l'honneur de votre présence.

A Monsieur le Docteur NKODO, de me faire l'honneur d'être présent à ce jury. J'ai été touchée par votre gentillesse et le partage de vos connaissances.

A Monsieur le Docteur LEONARD, merci d'avoir accepté de participer à ce jury. Je vous remercie de m'avoir enseigné la finesse clinique avec passion. Je suis reconnaissante de vos qualités pédagogiques.

A Monsieur le Docteur Tembely, de m'avoir fait confiance en m'encadrant sur ce projet de thèse. Merci pour tout le temps que tu m'as accordé, ta patience et de m'avoir poussée plus loin sur le perfectionnisme. J'espère pouvoir te faire honneur à travers ce travail.

Aux documentalistes de la Faculté de médecine de Tours, sans qui ce travail n'aurait porté ses fruits après formations et multiples soutiens.

A mes collègues internes, Mathilde, Raluca, Hélène, Matthieu qui m'ont supportée durant ma période de travail, et bien au-delà. Merci pour votre gentillesse.

A mes amis, Zoé, Cynthia, Gilles, Céline, Loïc. Merci de votre soutien, de vos mots qui résonnent, merci de votre présence.

A ma mère, tu as toujours été là contre vents et marées, merci pour tout l'amour que tu m'apportes. A mon père, j'espère te rendre fier à travers ce travail. Je vous remercie tous les deux de m'avoir transmis des valeurs humaines précieuses. Je vous aime profondément.

A mon frère Thibault, pour son soutien moral mais aussi informatique. A mon frère Mathieu, inspirant par son courage et sa détermination au quotidien.

A mon grand-père et à ma grand-mère, qui ont toujours été là pour moi, et le resteront à jamais.

Merci d'être vous et d'être là.

Liste des abréviations

AMM = Autorisation de Mise sur le Marché

CIM = Classification statistique internationale des maladies

CM = Concern over Mistakes = réagir négativement aux erreurs et à assimiler les erreurs à l'échec, préoccupation liée aux erreurs

DA = Doubt about Action = douter de la qualité de sa performance

DSM = Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders = Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux

FNE = Fear of Negative Evaluation

FQSO = Social Phobia Subscale of the Fear Questionnaire

ISRS = Inhibiteur de la recapture de la sérotonine

LSAS – A = Liebowitz Social Anxiety Scale / Avoidance Subscale

LSAS – F = Liebowitz Social Anxiety Scale / Fear Subscale

MPS – F = Multidimensional Perfectionism scale Frost and al.

MPS – H = Multidimensional Perfectionism scale Hewitt and Flett

NR = Non Reporté

n/s = non spécifié

PC = Parental Criticism = critique parentale

PCI = Perfectionism Cognitions Inventory

PS = Personal Standard = normes personnelles

P* = Perfectionnisme

RSQ = Ruminative Response Scale

SAD = Social Avoidance and Distress Scale

SCS = Self-Consciousness Scale

SIAS = Social Interaction Anxiety Scale

SPIN = Social Phobia Inventor

SPS = Social Phobia Scale

STAI-T = State Anxiety Inventory

TAS = Trouble d'Anxiété Sociale

TP.a = Trouble panique avec agoraphobie

♀ = Femme

« Le mieux est l'ennemi du bien, mais le pire est l'ami de l'excès. »

- Pierre Dac

Table des matières

Introduction

- I. Le concept de perfectionnisme
 - 1. Définition
 - 2. Histoire
 - 3. Evaluation du perfectionnisme
 - 4. Implication du perfectionnisme dans la notion de transdiagnostic

- II. Le trouble d'anxiété sociale
 - 1. Épidémiologie
 - 2. Définitions et évaluation diagnostique
 - 3. Diagnostic différentiel
 - 4. Etiopathogénicité
 - 5. Prise en charge thérapeutique
 - 6. Pronostic et évolution

- III. Matériel et méthodes
- IV. Résultats
- V. Discussion
- VI. Conclusion

Perspectives et recommandations

Bibliographie

Annexes

INTRODUCTION

Le trouble d'anxiété sociale (TAS) représente un trouble anxieux fréquent, puisqu'il représente une prévalence à vie de 3 % à 13 % de la population générale (American Psychiatric Association, 2013).(1)

Le TAS, pouvant être assimilé à une simple tendance à la timidité par la population générale, demeure mal connu et peu traité. Ce trouble anxieux est pourtant source de souffrance intense et entraîne une altération considérable du fonctionnement social, éducatif et professionnel, ainsi qu'une mauvaise qualité de vie.(2)

Les comorbidités associées sont fréquentes et non négligeables, aggravant l'altération du fonctionnement de la personne atteinte. Les deux principales comorbidités sont la dépression et les addictions, mais on retrouve également aussi fréquemment les autres troubles anxieux.(1)

Plusieurs mécanismes psychopathologiques concernant le TAS sont suspectés, dont des facteurs psychologiques tels qu'une faible estime de soi et une tendance au perfectionnisme.(3)

La définition du perfectionnisme est centrée sur la poursuite excessive de normes élevées et sur l'autocritique en cas de non-respect de ces normes.(4)

Le perfectionnisme a fait l'objet de multiples recherches tant son implication dans différents mécanismes psychopathologiques est variée : trouble anxieux, trouble obsessionnel compulsif, trouble du comportement alimentaire, dépression, idées suicidaires, scarifications, trouble de la personnalité.(5) (6) (4) C'est dans ce contexte qu'il constitue un véritable facteur de risque transdiagnostique concernant le développement et le maintien de différentes pathologies psychiatriques.(7) La relation la plus étudiée a concerné celle entretenue avec les troubles du comportement alimentaires (8,9).

En l'absence de critère d'évaluation consensuel concernant le perfectionnisme, ces constats ont été établis à travers des mesures du perfectionnisme basées sur les échelles MPS-F (Multidimensionnal Perfectionism Scale de Frost) et l'échelle MPS-H (Multidimensionnal Perfectionism Scale d'Hewitt).(7)

L'étude de la relation entre perfectionnisme et TAS permettrait d'améliorer la compréhension clinique et les mécanismes psychopathologiques sous-jacents, pour aboutir à des propositions de prise en charge plus spécifiques et adaptées. Cette étude a déjà fait l'objet de recherches multiples, non synthétisées. La plupart des données sur le sujet regroupe par ailleurs des études sur des caractères non validés sur le plan pathologique à travers un terme générique d'anxiété sociale ne reflétant pas la dimension diagnostique psychiatrique (termes de « peur de parler en public », de « stress » isolé à une ou deux situations spécifiques...).

En l'absence de synthèse sur un sujet d'intérêt tel, nous avons voulu réaliser une revue de la littérature systématique avec comme hypothèse : le perfectionnisme, mécanisme

transdiagnostic déjà identifié dans certaines pathologies psychiatriques, jouerait un rôle psychopathologique dans le TAS.

Pour répondre à cette question, notre objectif est de réaliser une revue de littérature systématique à travers laquelle nous étudierons la relation entre perfectionnisme et le TAS chez l'adulte, en se basant sur des études cliniques ayant validé ce diagnostic précis et évaluant le perfectionnisme grâce à des échelles qualitatives.

Un approfondissement du concept du perfectionnisme et des rappels essentiels concernant le TAS sont proposés respectivement dans les deux parties suivantes, avant la présentation de ce travail de d'étude.

I. Le concept de perfectionnisme

1. Définition

« Tendance à vouloir faire tout avec un souci exagéré de la perfection » (Définition Larousse).

Selon la définition la plus abondamment citée dans la littérature scientifique, le perfectionnisme consiste essentiellement en des standards de performance très élevés accompagnés par des tendances à juger les réalisations de manière impitoyable (Frost, Marten, Lahart, & Rosenblate, 1990).(10)

2. Histoire du concept

✓ *D'une approche unidimensionnelle à dimensionnelle*

Au tout début des années 1980, les premiers théoriciens, Burns et Pacht concernant le perfectionnisme l'ont décrit selon un mécanisme unidimensionnel. (11)

Il a été traité comme construction unitaire et décrit une peur de l'échec due à une faible estime de soi (Beck, 1976 ; Ellis, 1962 ; Missildine, 1963). Les premières mesures unidimensionnelles du perfectionnisme, telles que les sous-échelles du perfectionnisme de l'inventaire des troubles de l'alimentation (Garner, Olmstead, & Polivy, 1983) et l'échelle de perfectionnisme de Burns (Burns, 1980), ont été adoptées.

Hamachek (1978) a été le premier à proposer une conceptualisation multiforme du perfectionnisme et de l'image de soi. Cette conceptualisation a conduit au développement des mesures multidimensionnelles du perfectionnisme, qui ont fourni des avancées théoriques et empiriques en termes d'analyse de la situation.

Frost a défini le perfectionnisme avec cette description dimensionnelle à travers la tendance à « se fixer des niveaux élevés de performance, accompagnée d'auto-évaluations excessivement critiques ». (12)

Il a été également le premier à proposer une échelle d'évaluation afin de mesurer ces critères. C'est ainsi que 6 grandes dimensions ont été conceptualisées à partir de la littérature existante (5):

- La tendance à *réagir négativement aux erreurs et à assimiler les erreurs à l'échec* (préoccupation au sujet des erreurs)
- La tendance à *douter de la qualité de sa performance* (doutes sur les actions),
- La tendance à *fixer des normes très élevées et à y accorder une importance excessive pour s'évaluer* (normes personnelles élevées),
- La tendance à *percevoir ses parents comme ayant des attentes élevées* (attentes parentales)
- La tendance à percevoir ses parents comme étant trop critiques (*critique parentale*)
- La tendance à *souligner l'importance de l'ordre et de l'organisation* (organisation).

L'échelle créée en 1990 et basée sur ces 6 dimensions a été appelée l'échelle de perfectionnisme multidimensionnelle (MPS-F) : Multidimensional Perfectionism Scales, composée de 35 items.(5) Il est intéressant de préciser que les préoccupations à propos des erreurs est l'élément central alors que l'ordre est accessoire, au point d'être exclu du score global.(10)

Parallèlement, Hewitt développe une théorie différente de celle de Frost en décrivant 3 dimensions supplémentaires au perfectionnisme. Il critique ainsi l'approche de Frost, qui ne prend pas en compte les composantes interpersonnelles, au détriment d'une focalisation sur une vision du perfectionnisme centrée sur l'individu et ses mécanismes auto-critiques exacerbés.

