

Etude transversale visant à approcher par le TCI de Cloninger la prévalence théorique des tempéraments et des personnalités dans un échantillon de 174 médecins en formation à Nancy 1

Frédéric Jumelle

▶ **To cite this version:**

Frédéric Jumelle. Etude transversale visant à approcher par le TCI de Cloninger la prévalence théorique des tempéraments et des personnalités dans un échantillon de 174 médecins en formation à Nancy 1. Sciences du Vivant [q-bio]. 2005. hal-01734321

HAL Id: hal-01734321
https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01734321

Submitted on 14 Mar 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10
http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

TINY 2005 / JUMELLE
Double
B.184.130

Université Henri Poincaré, Nancy 1
2005

Faculté de Médecine de Nancy
N° 176

SCD-UHP - NANCY 1
BIBLIOTHÈQUE
MÉDECINE

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Frédéric JUMELLE

Le 13 Décembre 2005

ÉTUDE TRANSVERSALE VISANT À APPROCHER PAR LE TCI DE CLONINGER LA PRÉVALENCE THÉORIQUE DES TEMPÉRAMENTS ET DES PERSONNALITÉS DANS UN ÉCHANTILLON DE 174 MÉDECINS EN FORMATION À NANCY 1

Examinateurs de la thèse :

Monsieur Jean-Pierre KAHN	Professeur	Président du jury
Monsieur Jean-Dominique de KORWIN	Professeur)	
Monsieur Abdelouahab BELLOU	Professeur)	Juges
Madame Véronique ADNET	Docteur en Médecine)	
Monsieur Bernard DELAGE	Docteur en Sociologie)	

BIBLIOTHEQUE MEDECINE NANCY 1
D 007 251427 7

Université Henri Poincaré, Nancy 1
2005

Faculté de Médecine de Nancy
N°

SCD-UHP - NANCY 1
BIBLIOTHÈQUE
MÉDECINE

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Frédéric JUMELLE

Le 13 Décembre 2005

ÉTUDE TRANSVERSALE VISANT À APPROCHER PAR LE TCI DE CLONINGER LA PRÉVALENCE THÉORIQUE DES TEMPÉRAMENTS ET DES PERSONNALITÉS DANS UN ÉCHANTILLON DE 174 MÉDECINS EN FORMATION À NANCY 1

Examinateurs de la thèse :

Monsieur Jean-Pierre KAHN	Professeur	Président du jury
Monsieur Jean-Dominique de KORWIN	Professeur	)
Monsieur Abdelouahab BELLOU	Professeur	) Juges
Madame Véronique ADNET	Docteur en Médecine	)
Monsieur Bernard DELAGE	Docteur en Sociologie	)

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Jean-Pierre FINANCE

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Patrick NETTER

Vice-Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Assesseurs

du 1er Cycle :	**Mme le Docteur Chantal KOHLER**
du 2ème Cycle :	**Mr le Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI**
du 3ème Cycle :	**Mr le Professeur Hervé VESPIGNANI**
de la Vie Facultaire :	**Mr le Professeur Bruno LEHEUP**

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX
Professeur Jacques ROLAND

==========

PROFESSEURS HONORAIRES

Louis PIERQUIN – Jean LOCHARD – René HERBEUVAL – Gabriel FAIVRE – Jean-Marie FOLIGUET
Guy RAUBER – Paul SADOUL – Raoul SENAULT – Marcel RIBON
Jacques LACOSTE – Jean BEUREY – Jean SOMMELET – Pierre HARTEMANN – Emile de LAVERGNE
Augusta TREHEUX – Michel MANCIAUX – Paul GUILLEMIN – Pierre PAYSANT
Jean-Claude BURDIN – Claude CHARDOT – Jean-Bernard DUREUX – Jean DUHEILLE – Jean-Pierre GRILLIAT
Pierre LAMY – Jean-Marie GILGENKRANTZ – Simone GILGENKRANTZ
Pierre ALEXANDRE – Robert FRISCH – Michel PIERSON – Jacques ROBERT
Gérard DEBRY – Pierre TRIDON – Michel WAYOFF – François CHERRIER – Oliéro GUERCI
Gilbert PERCEBOIS – Claude PERRIN – Jean PREVOT – Jean FLOQUET
Alain GAUCHER – Michel LAXENAIRE – Michel BOULANGE – Michel DUC – Claude HURIET – Pierre LANDES
Alain LARCAN – Gérard VAILLANT – Daniel ANTHOINE – Pierre GAUCHER – René-Jean ROYER
Hubert UFFHOLTZ – Jacques LECLERE – Francine NABET – Jacques BORRELLY
Michel RENARD – Jean-Pierre DESCHAMPS – Pierre NABET – Marie-Claire LAXENAIRE – Adrien DUPREZ – Paul VERT
Philippe CANTON – Bernard LEGRAS – Pierre MATHIEU – Jean-Marie POLU - Antoine RASPILLER – Gilbert THIBAUT
Michel WEBER – Gérard FIEVE – Daniel SCHMITT – Colette VIDAILHET – Alain BERTRAND – Jean-Pierre NICOLAS –
Francis PENIN – Michel STRICKER – Daniel BURNEL – Michel VIDAILHET