Les 3 dimensions d'Hewitt sont :

- La tendance à se fixer des normes exigeantes pour soi-même et à évaluer rigoureusement son propre comportement (*perfectionnisme orienté vers soi*)
- La tendance à avoir des normes irréalisables et élevées envers autrui (*perfectionnisme orienté vers les autres*)
- La tendance à croire à la fois que des personnes importantes ont des normes irréalisables pour soi-même, et qu'ils évaluent rigoureusement notre comportement (*perfectionnisme prescrit par la société/socialement prescrit*). (5)

✓ **Approche cognitivo-comportementale**

Bien que l'approche multidimensionnelle se soit imposée en raison d'un large support empirique, certains auteurs continuent à considérer le perfectionnisme comme un construit unidimensionnel, tel que le modèle cognitivo-comportemental du perfectionnisme de Shafran. La théorie cognitivo-comportementaliste permet de visualiser le perfectionnisme à travers le paradigme des cognitions, du comportement et de leur implication à travers une analyse fonctionnelle. (10)

On peut remarquer grâce à cette analyse des mécanismes propres au perfectionnisme tels les liens entre la valeur personnelle dépendante de l'effort et de l'achèvement, les

exigences inflexibles et les biais cognitifs (pensées dichotomiques, attention sélective, « il faut ») et les comportements (s'imposer des planning chargés, conduite d'évitement...etc).

Selon Shafran, ce modèle repose sur une définition du « perfectionnisme clinique » comme étant « la dépendance excessive de l'évaluation de soi à la poursuite déterminée d'exigences élevées d'un point de vue personnel, imposées à soi dans au moins un domaine hautement pertinent, malgré les conséquences délétères ».

Avec Fairburn et Cooper (2003), Shafran fait valoir que l'utilisation généralisée des échelles MPS et la vision dimensionnelle qu'elles proposent, conduit à une réduction de l'attention portée à la compréhension des aspects de maintien et de la pertinence clinique du perfectionnisme. C'est pourquoi ils ont proposé un « perfectionnisme clinique » faisant référence à la poursuite de normes élevées malgré les conséquences négatives et le fait de baser la valeur de soi sur la réussite. Cette définition du perfectionnisme clinique a été utilisée comme point central dans le développement de traitements cognitivo-comportementaux du perfectionnisme (voir Egan, Wade, Shafran, & Antony, 2014).(4)

L'accent est sur l'existence d'un schéma d'auto-évaluation dysfonctionnel qui serait à l'origine des autres facteurs de maintien du perfectionnisme clinique. Les personnes perfectionnistes évaluent leur valeur personnelle à l'aune de leur capacité à atteindre les exigences élevées qu'elles se sont imposées dans un ou plusieurs domaines. Ces exigences sont opérationnalisées sous forme de règles rigides.

Et l'évaluation subjective de l'atteinte de ces exigences est influencée par différents biais cognitifs, tels que le recours à une pensée dichotomique (Egan, Piek, Dyck & Rees, 2007), ou encore la tendance à être sélectivement attentif aux aspects négatifs (Howell *et al.*, sous presse). Les personnes perfectionnistes mettent également en place des comportements liés à la performance, tels que des comportements de vérification, ou encore des tendances à la procrastination (conduite d'évitement) lorsque la poursuite de ces exigences et la peur de l'échec devient particulièrement aversives.(12)

✓ Vision adaptée / inadaptée du perfectionnisme

Le perfectionnisme a longtemps été considéré comme inadapté. Toutefois, les résultats issus d'autres champs, tels que la psychologie du sport ou la psychologie de l'éducation, de même que le développement de recherches basées sur une définition multidimensionnelle, ont permis de mettre en évidence des facettes plus adaptées du perfectionnisme (Stoeber & Otto, 2006)(12)

On peut souligner la différence entre un perfectionnisme adapté, sain et un perfectionnisme induisant un retentissement fonctionnel délétère que l'on qualifiera d'inadapté ou de pathologique.

L'individu présentant une attitude et des comportements perfectionnistes sains a des standards élevés pour lui-même, mais se sent généralement libre d'être plus ou moins précis ou parfait selon la situation. Son investissement est proportionnel à l'importance de la tâche.

Il retire une satisfaction du travail bien fait et aussi d'avoir fait de son mieux, pas seulement afin de recevoir l'approbation des autres ou d'éviter des conséquences négatives. Ses attentes sont réalistes et accessibles selon ses capacités. (13)

L'individu présentant des idéaux perfectionnistes pathologiques possède des exigences très élevées pour lui-même et entretient la conviction qu'il ne peut se permettre de commettre des erreurs. Il exagère l'importance des tâches et situations. Ses efforts ne lui semblent jamais suffisants et il n'est jamais satisfait, puisqu'il s'établit des critères de réussite trop élevés et inaccessibles pour lui-même ou pour qui que ce soit. Cette croyance vis-à-vis de la perfection ne provient pas d'un désir de satisfaction personnelle, mais plutôt du besoin de plaire aux autres afin de ne pas être jugé négativement ou d'éviter les conséquences négatives. Il est donc davantage motivé par la peur de l'échec que par le désir de succès. Il lui arrive cependant d'être aussi exigeant envers les autres qu'envers lui-même et ces exigences peuvent nuire à ses relations avec les autres. Ces standards élevés peuvent découler d'une piètre estime de soi, mais aussi conduire à un appauvrissement de son estime personnelle, formant un cercle vicieux. Aussi, ses attentes négatives quant à sa capacité d'atteindre ses objectifs le conduisent souvent à l'évitement et à la procrastination et le rendent anxieux, confus et épuisé vis-à-vis de certaines tâches ou situations avant même de les affronter. Il est donc constamment en état d'alerte pour éviter ce qu'il craint, c'est-à-dire les imperfections.(13)

3. Evaluation du perfectionnisme

De la même façon qu'il n'existe pas de critères diagnostics clairs concernant le perfectionnisme, il n'y a pas de consensus autour d'une évaluation officielle que ce soit à travers les critères DSM ou la CIM 10. Le perfectionnisme n'est pas identifié comme une pathologie à part entière.

Cependant, le perfectionnisme a pu être évalué à travers des auto-questionnaires à l'initiative de Frost, comme cité précédemment.

Les échelles MPS-F et MPS-H ont été largement utilisées, ayant fait preuve d'une fiabilité et d'une validité satisfaisantes, permettant des comparaisons entre études étant donné leur utilisation répandue. Elles ont fait cependant l'objet de certaines critiques. L'une d'entre elles est que la sous-échelle des « doutes sur les actions » de la MPS-F présente un chevauchement non négligeable avec les symptômes du TOC, car la majorité des items de la sous-échelle ont été dérivés d'une mesure des symptômes du TOC, l'inventaire obsessionnel-compulsif de Maudsley (Hodgson & Rachman, 1977). Par conséquent, il a été avancé que la sous-échelle des doutes sur les actions reflète principalement les symptômes de contrôle du TOC, plutôt que le perfectionnisme en soi (Shafran & Mansell, 2001). Il a également été avancé que les sous-échelles « attentes parentales » et « critiques parentales » de la MPS-F peuvent potentiellement confondre les facteurs étiologiques du perfectionnisme car la sous-échelle se concentre sur les aspects développementaux et le rapport des expériences passées avec les parents (Rh'eaupe et al., 2000).(4)

La comparaison de ces deux échelles montre leur chevauchement concernant certains aspects. Ainsi, les dimensions « préoccupations à propos des erreurs », « attentes parentales », « critiques parentales », « doutes concernant les actions » et « perfectionnisme prescrit par autrui » se rassemblent sous le thème « souci excessif de l'évaluation ». Quant aux dimensions « standards personnels », « ordre/ organisation », « perfectionnisme orienté vers autrui » et « perfectionnisme orienté vers soi », elles se regroupent sous le générique de « mobilisation positive ». Ces résultats ont certes contribué à l'interprétation bicatégorielle du perfectionnisme, présentant les aspects adaptés et inadaptés du perfectionnisme.(10)

4. Implication du perfectionnisme dans la notion de transdiagnostic

La notion de transdiagnostic considère que les processus psychologiques responsables des troubles psychologiques sont communs à tous les troubles d'apparence très différents. Parmi ces processus, on trouve la tendance à l'évitement, la rumination, la difficulté à désengager son attention de ses pensées, et de ses émotions, ou encore l'impulsivité. Sur la base de ces travaux, des protocoles de soins commencent à être proposés et évalués, et pourraient révolutionner le travail quotidien des thérapeutes comme le devenir des patients qu'ils prennent en charge.(14)

Cette approche permet de nuancer l'approche catégorielle, ou par diagnostic, (DSM, CIM) implicitement calquée sur un modèle médical, critiquée par un nombre croissant de thérapeutes et de chercheurs pour la pauvreté de ses apports conceptuels. Face à ces limites, l'approche transdiagnostique reçoit une attention croissante. (14)

A ce jour, le perfectionnisme a été retrouvé dans plusieurs pathologies psychiatriques : le trouble dépressif, les troubles des conduites alimentaires, le trouble obsessionnel-compulsif et le trouble d'anxiété sociale. Des niveaux élevés de perfectionnisme ont également été mis en évidence dans le trouble bipolaire, la phobie spécifique, le trouble panique, le trouble anxieux généralisé, le trouble de stress post-traumatique, la peur d'une dysmorphie corporelle et le syndrome de fatigue chronique (Egan *et al.*, 2011 ; Egan *et al.*, 2014 ; Shafran & Mansell, 2001) (12).

Ainsi, pour Egan, Wade et Shafran (2011), le perfectionnisme constitue un « processus transdiagnostique » parce qu'il contribue au développement et au maintien de plusieurs psychopathologies et, qu'à un niveau élevé, il en augmente le risque de comorbidité en raison d'un mécanisme de renforcement mutuel entre les cognitions et les comportements typiques de ce style de personnalité. Notamment, la recension des écrits de Shafran et Mansell (2001) met en lumière l'association entre le perfectionnisme et les troubles dépressifs, les troubles anxieux, les troubles des conduites alimentaires et certains symptômes d'ordre somatique.(10)

5. Prise en charge du perfectionnisme

Le but de la prise en charge du perfectionnisme est de diminuer le risque de survenue ou le maintien de comorbidités psychopathologiques ou d'une souffrance psychologique identifiée par le patient.

A notre connaissance, il n'y a pas de recommandation officielle concernant les prises en charges. Cependant, des psychothérapies, notamment cognitivo-comportementales émergent, ciblant spécifiquement le perfectionnisme. C'est ce que propose Shafran dans un auto-guide thérapeutique notamment.(15)

Par ailleurs plusieurs études montrent l'efficacité de thérapies TCC ciblées sur le perfectionnisme.(16) (17) (18)

II. Le trouble d'anxiété sociale ou phobie sociale

1. Épidémiologie

Le trouble d'anxiété sociale (TAS) est fréquent car il touche une prévalence à vie pouvant fluctuer entre de 3 % à 13 % de la population générale (American Psychiatric Association, 2013).(1) Ce trouble anxieux concerne une prédominance féminine forte (environ 1,5 à 2 femmes pour 1 homme touché).(19)

Il apparaît généralement entre 10 et 20 ans. Le début peut être insidieux ou brutal, faisant suite à une expérience stressante ou humiliante.(20)

2. Définitions et évaluation diagnostique

Le TAS est défini par une peur excessive et gênante du regard de l'autre dans les situations d'interactions simples ou plus formelles, que ce soit devant un groupe ou une seule personne, avec des conséquences importantes en termes d'anxiété anticipatoire et d'évitements sociaux.(3)

Ce trouble a été introduit comme catégorie diagnostique dans le Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux (DSM), en 1980 alors qu'il était dans sa 3^{ème} édition.(21)

Si les critères diagnostiques ont peu évolué, le terme définissant le trouble s'est précisé, passant de « phobie sociale » à « trouble d'anxiété sociale ». Effectivement, le terme de phobie pouvait manquer de précision dans la mesure où il suggère une ressemblance entre ce que vivent les individus anxieux socialement et ceux qui souffrent d'une phobie spécifique. Or les phobies spécifiques se caractérisent par une peur et un évitement limité à un objet précis, ce qui n'est pas le cas d'une personne atteinte de TAS, confrontée à une multitude de situations anxiogènes. (3)

Le diagnostic repose sur une évaluation clinique, selon des critères actuellement proposés par le DSM V (22) :

- A. Peur ou anxiété intense d'une ou plusieurs situations sociales durant lesquelles le sujet est exposé à l'éventuelle observation attentive d'autrui. Des exemples de situations incluent des interactions sociales (par exemple avoir une conversation, rencontrer des personnes non familières), être observé (par exemple en train de manger ou de boire) et des situations de performance (par exemple faire un discours). NB : Chez les enfants, l'anxiété doit apparaître en présence d'autres enfants et pas uniquement dans les interactions avec les adultes.
- B. La personne craint d'agir ou de montrer des symptômes d'anxiété d'une façon qui sera jugée négativement (par exemple humiliante ou embarrassante, conduisant à un rejet par les autres ou à les offenser).
- C. Les situations sociales provoquent presque toujours une peur ou une anxiété. NB : Chez les enfants, la peur ou l'anxiété peuvent s'exprimer dans les situations sociales

par des pleurs, des accès de colère ou des réactions de figement ; l'enfant s'accroche, se met en retrait ou ne dit plus rien.

- D. Les situations sociales sont évitées ou subies avec une peur ou une anxiété intense.
- E. La peur ou l'anxiété sont disproportionnées par rapport à la menace réelle posée par la situation sociale et compte tenu du contexte socioculturel.
- F. La peur, l'anxiété ou l'évitement sont persistants durant habituellement six mois ou plus.
- G. La peur, l'anxiété ou l'évitement entraînent une détresse ou une altération cliniquement significative du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- H. La peur, l'anxiété ou l'évitement ne sont pas imputables aux effets physiologiques d'une substance (par exemple substance donnant lieu à abus, médicament) ni à une autre infection médicale.
- I. La peur, l'anxiété ou l'évitement ne sont pas mieux expliqués par les symptômes d'un autre trouble mental tel qu'un trouble panique, une obsession d'une dysmorphie corporelle, un trouble du spectre de l'autisme.
- J. Si une autre affection médicale (par exemple maladie de Parkinson, obésité, défigurement secondaire à une brûlure ou une blessure) est présente, la peur, l'anxiété ou l'évitement sont clairement non liés à cette affection ou excessifs.

Il est nécessaire de spécifier si le trouble concerne uniquement les situations de performance (situations de performance ou de parler en public).

Selon la classification CIM 10, on retrouve en plus des notions synonymes d'anthropophobie ou encore de névrose sociale.(23)

Le diagnostic du TAS est clinique. Son intensité peut être évalué à la fois de façon clinique, mais aussi à travers l'auto-questionnaire que constitue l'échelle de Liebowitz. Cette échelle est la seule validée en France concernant le TAS, suite à la traduction en 1999 de celle de Lépine J.P. et Cardot H par Cottraux. Les normes sont basées sur celles de l'échelle anglaise.(24) Cette échelle permet d'évaluer l'intensité du troubles grâce à des items centrés sur l'évaluation des situations de performance et d'évitement des situations sociales. (25)

3. Diagnostics différentiels

Il est important de distinguer le TAS des diagnostics différentiels potentiels afin d'orienter le patient vers une prise en charge spécifique et adaptée.

Les cognitions sous-jacentes aux différentes pathologies anxieuses constituent l'élément primordial et discriminant sur lequel on peut se baser pour les distinguer les unes des autres. Dans le TAS, c'est la peur d'être observé, évalué et mal jugé par autrui ou encore d'offenser autrui qui est à l'origine de l'anxiété et de l'évitement.(1)

Concernant :

- Le trouble anxieux généralisé : les cognitions prennent la forme d'inquiétudes excessives et hors de contrôle concernant plusieurs activités ou événements de la vie quotidienne.
- L'agoraphobie : les cognitions sont centrées sur la crainte de ne pouvoir s'échapper d'une situation difficile ou d'être secourue.
- Le trouble panique : interprétation catastrophique une sensation physique ce qui la conduit à la peur de mourir d'une crise cardiaque, de perdre connaissance, de devenir folle
- L'anxiété de séparation (décrite chez l'enfant mais aussi chez l'adolescent et l'adulte) : cognitions en lien avec crainte excessive de la séparation avec les figures d'attachement.
- La phobie spécifique : peur d'un objet ou d'une situation précise.

Dans le TAS comme dans la personnalité évitante, on retrouve toujours une même peur concernant l'opinion d'autrui. Dans le TAS elle se manifeste surtout par la crainte d'être le centre d'attention et d'avoir l'air ridicule ou la crainte d'offenser autrui tandis que dans la personnalité évitante c'est plutôt la peur d'être jugé sévèrement ou rejeté qui est en cause.(1)

La psychopathologie de ce trouble est expliquée à travers un continuum décrit par le DSM : le non pathologique serait représenté par la tendance à la timidité légère à sévère, tandis que la pathologie débiterait avec le TAS en intermédiaire puis la personnalité évitante.(1)

Nous rappelons les critères diagnostique du trouble de personnalité évitante, afin de souligner la complexité d'un fonctionnement global, rigide, alimenté par des schémas cognitifs particuliers permettant de faire la distinction avec le TAS.

✓ **Le trouble de personnalité évitante** est caractérisé par (22)

- A. Une modalité durable de l'expérience vécue et des conduites qui dévient notablement de ce qui est attendu dans la culture de l'individu. Cette déviation se manifeste dans au moins deux des domaines suivants :
 - 1) La cognition (c'est-à-dire la perception et la vision de soi-même, d'autrui et des événements)
 - 2) L'affectivité (c'est-à-dire la diversité, l'intensité, la labilité et l'adéquation de la réponse émotionnelle)
 - 3) Le fonctionnement interpersonnel
 - 4) Le contrôle des impulsions
- B. Ces modalités durables sont rigides et envahissent des situations personnelles et sociales très diverses.
- C. Ce mode durable entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- D. Ce mode est stable et prolongé et ses premières manifestations sont décelables au plus tard à l'adolescence ou au début de l'âge adulte.

- E. Ce tableau n'est pas mieux expliqué par les manifestations ou les conséquences d'un autre trouble mental.
- F. Ce mode durable n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (par exemple drogue donnant lieu à abus ou médicament) ou d'une autre affectation médicale (par exemple un traumatisme crânien).

La particularité de la personnalité évitante, faisant partie du groupe C, est :

Marquée par un mode général d'inhibition sociale, de sentiments de ne pas être à la hauteur et d'hypersensibilité au jugement négatif d'autrui qui apparaît au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers, comme en témoignent au moins 4 des manifestations suivantes :

1. Le sujet évite les activités sociales professionnelles qui impliquent des contacts importants avec autrui par crainte d'être critiqué, désapprouvé ou rejeté.
2. Réticence à s'impliquer avec autrui à moins d'être certain d'être aimé.
3. Est réservé dans les relations intimes par crainte d'être exposé à la honte et au ridicule.
4. Craint d'être critiqué ou rejeté dans les situations sociales
5. Est inhibé dans les situations interpersonnelles nouvelles à cause d'un sentiment de ne pas être à la hauteur
6. Se perçoit comme socialement incompetent, sans attrait ou inférieur aux autres
7. Est particulièrement réticent à prendre des risques personnels ou à s'engager dans de nouvelles activités par crainte d'éprouver de l'embarras.

4. Etiopathogénicité

Les bases psychopathologiques des phobies sociales sont multifactorielles.

Des facteurs psychologiques rentrent en compte tel que :

- Une faible estime de soi
- Une tendance au perfectionnisme
- Le tempérament : propension naturelle à la timidité, l'émotivité, l'inhibition.

Des aspects comportementaux sont également présents tels que les évitements sociaux renforçant les peurs et l'autocentrisme excessive.

Les facteurs environnementaux se concentrent principalement sur les événements de vie traumatisants tels que les maltraitances dans l'enfance, le harcèlement mais aussi l'apprentissage social vicariat par imitation de modèles selon les théories cognitivo-comportementalistes (par imitation d'un parent présentant lui-même une phobie sociale par exemple) ou l'intégration de messages d'alertes (par exemple : un parent trop anxieux qui souligne les dangers liés à certaines situations).

Sur le plan neurobiologique, à l'instar des troubles anxieux de façon générale, ce trouble est associé à une hyperréactivité amygdalienne, avec défaut de régulation émotionnelle, aux stimuli sociaux perçus comme menaçants.

Des étiologies génétiques pourraient également être impliquées. (20) (3)

5. Prise en charge thérapeutique

Le but de l'accompagnement thérapeutique global consiste en la réduction de la répercussion du retentissement fonctionnel, afin d'amener le patient à un fonctionnement social satisfaisant, jusqu'à une rémission totale des symptômes. Une surveillance voire une consolidation de la thérapie sont envisagées afin d'éviter des rechutes.

Après l'établissement diagnostique, les comorbidités doivent être recherchées afin d'être évaluées et traitées, notamment les troubles de la personnalité, le trouble bipolaire, un autre trouble anxieux associé, un épisode dépressif ou encore un abus d'alcool ou tout trouble addictif.(26)

Actuellement, la prise en charge du trouble d'anxiété sociale repose sur plusieurs recommandations :

- Les conseils hygiéno-diététiques simples concernant le sommeil, mais surtout le traitement de l'abus d'alcool (ou autre substance) et la pratique régulière d'une activité sportive sont essentiels.(26)
- La thérapie cognitivo-comportementale : thérapie cognitive, thérapie d'exposition, affirmation de soi, thérapie individuelle (prises en charge lorsqu'elles sont faites par un psychiatre ou dans un cadre institutionnel) ou thérapie de groupe (très efficace, mais peu accessible en France car non remboursée), relaxation (en complément).
- Le traitement médicamenteux :
 - En première intention : les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine ISRS (PAROXETINE, ESCITALOPRAM ont l'AMM) ou VENLAFLAXINE ; doivent être réservés aux formes sévères avec retentissement important dans la vie professionnelle ou personnelle.
 - Le propranolol (bêtabloquant) peut être utilisé ponctuellement pour des situations d'anxiété de performance (entretien d'embauche, etc.).
 - En deuxième intention, autres traitements hors AMM : MOCLOBEMIDE, GABAPENTINE (antiépileptique), IPRONIAZIDE, après avis spécialisé.
 - Les benzodiazépines peuvent être utilisées en association au traitement de fond sur de courtes durées en cas d'anxiété aiguë invalidante ;
 - Le traitement chirurgical des éreutophobies (peur de rougir) par sympatectomie n'a pas fait la preuve de son efficacité.