==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1ère sous-section : *(Anatomie)*

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Gilles GROSDIDIER
Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

2ème sous-section : *(Cytologie et histologie)*

Professeur Bernard FOLIGUET

3ème sous-section : *(Anatomie et cytologie pathologiques)*

Professeur François PLENAT - Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1ère sous-section : *(Biophysique et médecine nucléaire)*

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2ème sous-section : *(Radiologie et imagerie médicale)*

Professeur Luc PICARD – Professeur Denis REGENT - Professeur Michel CLAUDON
Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM - Professeur Jacques FELBLINGER
Professeur René ANXIONNAT

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1ère sous-section : ***(Biochimie et biologie moléculaire)***

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER

2ème sous-section : ***(Physiologie)***

Professeur Jean-Pierre CRANCE – Professeur Jean-Pierre MALLIE

Professeur François MARCHAL – Professeur Philippe HAOUZI

3ème sous-section : ***(Biologie cellulaire)***

Professeur Claude BURLET

4ème sous-section : ***(Nutrition)***

Professeur Olivier ZIEGLER

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1ère sous-section : ***(Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)***

Professeur Alain LOZNIEWSKI

2ème sous-section : ***(Parasitologie et mycologie)***

Professeur Bernard FORTIER

3ème sous-section : ***(Maladies infectieuses ; maladies tropicales)***

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1ère sous-section : ***(Épidémiologie, économie de la santé et prévention)***

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON

Professeur Francis GUILLEMIN – Professeur Denis ZMIROU-NAVIER

2ème sous-section : ***(Médecine et santé au travail)***

Professeur Guy PETIET – Professeur Christophe PARIS

3ème sous-section : ***(Médecine légale et droit de la santé)***

Professeur Henry COUDANE

4ème sous-section : ***(Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)***

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1ère sous-section : ***(Hématologie ; transfusion)***

Professeur Christian JANOT – Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Pierre LEDERLIN – Professeur Jean-François STOLTZ

2ème sous-section : ***(Cancérologie ; radiothérapie)***

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Pierre BEY – Professeur Didier PEIFFERT

3ème sous-section : ***(Immunologie)***

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4ème sous-section : ***(Génétique)***

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1ère sous-section : ***(Anesthésiologie et réanimation chirurgicale)***

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Dan LONGROIS - Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES

2ème sous-section : ***(Réanimation médicale)***

Professeur Henri LAMBERT – Professeur Alain GERARD

Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT – Professeur Bruno LÉVY

3ème sous-section : ***(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)***

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4ème sous-section : ***(Thérapeutique)***

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD

49ème Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP et RÉÉDUCATION

1ère sous-section : ***(Neurologie)***

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI

Professeur Xavier DUCROCQ

2ème sous-section : ***(Neurochirurgie)***

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE

Professeur Thierry CIVIT

3ème sous-section : ***(Psychiatrie d'adultes)***

Professeur Jean-Pierre KAHN

4ème sous-section : ***(Pédopsychiatrie)***

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC

5ème sous-section : ***(Médecine physique et de réadaptation)***

Professeur Jean-Marie ANDRE

50ème Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1ère sous-section : ***(Rhumatologie)***

Professeur Jacques POUREL – Professeur Isabelle VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2ème sous-section : ***(Chirurgie orthopédique et traumatologique)***

Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE – Professeur Daniel MOLE

Professeur Didier MAINARD – Professeur François SIRVEAUX

3ème sous-section : ***(Dermato-vénéréologie)***

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4ème sous-section : ***(Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique)***

Professeur François DAP

51ème Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1ère sous-section : ***(Pneumologie)***