Les thérapies cognitivo-comportementales et le traitement médicamenteux ayant démontré la même efficacité dans la phase aiguë, le choix dépend des préférences du patient et de la disponibilité d'un thérapeute. Le traitement médicamenteux doit durer 12 semaines avant que son efficacité soit évaluée. La thérapie cognitivo-comportementale comporte dans la plupart des cas 12 à 25 séances de 45 minutes environ.

L'association traitement médicamenteux et thérapie cognitivo-comportementale n'est pas recommandée à la phase initiale, sauf dans les formes sévères ou résistantes.

L'information du patient, et de l'entourage si nécessaire, concerne en particulier la gestion par soi-même et l'entraide au sein des associations de patients.

En cas de succès, le traitement médicamenteux est poursuivi 6 à 12 mois.

L'association de la TCC à un médicament peut être proposée en cas d'échec des autres traitements.

L'évaluation de l'intensité de la peur et la fréquence des évitements peut être évaluée grâce à l'auto-questionnaire échelles de Liebowitz (Annexe 1).(27)

6. Pronostic et évolution

Le TAS apparaît généralement durant l'enfance ou au début de l'adolescence. Leur persistance au début de l'âge adulte est marquée par une évolution plus souvent chronique. Son évolution est ensuite chronique bien que la sévérité du trouble puisse s'atténuer avec les années. Le principal risque évolutif est lié à son retentissement sur l'insertion socio-professionnelle du sujet. (20)

Après avoir abordé les notions de perfectionnisme et de TAS, nous vous présentons la méthode ayant été utilisée dans le cadre de notre revue de littérature portant sur la relation entre ces deux entités.

III. METHODE

1. *Protocole et enregistrement*

La méthodologie de cette revue systématique suit les recommandations PRISMA dont la méthodologie peut être consultée ci-contre : [PRISMA \(prisma-statement.org\)](https://prisma-statement.org).

2. *Stratégie de recherche*

Nous avons réalisé une revue de la littérature en date du 5 avril 2021 en utilisant 3 bases de données : MEDLINE, PsycInfo et EMBASE. La recherche a été menée selon l'équation suivante : ("Phobia, Social"[Mesh] OR "Social Phobia" OR "Social Phobias" OR "Social Anxiety Disorder" OR "Anxiety Disorder, Social" OR "Anxiety Disorders, Social" OR "Disorder, Social Anxiety" OR "Disorders, Social Anxiety" OR "Social Anxiety Disorders" OR "sociophobia" OR "Social Anxiety" OR "Anxieties, Social" OR "Anxiety, Social" OR "Social Anxieties") AND "perfectionism".

Les données ont été collectées de façon exhaustive sur le plan temporel, de l'année 1980 à 2021 selon les 3 bases de données cumulées. Aucune étude étudiant ce lien avant 1980 n'a été retrouvé sur les moteurs de recherches concernés.

3. *Sélection des articles*

L'ensemble des stratégies de recherche, ainsi que les termes de recherche ont été discutés par les 2 auteurs. Les textes potentiellement éligibles ont été lus intégralement. Le logiciel Zotero a été utilisé afin d'organiser la récupération des données, la suppression des doublons, et l'organisation du diagramme de flux qui est représenté en **Figure 1**.

Les critères d'inclusion comprenaient :

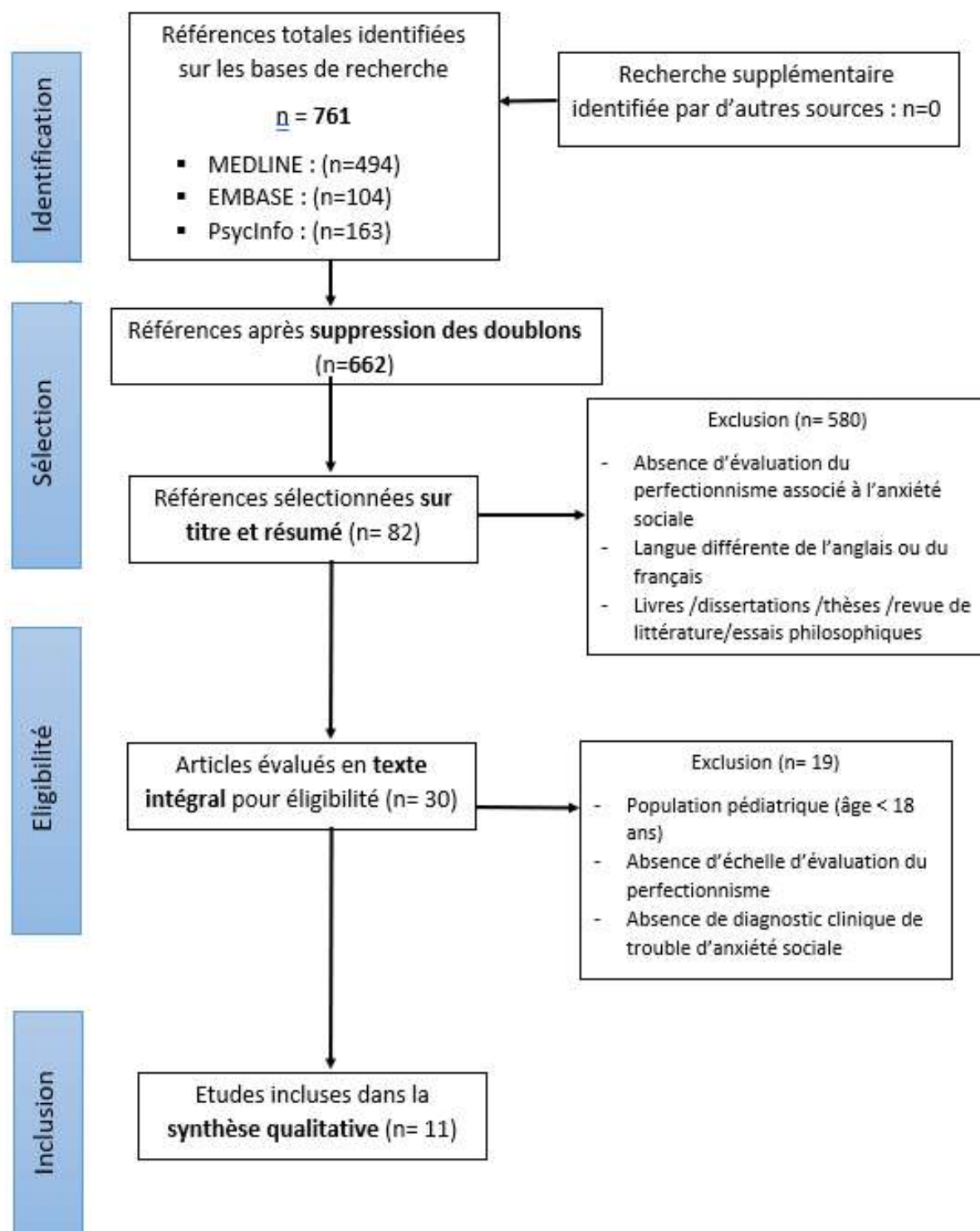
- Des populations cliniques entre 18 et 70 ans
- Ayant un diagnostic clinique explicite de trouble d'anxiété sociale selon les critères DSM III, IV, V ou CIM 10, afin de déterminer une population clinique psychiatrique précise.
- Des études prenant en compte des échelles d'évaluation du perfectionnisme dans le but de fournir une évaluation standardisée.

Les critères d'exclusion étaient centrés sur :

- La population pédiatrique (enfants et adolescents).
- Les types de publications suivantes : livres, dissertations, thèses, revue de littérature et essais philosophiques.
- Les publications dans une langue différente de l'anglais ou du français ont également été exclues.

Il n'y avait pas de critères d'exclusion concernant les comorbidités psychiatriques ni physiques s'inscrivant dans une volonté d'évaluer une population la plus représentative de la population générale.

Figure 1 – Diagramme de Flux



4. *Recueil des données et analyse*

Les articles sélectionnés ont fait l'objet d'un recueil de données sur des fiches inspirées des recommandations Cochrane, adaptées au type d'étude rencontré. (Voir Annexes). Les données cliniques, démographiques et méthodologiques pertinentes (y compris le design, le lieu de l'étude, le nombre et les participants, la répartition selon le sexe, les méthodes de mesure et l'association entre l'anxiété sociale et le perfectionnisme) ont été extraites et vérifiées par un second auteur. Les données ont été présentées sous forme de tableaux et résumées de manière narrative.

IV. RESULTATS

1. *Sélection des publications*

Les recherches ont permis d'identifier un total initial de 761 références. Au total, 494 références ont été trouvées sur MEDLINE, 104 sur EMBASE et 163 sur PsycInfo. Après élimination des doublons, 662 références ont été identifiées. Nous avons sélectionné 82 articles sur lecture du titre et résumé après exclusion selon les critères suivants : Absence d'évaluation du perfectionnisme associé à l'anxiété sociale, langue différente de l'anglais ou du français, livres /dissertations /thèses /revue de littérature/essais philosophiques. Après lecture approfondie de 30 références sélectionnées en texte intégral et exclusion selon les critères suivants : Population pédiatrique (âge < 18 ans), absence d'échelle d'évaluation du perfectionnisme, absence de diagnostic clinique de trouble d'anxiété sociale ; le nombre de références totales pour l'étude était de 11.

2. *Caractéristiques des publications sélectionnées*

Le **tableau 1** propose un résumé des caractéristiques principales des articles concernés. Concernant la répartition géographique des études, 3 d'entre elles ont été menées en Suède, 3 au Canada, 2 en Inde, 2 aux USA et 1 en Australie. Par ailleurs, parmi les 11 publications sélectionnées, 8 études observationnelles transversales analytiques (7 sur des échantillons cliniques et communautaires et 1 sur un échantillon clinique simple) ont été retrouvées versus 3 études prospectives thérapeutiques basées sur des échantillons cliniques. La majorité des études sélectionnées se basent sur des échantillons cliniques diagnostiqués selon le DSM III-R (5 articles au total), tandis que 3 articles représentent des échantillons cliniques diagnostiqués selon le DSM IV, 2 selon la CIM 10 et un seul selon le DSM V. La répartition selon le sexe est très hétérogène sur l'ensemble des études sélectionnées. Les critères d'exclusion sont relativement homogènes puisque 7 études sur 11 intègrent les mêmes exclusions selon les troubles de l'humeur, les troubles psychotiques et les abus de substances.(28) (29) (30) (31) (32) (33) (34). La majorité des études utilisent l'échelles MPS-F, ou MPS-H comme référence évaluative du perfectionnisme, mais on peut noter l'utilisation de l'échelle PCI pour l'une d'entre elle.(35) Concernant l'évaluation du TAS, seules 2 études ont cumulées plusieurs échelles évaluatives.(36) (32) Seule une étude n'a pas évaluée l'anxiété sociale sur une échelle évaluative.(29) L'échelle SIAS était l'échelle d'évaluation de l'anxiété la plus représentée.(37) (38) (30) (36)

Tableau 1 – Caractéristiques des études (n =11)

Caractéristiques des études			Caractéristiques des participants			
Auteur	Design	Localisation	N	♀ (%)	Age moyen / tranche d'âge (années)	Critères d'exclusion
Lundh(28)	Etude prospective thérapeutique / Echantillon clinique	Suède	24	91,6	35,0 (SD = 9,2)	Trouble bipolaire, dépression, trouble psychotique ou trouble addictif en cours
Rosser(37)	Etude prospective thérapeutique / Echantillon clinique	Australie	61	47,5	31,5 (SD = 9,3)	Usage fréquent de benzodiazépines, diagnostic de dépression ou de trouble addictif
Ashbaugh(38)	Etude prospective thérapeutique / Echantillon clinique	Canada	107	53,3	36,31 (SD = 10,94)	Non précisé
Antony (29)	Etude observationnelle transversale analytique / Echantillons cliniques et communautaire	Canada	22	Echantillon clinique (TAS) : 38,6 Echantillon communautaire : 61,2	Echantillon clinique : 36,18 Echantillon communautaire : 28,41	Plusieurs diagnostics comorbides de trouble anxieux. Trouble psychotique, bipolaire, ou addictif actuel
Rukmini(30)	Etude observationnelle transversale analytique / Echantillons clinique et communautaire	Inde	60	Echantillon clinique : 6,67 Echantillon communautaire : 6,67	Echantillon clinique : 28,60 (SD = 7,25) 18 à 50 ans Echantillon communautaire : 27,33 (SD = 6,49)	Intervention psychologique pour l'anxiété sociale dans la dernière année, trouble psychotique, bipolaire, dépressif, addictif, organique, neurologique ou maladie physique majeure
Bieling(31)	Etude observationnelle transversale analytique /	Canada	57	Echantillon clinique : 46,4	Echantillon clinique : 36,1 Echantillon communautaire : 34,9	Trouble psychotique, dépressif et bipolaire, et abus de substance

	Echantillons clinique et communautaire			Echantillon communautaire : 55,2					
Tyler(35)	Etude observationnelle transversale analytique / Echantillons cliniques	USA	356	57,9	31,1 (SD = 11,3) 18 à 69 ans	Non précisés	DSM V	PCI	SPIN
Jain(32)	Etude observationnelle transversale analytique / Echantillons clinique et communautaire	Inde	60	Echantillon clinique : 6,7 Echantillon communautaire : 20,0	Echantillon clinique : 28,9 Echantillon communautaire : 28,73	Trouble psychotique, bipolaire, épisode dépressif sévère avec caractéristiques psychotiques, autres troubles anxieux, autre trouble de la personnalité que la personnalité évitante, abus de substance actuel, trouble organique ou neurologique et maladie physique majeure ou intervention psychologique centrée sur l'anxiété sociale dans les 12 derniers mois.	CIM 10	MPS – F Perfectionist ic self- presentatio n scale	Liebowitz social anxiety scale Brief fear of negative evalutati on STA I– ST STAI – TR
Harlan R. Juster(36)	Etude observationnelle transversale analytique / Echantillons clinique et communautaire	USA	100	Echantillon clinique : 38 Echantillon communautaire : 52	Echantillon clinique : 36,6 (SD = 9,6) Echantillon communautaire : 34,1 (SD = 10,0)	Dépression, trouble psychotique, dépendance à l'alcool ou autre drogue active ou dans les 3 derniers mois.	DSM III-R	MPS - F	SIAS SPS FQSO FNE STAI-T LSAS-F LSAS-A
Lundh (33)	Etude observationnelle transversale analytique / Echantillons clinique et communautaire	Suède	84	Echantillon clinique : 88,1 Echantillon communautaire : 88, 1	Echantillon clinique : 33,8 (SD = 9,2) Echantillon communautaire : 33,5 (SD = 11,7)	Dépression, trouble bipolaire, psychotique ou trouble lié à l'usage d'alcool ou substance	DSM III-R	MPS-F	SCS Stroop task
Saboonchi (34)	Etude observationnelle	Suède	220	Echantillon clinique : ▪ SA : 84,6	Echantillon clinique : ▪ SA : 33,6 (SD = 8,8) ▪ TP.a : 34,5 (SD = 10,7)	Diagnostic de dépression, trouble bipolaire, trouble	DSM III-R	MPS-F	SCS STAI-T

	transversale analytique / Echantillons clinique et communautaire			- TP.a : 65,4 - Echantillon communautaire : 73,1	Echantillon communautaire : 30,6 (SD = 9,8)	psychotique, trouble addictif			
--	--	--	--	---	---	-------------------------------	--	--	--

- TAS = Trouble d'Anxiété Sociale / TP.a = Trouble panique avec agoraphobie / P* = Perfectionnisme / ♀ = femme

Echelle de mesure du perfectionnisme :

- MPS – F = Multidimensional Perfectionism scale Frost and al. / MPS – H = Multidimensional Perfectionism scale Hewitt and Flett
- PCI = Perfectionism Cognitions Inventory

Echelles de mesure de l'anxiété sociale :

- SCS = Self-Consciousness Scale
- SPS = Social Phobia Scale
- SIAS = Social Interaction Anxiety Scale
- STAI-T = State Anxiety Inventory
- FNE = Fear of Negative Evaluation
- LSAS – A = Liebowitz Social Anxiety Scale / Avoidance Subscale
- LSAS – F = Liebowitz Social Anxiety Scale / Fear Subscale
- FQSO = Social Phobia Subscale of the Fear Questionnaire
- RSQ = Ruminative Response Scale
- SAD = Social Avoidance and Distress Scale
- SPIN = Social Phobia Inventor

3. Risques de biais relatif aux études

Les études étaient généralement de qualité comparable. Les limites principales étaient centrées sur des échantillons faibles.

Les principaux biais rencontrés concernaient la phase de sélection sur la majorité des études sélectionnées : les populations étaient peu représentatives de la population générale (patients déjà traités dans unités de soins ambulatoires), concentrées sur de faibles échantillons, différence de sexe notable entre groupe notamment sur le sexe féminin surreprésenté...etc. Par ailleurs, 5 études ne décrivaient pas leur cohorte de façon exhaustive et les données manquantes peuvent empêcher une complète interprétation des résultats.(38) (31) (35) (33) (34).

Les outils de mesure auto-évaluatifs peuvent également faire l'objet d'un risque de biais, notamment dans le cadre d'une population anxieuse et perfectionniste. Or, l'ensemble des études proposées ne proposaient que des échelles auto-évaluatives et aucune mesure objective contrôlée cliniquement. Il n'a pas été constaté de biais de mesure.

Deux études présentaient un risque de confusion étant donné que le facteur de la dépression, dont on sait qu'elle est fréquemment associée aux troubles anxieux de façon général, n'a pas été contrôlé.(31) (33)

Le tableau 2 propose un résumé évaluatif des biais concernant les différentes études.

Tableau 2 – Évaluation des risques de biais

Auteur	Présence de biais de sélection	Calcul de l'échantillon clinique / puissance	Description adéquate de la cohorte	Présence de biais de mesure	Présence de biais de confusion
Lundh(28)	Partielle	n/s	Oui	Non	Non
Rosser (37)	Partielle (population issue de patients suivis pour TCC, faible échantillon)	n/s	Oui	Non	Non
Ashbaugh (38)	Partielle	n/s	Non	Non	Non
Antony (29)	Partiel (faible échantillon)	n/s	Oui	Non	Non
Rukmini (30)	Oui (diagnostic comorbide de trouble de personnalité évitante concernant une partie de l'échantillon, origine des patients recrutés inconnue, déséquilibre au niveau des sexes, faible échantillon)	n/s	Oui	Non	Non
Bieling (31)	Partielle (population issue de patients suivis en programme de psychothérapie non précisé, faible échantillon)	n/s	Non	Non	Potentiel (Absence de contrôle de la dépression)
Tyler (35)	Partielle (faible échantillon, population issue de psychothérapie).	n/s	Non	Non	Non
Jain (32)	Partielle (diagnostic de personnalité évitante comorbide pour 33% des patient SA, déséquilibre majeur sur le sexe intra-groupe)	n/s	Oui	Non	Non
Harlan R. Juster (36)	Partielle (Faible échantillon)	n/s	Oui	Non	Non
Lundh (33)	Partielle (faible échantillon, déséquilibre du sexe intra-groupe, population issue de suivi psychothérapie)	n/s	Non	Non	Potentiel (Absence de contrôle de la dépression)
Saboonchi (34)	Partielle (population issue de patients suivis pour TCC, faible échantillon)	n/s	Non	Non	Non

n/s = non spécifié

4. Relation entre perfectionnisme et trouble d'anxiété sociale

Seule une étude ne montre une relation entre perfectionnisme et TAS ($p = 0.25$).⁽³⁵⁾

Les autres études démontrent une relation entre les résultats élevés retrouvés sur les échelles de perfectionnisme et les échelles d'anxiété sociale. Les patients présentant un TAS présentent significativement un taux de perfectionnisme plus élevé que les groupes contrôles ($p < .001$, $p < 0.001$, $P < 0.0001$, $p < 0.001$, $p < 0.01$).^{(31) (29) (32) (33) (34) (36)}

Par ailleurs, une étude a démontré une diminution du perfectionnisme sur les sous-échelles « préoccupation au sujet des erreurs », « doutes concernant les actions », « normes personnelles élevées » et « critique parentale » du MPS après traitement TCC ciblant le TAS, ce qui laisse supposer la présence du perfectionnisme comme composante psychopathologique du TAS, traitée de façon indirecte.⁽²⁸⁾

Les mesures principales du perfectionnisme étaient basées sur l'échelle Multidimensional Perfectionism Scale de Frost, se basant ainsi sur une évaluation dimensionnelle du perfectionnisme puisque 10 études sur 11 se sont basées sur cette dernière ^{(28) (38) (29) (32) (34) (37) (30) (33) (31)}.

L'ensemble de l'échelle MPS-F présentait des résultats significatifs concernant une relation avec les échelles auto-évaluatives du TAS. Cependant, certaines dimensions du perfectionnisme se sont particulièrement représentées chez les patients atteints de trouble d'anxiété sociale : la tendance à « douter de la qualité de sa performance (doutes sur les actions) », les « préoccupations au sujet des erreurs » et les « critiques parentales » ; notamment à travers 2 études ^{(33) (34)}. Deux études ont retrouvé un lien entre une seule composante de l'échelle, à savoir les « doutes concernant les actions » et l'anxiété sociale.^{(37) (38)}

Une seule étude exploite les données de l'échelle MPS-H en décrivant un perfectionnisme « prescrit par la société » plus élevée chez les patients atteints de TAS que dans groupe contrôle ($p < .001$).⁽³¹⁾

5. Synthèse des résultats

Quatre-vingt-dix pourcents des études présente des résultats en faveur d'un lien entre des caractéristiques du perfectionnisme évalué sur l'échelle MPS et des caractéristiques en lien avec le trouble d'anxiété sociale via différentes échelles auto-évaluatives, bien que le diagnostic initial était clinique. L'ensemble de ces échelles utilisées étaient qualitatives, auto-évaluatives.