Professeur Yves MARTINET - Professeur Jean-François CHABOT

2ème sous-section : ***(Cardiologie)***

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL – Professeur Christian de CHILLOU

3ème sous-section : ***(Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)***

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT

Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACE

4ème sous-section : ***(Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)***

52ème Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1ère sous-section : ***(Gastroentérologie ; hépatologie)***

Professeur Marc-André BIGARD

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

2ème sous-section : ***(Chirurgie digestive)***

3ème sous-section : ***(Néphrologie)***

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN (Mme) – Professeur Luc FRIMAT

4ème sous-section : ***(Urologie)***

Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT – Professeur Luc CORMIER

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1ère sous-section : ***(Médecine interne)***

Professeur Denise MONERET-VAUTRIN – Professeur Denis WAHL

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY – Professeur Abdelouahab BELLOU

2ème sous-section : ***(Chirurgie générale)***

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER

Professeur Laurent BRUNAUD

54ème Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1ère sous-section : ***(Pédiatrie)***

Professeur Danièle SOMMELET – Professeur Pierre MONIN

Professeur Jean-Michel HASCOET – Professeur Pascal CHASTAGNER – Professeur François FEILLET

2ème sous-section : ***(Chirurgie infantile)***

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Gilles DAUTEL – Professeur Pierre JOURNEAU

3ème sous-section : ***(Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)***

Professeur Michel SCHWEITZER – Professeur Jean-Louis BOUTROY

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO – Professeur Bruno DEVAL

4ème sous-section : ***(Endocrinologie et maladies métaboliques)***

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

5ème sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction)

Professeur Hubert GERARD

55ème Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1ère sous-section : ***(Oto-rhino-laryngologie)***

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI

2ème sous-section : ***(Ophtalmologie)***

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ

3ème sous-section : ***(Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)***

Professeur Jean-François CHASSAGNE

==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64ème Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1ère sous-section : ***(Anatomie)***

Docteur Bruno GRIGNON

2ème sous-section : ***(Cytologie et histologie)***

Docteur Edouard BARRAT

Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3ème sous-section : ***(Anatomie et cytologie pathologiques)***

Docteur Béatrice MARIE

Docteur Laurent ANTUNES

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1ère sous-section : ***(Biophysique et médecine nucléaire)***

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE – Docteur Amar NAOUN

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1ère sous-section : ***(Biochimie et biologie moléculaire)***

Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Bernard NAMOUR – Docteur Marc MERTEN

2ème sous-section : ***(Physiologie)***

Docteur Gérard ETHEVENOT – Docteur Nicole LEMAU de TALANCE – Docteur Christian BEYAERT

Docteur Bruno CHENUEL

4ème sous-section : ***(Nutrition)***

Docteur Didier QUILLIOT

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1ère sous-section : ***(Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)***

Docteur Francine MORY – Docteur Christine LION

Docteur Michèle DAILLOUX – Docteur Véronique VENARD

2ème sous-section : ***(Parasitologie et mycologie)***

Docteur Marie-France BIAVA – Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ
1ère sous-section : ***(Epidémiologie, économie de la santé et prévention)***
Docteur François ALLA
4ère sous-section : ***(Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication***
Docteur Pierre GILLOIS

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE
1ère sous-section : ***(Hématologie ; transfusion)***
Docteur François SCHOONEMAN
3ème sous-section : ***(Immunologie)***
Docteur Anne KENNEL
4ème sous-section : ***(Génétique)***
Docteur Christophe PHILIPPE

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE
1ère sous-section : ***(Anesthésiologie et réanimation chirurgicale)***
Docteur Jacqueline HELMER – Docteur Gérard AUDIBERT
3ème sous-section : ***(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)***
Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT

49ème Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION
5ème sous-section : ***(Médecine physique et de réadaptation)***
Docteur Jean PAYSANT

54ème Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION
5ème sous-section : ***(Biologie et médecine du développement et de la reproduction)***
Docteur Jean-Louis CORDONNIER

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

05ème section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE
Monsieur Vincent LHUILLIER

32ème section : CHIMIE ORGANIQUE, MINÉRALE, INDUSTRIELLE
Monsieur Jean-Claude RAFT

40ème section : SCIENCES DU MÉDICAMENT
Monsieur Jean-François COLLIN

60ème section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE
Monsieur Alain DURAND

61ème section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL
Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

64ème section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Mademoiselle Marie-Claire LANHERS
Monsieur Franck DALIGAULT