Auteur	Mesure du P*	Mesure de SA	Résultat principal	Valeur statistique
Lundh(28)	MPS-F	Stroop task SCS	Diminution du perfectionnisme sur sous échelle CM, DA, PS et PC du MPS après traitement TCC chez patient SA.	R = 0,84 (NR)
Rosser(37)	MPS-F	SPS SIAS	Corrélation significative DA/ SIAS uniquement.	R=0,38, p=.008
Ashbaugh(38)	MPS-F	SPS SIAS	Seuls les DA sont liés significativement au SPS.	R=.86, R ² = .74, R ² δ = .02, F (1,100) = 8,38, p < .01)
Rukmini(30)	MPS-F	RSQ SIAS	Corrélation positive entre échelle SIAS et échelle MPS-F.	R=0,446, p < 0,05
Bieling (31)	MPS-H	SAD	Patients SA ont un P* prescrit par la société plus élevée que dans groupe contrôle.	T (55) = 3,91, p < .001
Lundh (33)	MPS-F	SCS Stroop task	Les patients SA ont plus de P* que le groupe contrôles (en particulier sur les échelles CM, DA, et PC).	P < 0.0001
Harlan R. Juster (36)	MPS-F	SIAS SPS FQSO FNE STAI-T LSAS-F LSAS-A	Patients SA ont des scores plus élevés à la MPS sur l'ensemble des sous-échelles (principalement sur CM et DA) par rapport au groupe contrôle.	λ = 0.793 ; F(4,93) = 4,03, p < 0.01
Saboonchi (34)	MPS-F	SCS STAI-T	Les patients SA ont des scores plus élevés que le groupe contrôle sur sous échelles CM, DA et PC respectivement.	F = 17,43 p < 0,001 F = 10,10 p < 0,001 F= 9,36 p < 0,001
Tyler (35)	PCI	SPIN	Pas de corrélation entre échelles SPIN et PCI (soit pas de corrélation entre anxiété sociale et pensées perfectionnistes.	T= 1,13 P = 0.25
Jain (32)	MPS-F	Liebowitz social anxiety scale Brief fear of negative evaluation STAI – ST STAI – TR	Le groupe SA ont des scores plus élevés sur MPS-F que le groupe contrôle.	T = 2,78, p < .001
Antony (29)	MPS – F MPS - H	Aucune	Le groupe SA présente un P* plus élevé que le groupe contrôle.	F (6,207) = 17,11, p < 0,001

TABLEAU 3 - Principaux résultats – Association entre perfectionnisme et trouble d'anxiété sociale

CM = Concern over Mistakes = réagir négativement aux erreurs et à assimiler les erreurs à l'échec, préoccupation liée aux erreurs / DA = Doubt about Action = douter de la qualité de sa performance / PS = Personal Standard = normes personnelles / PC = Parental Criticism = critique parentale

P* = Perfectionnisme / SA = Anxiété Sociale / NR = Non Reporté

6. *Risque de biais transversal aux études*

Le risque de biais transversal aux études était centré principalement sur la différence d'outil psychométrique utilisé, notamment sur la mesure de l'anxiété sociale. On a constaté également un faible nombre d'essai thérapeutique versus étude observationnelle transversale, impliquant une différence d'application de groupe contrôle dans certains cas.

Par ailleurs, le contrôle des risques de biais de confusion sur la dépression n'était pas réalisé sur les mêmes échelles.

V. DISCUSSION

Cette revue systématique a examiné la relation entre perfectionnisme et TAS chez l'adulte. Pour la réaliser, nous avons impliqué 11 études. A notre connaissance, c'est la première revue de littérature à ce sujet. Notre objectif était d'identifier la présence d'une relation entre le mécanisme transdiagnostique du perfectionnisme et le trouble d'anxiété social. En résumant les résultats des 11 études sélectionnées, nous avons déterminé une relation entre le perfectionnisme et le TAS.

Seule une étude (35) ne conclue pas à une association entre perfectionnisme et TAS. Les dix autres études concluent au moins à l'association d'une ou plusieurs dimensions d'une échelle du perfectionnisme avec le TAS, mais deux d'entre elles étaient susceptibles de comporter des facteurs de confusion (lié à l'absence de contrôle de la dépression)(33) (31).

Certaines dimensions du perfectionnisme sont particulièrement associées au TAS à travers certaines études. La dimension concernant la tendance à « douter de la qualité de sa performance (doutes sur les actions) » est prédominante à travers six études au totale (28) (38) (34) (37) (33) (36), et dans trois études associées à deux autres dimensions : les « préoccupations au sujet des erreurs » et les « critiques parentales » (28) (34) (33).

Par ailleurs, ces observations sont relativement représentatives à l'échelle mondiale concernant l'hétérogénéité des cultures concernées par les études intégrées à la revue. Cependant, aucune étude étudiant ce lien n'a été réalisée en France.

Pour poursuivre sur les questions de mesure, on pourra souligner une absence d'homogénéité concernant l'évaluation du TAS, avec l'utilisation de multiples échelles telles que la SIAS, l'échelle de Liebowitz, la SPS, la SCS ou encore la SAD.

Seules 2 études multiplient les échelles d'évaluation du TAS.(36) (32)

On note tout de même la constance de l'association constatée entre perfectionnisme et TAS malgré l'hétérogénéité des outils employés.

Enfin, si l'évaluation du perfectionnisme était homogène, nous pourrions poser la question du caractère exhaustif de l'échelle MPS. Autrement dit, l'échelle MPS est-elle suffisamment spécifique, ciblant le caractère psychopathologique du perfectionnisme ?

Dans ce cadre, nous nous sommes posé la question du choix d'échelle d'évaluation du perfectionnisme Frost versus Hewitt concernant l'objectif de l'étude. Celle d'Hewitt pourrait sembler plus spécifique concernant la composante trouble anxiété sociale étudiée puisque l'échelle tient compte de la dimension interpersonnelle du perfectionnisme, non explorée par l'échelle de Frost, centrée sur une approche individualiste. Or seule une étude a conclu à la relation positive entre perfectionnisme et l'une des dimensions interpersonnelles, à travers le « perfectionnisme prescrit par la société ».(31)

Notre revue doit être interprétée avec des limites. Elle a en effet retrouvé des études aux échantillons faibles et peu représentatifs de la population clinique générale, puisque la plupart des populations étudiées étaient traitées au préalable par psychothérapie et déjà suivie dans des centres spécialisés. Par ailleurs, le type d'étude sélectionné est hétérogène : 3 études sont de nature prospectives thérapeutiques, utilisant l'outil TCC (28) (37) (38) et 8 sont observationnelles transversales (29) (32) (34) (30) (36) (33) (31) (35). Les outils TCC utilisés ne sont par ailleurs pas précisés et ne permettent pas ainsi de préjuger précisément des aspects cognitivo-comportementaux efficaces impactant la sphère du perfectionnisme.

D'autre part, la place prépondérante de l'évaluation des critères de jugement principal semble être une question essentielle de cette étude, aussi bien sur la critique des échelles d'auto-évaluation que de la spécificité des outils employés.

En effet, les échelles d'auto-évaluation comme critère de mesure principal du perfectionnisme et de l'anxiété sociale comportent certes des avantages à travers l'évaluation de l'intensité subjective de la souffrance mais surtout des limites dans le cadre de notre étude. L'auto-évaluation entraîne un potentiel biais cognitif lié à la pathologie, biais social de désirabilité lié à la maladie-même et/ou au perfectionnisme ?

Une autre limite de la revue est son aspect qualitatif, ne permettant pas d'appuyer des résultats puissants.

Ces différents résultats et limites permettent de mettre en évidence les éléments pouvant être à l'origine d'une amélioration de la méthodologie dans le but de répondre à l'objectif posé. Des études homogènes, de types transversales ou prospectives centrées sur des échantillons cliniques plus grands et contrôlés concernant les biais de sélection semble essentiel. La question du choix de mesure de critère de jugement principal semble également centrale et à améliorer sur le plan qualitatif afin de répondre plus précisément à la question posée.

Finalement, les prochaines études devraient principalement se centrer sur une meilleure homogénéité concernant le choix des outils et sur la puissance à travers des échantillons représentatifs de la population générale. Il serait intéressant de développer par ailleurs une traduction de l'échelle MPS en français afin d'initier des études sur le sujet en France.

VI. CONCLUSION

Cette première revue de littérature observant la relation entre perfectionnisme et trouble d'anxiété sociale présente des pistes à la fois inspirantes et aux nombreuses limites. L'ensemble de l'étude conclue à une relation psychopathologique entre perfectionnisme et ce trouble caractéristique mais nécessite des études approfondies sur des échantillons cliniques plus importants et contrôlés de façon objective et fiable. Cette étude permet donc d'élargir l'étendue du caractère transdiagnostic du perfectionnisme.

Conflit d'intérêt

Les auteurs ne déclarent pas de conflits d'intérêt.

Financement

Cette recherche n'a reçu aucun financement particulier.

Perspectives et recommandations

Ce travail centré sur un aspect transdiagnostique précis a permis d'ouvrir une réflexion sur un sujet certes exploré mais n'ayant jamais fait l'objet d'un travail de synthèse jusqu'à ce jour. Il est intéressant de se pencher sur les mécanismes psychopathologiques des troubles psychiatriques afin d'améliorer les propositions d'accompagnement des patients. Le perfectionnisme est une nouvelle piste à cibler, tant son implication est prouvée dans plusieurs troubles psychiatriques, dont le trouble d'anxiété sociale. Ainsi de nouvelles questions sur les outils les plus adaptés concernant ce mécanisme sous-jacent peuvent faire l'objet de recherche à venir, tant pour soigner, éviter la rechute mais aussi tisser des liens thérapeutiques avec le patient.

Bibliographie

1. Katzman et al. Troubles anxieux-Lignes directrices et guides d'intervention - Département de médecine de famille et de médecine d'urgence - Université de Montréal [Internet]. Département de médecine de famille et de médecine d'urgence. 2014 [cité 15 sept 2021]. Disponible sur: https://medfam.umontreal.ca/ressources/autres-comites/comite-de-lenseignement-en-sante-mentale/documentation_comite-en-sante-mentale/troubles-anxieux/troubles-anxieux-lignes-directrices-et-guides-dintervention/
2. Stein MB, Kean YM. Disability and quality of life in social phobia: epidemiologic findings. *Am J Psychiatry*. oct 2000;157(10):1606-13.
3. Monique Remillieux. Anxiété sociale et phobie sociale : définition [Internet]. Elsevier Connect. [cité 23 août 2021]. Disponible sur: <https://www.elsevier.com/fr-fr/connect/psy/anxiete-sociale-et-phobie-sociale-definition>
4. Limburg K, Watson HJ, Hagger MS, Egan SJ. The Relationship Between Perfectionism and Psychopathology: A Meta-Analysis. *J Clin Psychol*. oct 2017;73(10):1301-26.
5. Gyori D, Balazs J. Nonsuicidal Self-Injury and Perfectionism: A Systematic Review. *Front Psychiatry*. 2021;12:691147.
6. O'Connor RC. The relations between perfectionism and suicidality: a systematic review. *Suicide Life Threat Behav*. déc 2007;37(6):698-714.
7. Egan SJ, Wade TD, Shafran R. Perfectionism as a transdiagnostic process: a clinical review. *Clin Psychol Rev*. mars 2011;31(2):203-12.
8. Dahlenburg SC, Gleaves DH, Hutchinson AD. Anorexia nervosa and perfectionism: A meta-analysis. *Int J Eat Disord*. mars 2019;52(3):219-29.
9. Vacca M, Ballesio A, Lombardo C. The relationship between perfectionism and eating-related symptoms in adolescents: A systematic review. *Eur Eat Disord Rev J Eat Disord Assoc*. janv 2021;29(1):32-51.
10. Finn K, Guay M-C. Perfectionnisme et anxiété de performance chez les étudiants universitaires. *Rev Psychoéducation*. 2013;42(1):1-23.
11. Xie Y, Kong Y, Yang J, Chen F. Perfectionism, worry, rumination, and distress: A meta-analysis of the evidence for the perfectionism cognition theory. *Personal Individ Differ*. 1 mars 2019;139:301-12.
12. Douilliez C, Rivière J, Dupont M. Chapitre 6. Le perfectionniste, un patient idéal ? Vers une prise en charge transdiagnostique du perfectionnisme [Internet]. Dunod; 2016 [cité 6 sept 2021]. Disponible sur: <https://www-cairn-info.proxy.scd.univ-tours.fr/l-approche-transdiagnostique-en-psychopathologie--9782100750283-page-125.htm>
13. Boivin I. LE PERFECTIONNISME ET LES TROUBLES ANXIEUX - PDF Free Download [Internet]. 1996 [cité 15 sept 2021]. Disponible sur: <https://docplayer.fr/9948530-Le-perfectionnisme-et-les-troubles-anxieux.html>

14. Monestès J-L, Baeyens C. L'approche transdiagnostique en psychopathologie: alternative aux classifications nosographiques et perspectives thérapeutiques. Paris: Dunod; 2016.
15. Shafran R. Overcoming Perfectionism 2nd Edition [Internet]. 2018 [cité 20 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.lehmanns.de/shop/medizin-pharmazie/39002547-9781472140562-overcoming-perfectionism-2nd-edition>
16. Handley AK, Egan SJ, Kane RT, Rees CS. A randomised controlled trial of group cognitive behavioural therapy for perfectionism. *Behav Res Ther.* mai 2015;68:37-47.
17. Glover DS, Brown GP, Fairburn CG, Shafran R. A preliminary evaluation of cognitive-behaviour therapy for clinical perfectionism: A case series. *Br J Clin Psychol.* mars 2007;46(1):85-94.
18. Shu CY, Watson HJ, Anderson RA, Wade TD, Kane RT, Egan SJ. A randomized controlled trial of unguided internet cognitive behaviour therapy for perfectionism in adolescents: Impact on risk for eating disorders. *Behav Res Ther.* sept 2019;120:103429.
19. Cottraux J. 9 - Anxiété sociale (phobie sociale). In: Cottraux J, éditeur. *Les Psychothérapies Cognitives et Comportementales (Sixième Édition)* [Internet]. Paris: Elsevier Masson; 2017 [cité 14 sept 2021]. p. 144-73. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9782294750090000097>
20. Collège national des Universitaires de Psychiatrie, Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique, Collège universitaire national des enseignants en addictologie. *Référentiel de psychiatrie et addictologie: psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, addictologie.* Tours, France: Presses universitaires François-Rabelais; 2020. 454 p.
21. George R. Soigner l'anxiété sociale chez l'enfant et l'adolescent [Internet]. Les Editions Retz. [cité 14 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.editions-retz.com/sante/soigner-l-anxiete-sociale-chez-l-enfant-et-l-adolescent-9782725633350.html>
22. American psychiatric association, éditeur. *DSM-5: diagnostic and statistical manual of mental disorders.* Washington (D. C.)etc., Etats-Unis d'Amérique, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord: American Psychiatric Publishing; 2013. xlv+947.
23. OMS. CIM-10 Version:2008 [Internet]. [cité 15 sept 2021]. Disponible sur: <https://icd.who.int/browse10/2008/fr#!/F40-F48>
24. Trybou V. Comprendre et traiter l'anxiété sociale [Internet]. Dunod; 2018 [cité 15 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/comprendre-et-traiter-l-anxiete-sociale--9782100779291.htm>
25. Yao S-N, Note I, Fanget F, Albuisson E, Bouvard M, Jalenques I, et al. L'anxiété sociale chez les phobiques sociaux: Valiation de l'échelle d'anxiété sociale de Liebowitz (version Française). [Social anxiety in social phobics: Validation of Liebowitz's social anxiety scale-- French version.]. *Encéphale Rev Psychiatr Clin Biol Thérapeutique.* 1999;25(5):429-35.

26. VIDAL. Recommandations Phobie sociale [Internet]. VIDAL. [cité 15 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/recommandations/phobie-sociale-4052.html>
27. HAS. « Troubles anxieux graves », Guide ALD n° 23, HAS, juin 2007 [Internet]. 2007. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/guide_medecin_troubles_anxieux.pdf
28. Lundh L-G, Öst L-G. Attentional bias, self-consciousness and perfectionism in social phobia before and after cognitive-behaviour therapy. *Scand J Behav Ther.* févr 2001;30(1):4-16.
29. Antony MM, Purdon CL, Huta V, Swinson RP. Dimensions of perfectionism across the anxiety disorders. *Behav Res Ther.* déc 1998;36(12):1143-54.
30. Rukmini S, Sudhir PM, Math SB. Perfectionism, emotion regulation and their relationship to negative affect in patients with social phobia. *Indian J Psychol Med.* juill 2014;36(3):239-45.
31. Bieling PJ, Alden LE. The consequences of perfectionism for patients with social phobia. *Br J Clin Psychol.* sept 1997;36(3):387-95.
32. Jain M, Sudhir PM. Dimensions of perfectionism and perfectionistic self-presentation in social phobia. *Asian J Psychiatry.* déc 2010;3(4):216-21.
33. Lundh L-G. Stroop interference, self-focus and perfectionism in social phobics. *Personal Individ Differ.* 1 juin 1996;20(6):725-31.
34. Saboonchi F, Lundh LG, Ost LG. Perfectionism and self-consciousness in social phobia and panic disorder with agoraphobia. *Behav Res Ther.* sept 1999;37(9):799-808.
35. Tyler J, Mu W, McCann J, Belli G, Asnaani A. The unique contribution of perfectionistic cognitions to anxiety disorder symptoms in a treatment-seeking sample. *Cogn Behav Ther.* mars 2021;50(2):121-37.
36. Harlan R. Juster. Social phobia and perfectionism. *Personal Individ Differ.* 1 sept 1996;21(3):403-10.
37. Rosser S, Issakidis C, Peters L. Perfectionism and social phobia: Relationship between the constructs and impact on cognitive behavior therapy. *Cogn Ther Res.* 2003;27(2):143-51.
38. Ashbaugh A, Antony MM, Liss A, Summerfeldt LJ, McCabe RE, Swinson RP. Changes in perfectionism following cognitive-behavioral treatment for social phobia. *Depress Anxiety.* 2007;24(3):169-77.
39. Echelle d'anxiété sociale / Liebowitz Social Anxiety Scale - Apprendre la Psychologie [Internet]. Apprendre les TCC. [cité 29 sept 2021]. Disponible sur: <https://tcc.apprendre-la-psychologie.fr/catalogue/tests-psychologiques/echelle-d-anxiete-sociale-liebowitz-social-anxiety-scale.html>

40. Frost Multidimensional Perfectionism Scale (FMPS) [Internet]. NovoPsych. 2021 [cité 29 sept 2021]. Disponible sur: <https://novopsych.com.au/assessments/formulation/frost-multidimensional-perfectionism-scale-fmps/>
41. (Hewitt, P.L., & Flett, G. Multidimensional Perfectionism Scale [Internet]. studylib.net. 1990 [cité 30 sept 2021]. Disponible sur: <https://studylib.net/doc/8535594/multidimensional-perfectionism-scale>

Référencement des annexes

Nombres d'annexes	Documents	Pages
Annexe 1	Echelle d'Anxiété Sociale de Liebowitz	46 - 47
Annexe 2	Echelle MPS- F (Multidimensional Perfectionism Scale de Frost)	48 - 49
Annexe 3	Echelle MPS-H (Multidimensional Perfectionism Scale d'Hewitt)	50 - 51

Annexe 1 (39)

Échelle d'anxiété sociale de Liebowitz

Traduction: Lepine.

Révision et validation française: Yao et al. 1999.

L'échelle de Liebowitz mesure les symptômes de phobie sociale.

Dépouillement et interprétation du score

Total (de 0 à 72): additionner tous les items de la colonne « Évitement ».

Cette classification, dans la version française, diverge légèrement de celle de Liebowitz.

Dans la version américaine de l'échelle, l'item 21 a été coté « P » (performance), ce qui représente de toute évidence une erreur. La version française utilisée pour l'étude de validation (Yao *et al.*, 1999), a considéré l'item 21: « Essayer de "draguer" quelqu'un » comme un item d'interaction sociale « S ».

Ce qui donne, finalement, le même nombre d'items « S » et d'items « P » pour l'ensemble de l'échelle: douze items d'interaction sociale et douze items de performance.

Pour le score total (à partir des études anglophones):

Phobie sociale modérée: 56-65.

Phobie sociale marquée: 65-80.

Phobie sociale sévère: 80-95.

Phobie sociale très sévère: plus de 95.

Validation

Avec l'échelle de phobie sociale du questionnaire des peurs de Marks et Matthews, c'est l'échelle la plus utilisée et la mieux validée en français ou en anglais.

	ANXIÉTÉ 0 = Aucune 1 = Légère 2 = Moyenne 3 = Sévère	ÉVITEMENT 0 = Jamais 1 = Occasionnel (0-33 %) 2 = Fréquent (33-66 %) 3 = Habituel (67-100 %)
1. Téléphoner en public (P)		
2. Participer au sein d'un petit groupe (P)		
3. Manger dans un lieu public (P)		
4. Boire en compagnie dans un lieu public (P)		
5. Parler à des gens qui détiennent une autorité (S)		
6. Jouer, donner une représentation ou une conférence (P)		
7. Aller à une soirée (S)		
8. Travailler en étant observé (P)		
9. Écrire en étant observé (P)		
10. Contacter par téléphone quelqu'un que vous ne connaissez pas très bien (S)		
11. Parler à des gens que vous ne connaissez pas très bien (S)		
12. Rencontrer des inconnus (S)		
13. Uriner dans les toilettes publiques (P)		
14. Entrer dans une pièce alors que tout le monde est déjà assis (P)		
15. Être le centre d'attention (S)		
16. Prendre la parole à une réunion (P)		
17. Passer un examen (P)		
18. Exprimer son désaccord ou sa désapprobation à des gens que vous ne connaissez pas très bien (S)		
19. Regarder dans les yeux des gens que vous ne connaissez pas très bien (S)		
20. Faire un compte-rendu à un groupe (P)		
21. Essayer de « draguer » quelqu'un (S)		
22. Rapporter des marchandises dans un magasin (S)		
23. Donner une soirée (S)		
24. Résister aux pressions d'un vendeur insistant (S)		
TOTAL	A =	E =
Deux scores : S = Interaction sociale	A.S =	E.S =
P = Performance	A.P =	E.P =

Annexe 2 (40)

Frost Multidimensional Perfectionism Scale (FMPS)

Instructions:

Please answer the following questions in relation to how much they apply to you. Do not spend too much time on any one question.

		Strongly disagree	Disagree	Neutral	Agree	Strongly agree
1	My parents set very high standards for me.	1	2	3	4	5
2	Organization is very important to me.	1	2	3	4	5
3	As a child, I was punished for doing things less than perfectly.	1	2	3	4	5
4	If I do not set the highest standards for myself, I am likely to end up a second-rate person.	1	2	3	4	5
5	My parents never tried to understand my mistakes.	1	2	3	4	5
6	It is important to me that I be thoroughly competent in what I do.	1	2	3	4	5
7	I am a neat person.	1	2	3	4	5
8	I try to be an organized person.	1	2	3	4	5
9	If I fail at work/school, I am a failure as a person.	1	2	3	4	5
10	I should be upset if I make a mistake.	1	2	3	4	5
11	My parents wanted me to be the best at everything.	1	2	3	4	5
12	I set higher goals than most people.	1	2	3	4	5
13	If someone does a task at work/school better than I do, then I feel as if I failed the whole task.	1	2	3	4	5
14	If I fail partly, it is as bad as being a complete failure.	1	2	3	4	5
15	Only outstanding performance is good enough in my family.	1	2	3	4	5
16	I am very good at focusing my efforts on attaining a goal.	1	2	3	4	5
17	Even when I do something very carefully, I often feel that it is not quite right.	1	2	3	4	5

		Strongly disagree	Disagree	Neutral	Agree	Strongly agree
18	I hate being less than the best at things.	1	2	3	4	5
19	I have extremely high goals.	1	2	3	4	5
20	My parents expect excellence from me.	1	2	3	4	5
21	People will probably think less of me if I make a mistake.	1	2	3	4	5
22	I never feel that I can meet my parents' expectations.	1	2	3	4	5
23	If I do not do as well as other people, it means I am an inferior being.	1	2	3	4	5
24	Other people seem to accept lower standards from themselves than I do.	1	2	3	4	5
25	If I do not do well all the time, people will not respect me.	1	2	3	4	5
26	My parents have always had higher expectations for my future than I have.	1	2	3	4	5
27	I try to be a neat person.	1	2	3	4	5
28	I usually have doubts about the simple everyday things that I do.	1	2	3	4	5
29	Neatness is very important to me.	1	2	3	4	5
30	I expect higher performance in my daily tasks than most people.	1	2	3	4	5
31	I am an organized person.	1	2	3	4	5
32	I tend to get behind in my work because I repeat things over and over.	1	2	3	4	5
33	It takes me a long time to do something "right".	1	2	3	4	5
34	The fewer mistakes I make, the more people will like me.	1	2	3	4	5
35	I never feel that I can meet my parents' standards.	1	2	3	4	5

Developer Reference : Frost, R. O., & Marten, P. A. (1990). Perfectionism and evaluative threat. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 559-572.

Stober, J. (1998). The Frost Multidimensional Perfectionism Scale: More perfect with four (instead of six) dimensions. *Personality and Individual Differences*, 24(4), 481-491.

Annexe 3 (41)

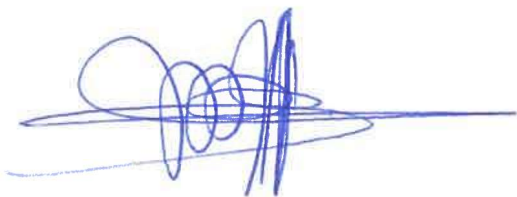
Multidimensional Perfectionism Scale (Hewitt, P.L., & Flett, G.L. (1990). Perfectionism and depression: A multidimensional analysis. *Journal of Social Behavior and Personality*, 5, 423-438.

INSTRUCTIONS: Listed below are a number of statements concerning personal characteristics and traits. Read each item and decide whether you agree or disagree & to what extent. To score your responses, put the number of your response in the column that is highlighted next to this question.

		Disagree						Agree	Self Oriented	Other Oriented	Socially Prescribed
1.	When I am working on something, I cannot relax until it is perfect	1	2	3	4	5	6	7			
2.	I am not likely to criticize someone for giving up too easily	7	6	5	4	3	2	1			
3.	It is not important that people I am close to are successful	7	6	5	4	3	2	1			
4.	I seldom criticize my friends for accepting second best	7	6	5	4	3	2	1			
5.	I find it difficult to meet others' expectations of me	1	2	3	4	5	6	7			
6.	One of my goals is to be perfect in everything I do	1	2	3	4	5	6	7			
7.	Everything that others do must be of top-notch quality	1	2	3	4	5	6	7			
8.	I never aim for perfection on my work	7	6	5	4	3	2	1			
9.	Those around me readily accept that I can make mistakes too	7	6	5	4	3	2	1			
10.	It doesn't matter when someone close to me does not do their absolute best	7	6	5	4	3	2	1			
11.	The better I do, the better I am expected to do	1	2	3	4	5	6	7			
12.	I seldom feel the need to be perfect	7	6	5	4	3	2	1			
13.	Anything that I do that is less than excellent will be seen as poor work by those around me	1	2	3	4	5	6	7			
14.	I strive to be as perfect as I can be	1	2	3	4	5	6	7			
15.	It is very important that I am perfect in everything I attempt	1	2	3	4	5	6	7			
16.	I have high expectations for the people who are important to me	1	2	3	4	5	6	7			
17.	I strive to be the best at everything I do	1	2	3	4	5	6	7			
18.	The people around me expect me to succeed at everything I do	1	2	3	4	5	6	7			
19.	I do not have very high standards for those around me	7	6	5	4	3	2	1			
20.	I demand nothing less than perfection of myself	1	2	3	4	5	6	7			
21.	Others will like me even if I don't excel at everything	7	6	5	4	3	2	1			
22.	I can't be bothered with people who won't strive to better themselves	1	2	3	4	5	6	7			
23.	It makes me uneasy to see an error in my work	1	2	3	4	5	6	7			
24.	I do not expect a lot from my friends	7	6	5	4	3	2	1			
SUBTOTALS Page 1									SO =	OO =	SP =

Add up in each column the colored areas to create summary score for each dimension												
		Disagree						Agree		Self Oriented	Other Oriented	Socially Prescribed
25.	Success means that I must work even harder to please others	1	2	3	4	5	6	7				
26.	If I ask someone to do something, I expect it to be done flawlessly	1	2	3	4	5	6	7				
27.	I cannot stand to see people close to me make mistakes	1	2	3	4	5	6	7				
28.	I am perfectionistic in setting my goals	1	2	3	4	5	6	7				
29.	The people who matter to me should never let me down	1	2	3	4	5	6	7				
30.	Others think I am okay, even when I do not succeed	7	6	5	4	3	2	1				
31.	I feel that people are too demanding of me	1	2	3	4	5	6	7				
32.	I must work to my full potential at all times	1	2	3	4	5	6	7				
33.	Although they may not say it, other people get very upset with me when I slip up	1	2	3	4	5	6	7				
34.	I do not have to be the best at whatever I am doing	7	6	5	4	3	2	1				
35.	My family expects me to be perfect	1	2	3	4	5	6	7				
36.	I do not have very high goals for myself	7	6	5	4	3	2	1				
37.	My parent rarely expected me to excel in all aspects of my life	7	6	5	4	3	2	1				
38.	I respect people who are average	7	6	5	4	3	2	1				
39.	People expect nothing less than perfection from me	1	2	3	4	5	6	7				
40.	I set very high standards for myself	1	2	3	4	5	6	7				
41.	People expect more from me than I am capable of giving	1	2	3	4	5	6	7				
42.	I must always be successful at school or work	1	2	3	4	5	6	7				
43.	It does not matter to me when a close friend does not try their hardest	7	6	5	4	3	2	1				
44.	People around me think I am still competent even if I make a mistake	7	6	5	4	3	2	1				
45.	I seldom expect others to excel at whatever they do	7	6	5	4	3	2	1				
SUBTOTALS Page 2 Add up in each column the colored squares for each dimension												
SUBTOTALS from Page 1												
SUBSCALE TOTALS										SO =	OO =	SP =

Vu, le Directeur de Thèse

A handwritten signature in blue ink, consisting of several overlapping loops and a long horizontal stroke extending to the right.

**Vu, le Doyen
De la Faculté de Médecine de Tours
Tours, le**

WANDJI Marion

54 pages – 3 tableaux – 1 figure – 3 annexes

Résumé :

Contexte : Le perfectionnisme en tant que critère transdiagnostique a fait l'objet de recherches concernant sa relation avec le trouble d'anxiété sociale (TAS). Pourtant, aucune revue systématique n'a été réalisée à sujet. **Objectifs :** Réalisation d'une revue systématique concernant l'étude de l'association entre perfectionnisme et TAS. **Méthodes :** La recherche systématique a été effectuée sur MEDLINE, PsychInfo et EMBASE. Les termes de recherche étaient : ("Phobia, Social" [Mesh] OR "Social Phobia" OR "Social Phobias" OR "Social Anxiety Disorder" OR "Anxiety Disorder, Social" OR "Disorders, Social Anxiety" OR "Disorder, Social Anxiety" OR "Disorders, Social Anxiety" OR "Sociophobia" OR "Social Anxiety" OR "Anxieties, Social" OR "Anxiety, Social" OR "Social Anxieties") AND "perfectionism". Critères d'inclusion : populations cliniques âgées de 18 à 70 ans, diagnostic de TAS selon les critères du DSM III, IV, V ou de la CIM 10, et études utilisant des échelles d'évaluation du perfectionnisme. Critères d'exclusion : population pédiatrique, types de publications comportant livres, essais, thèses, revues de littérature et essais philosophiques, dans une langue autre que l'anglais ou le français. **Résultats :** 11 études ont été incluses. 10 des 11 études ont trouvé une association positive significative entre perfectionnisme et trouble d'anxiété sociale. **Limites :** L'étude est basée sur de faibles échantillons cliniques et sur l'auto-évaluation du perfectionnisme et du TAS. **Conclusion :** Le perfectionnisme joue un rôle dans le TAS. Plus d'études sont nécessaires sans limitations pour obtenir des résultats plus significatifs.

Mots clés : Perfectionnisme, Trouble d'Anxiété Sociale, Transdiagnostique.

Jury :

Président du Jury : Monsieur le Professeur Vincent CAMUS

Membres du Jury :

Monsieur le Docteur Jacques ALEXIS PROBO

Monsieur le Docteur Thomas LEONARD

Date de soutenance : Jeudi 28 octobre 2021.