65ème section : BIOLOGIE CELLULAIRE
Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY

Madame Ketsia HESS – Monsieur Pierre TANKOSIC – Monsieur Hervé MEMBRE

67ème section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE
Madame Nadine MUSSE

68ème section : BIOLOGIE DES ORGANISMES
Madame Tao XU-JIANG

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale
Docteur Alain AUBREGE
Docteur Francis RAPHAEL
Docteur Jean-Marc BOIVIN

==========

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Michel BOULANGE - Professeur Alain LARCAN - Professeur Michel WAYOFF Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Hubert UFFHOLTZ – Professeur Adrien DUPREZ - Professeur Paul VERT
Professeur Jean PREVOT – Professeur Jean-Pierre GRILLIAT - Professeur Philippe CANTON – Professeur Pierre MATHIEU
Professeur Gilbert THIBAUT - Professeur Daniel SCHMITT – Mme le Professeur Colette VIDAILHET –
Professeur Jean FLOQUET – Professeur Claude CHARDOT – Professeur Michel PIERSON – Professeur Alain BERTRAND – Professeur Daniel BURNEL – Professeur Jean-Pierre NICOLAS – Professeur Michel VIDAILHET

==========

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)
Professeur Paul MICHIELSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)
Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Wanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würtzburg (R.F.A)
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)

A notre Maître et Président du jury de thèse,
Monsieur le Professeur Jean-Pierre KAHN
Professeur de Psychiatrie d'adultes

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.
Nous avons apprécié votre ouverture d'esprit et votre humour
et avons été touché par votre patience et votre tolérance.

Veuillez trouver dans ce travail le témoignage de notre profond respect.

A notre Maître et Juge de thèse,
Monsieur le Professeur Jean-Dominique de KORWIN
Professeur de Médecine interne

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter de juger cette thèse.
Nous avons apprécié votre dynamisme et votre esprit scientifique
et avons été touché par votre rigueur et vos convictions.

Veuillez trouver dans ce travail le témoignage de notre profond respect.

A notre Maître et Juge de thèse,
Monsieur le Professeur Abdelouahab BELLOU
Professeur de Médecine interne, Gériatrie et Biologie du vieillissement

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter de juger cette thèse.
Nous avons apprécié votre détermination et votre esprit de groupe
et avons été touché par votre enthousiasme et vos encouragements.

Veuillez trouver dans ce travail le témoignage de notre profond respect.

A notre Directeur de thèse et Juge,
Madame le Docteur Véronique ADNET
Docteur en Psychiatrie

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter de diriger et de juger cette thèse.
Vous nous avez ouvert votre porte et donné notre chance avec élégance et respect.
Nous avons partagé avec vous une certaine vision du monde et un peu de désarroi ;
et avons été touché par la confiance que vous nous avez toujours témoignée.

Veuillez trouver dans ce travail le témoignage de notre profond respect.

A notre Juge de thèse,
Monsieur Bernard DELAGE
Docteur en Sociologie

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter de juger cette thèse.
Vous nous avez ouvert les yeux et vous avez initié
ce questionnement qui engendra cette thèse.
Nous avons apprécié votre scepticisme et votre sens de la mesure
et avons été touché par votre engagement et votre disponibilité.

Veuillez trouver dans ce travail le témoignage de notre profond respect.

Je tiens à remercier particulièrement Marie-Françoise STINE pour le soutien et la patience dont elle m'a gratifié tout au long de ce travail.

Je remercie Madame le Professeur Christiane BEBEAR, Doyen de la Faculté de médecine de Bordeaux, qui m'a compris et a autorisé la reprise de mes études de médecine en 2000.

Je remercie le Professeur Boris SANDLER et le Docteur Christophe ELLEAU qui ont encouragé ma vocation et soutenu ma reprise d'étude.

Je remercie le Docteur Philippe LEDOUX pour son enseignement et la fourniture de la version informatisée du TCI de Cloninger.

Je remercie le Professeur Julien Daniel GUELFI et le Docteur Antoine PELISSOLO pour leurs avis d'expert.

Je remercie Monsieur Michel STINE pour son soutien logistique.

SERMENT

"Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque".

SOMMAIRE

Thèse de Frédéric Jumelle © 2005

SCD-UHP - NANCY
BIBLIOTHÈQUE
MÉDECINE

DÉDICACES

SERMENT

SOMMAIRE page : 1

PRÉAMBULE 3

INTRODUCTION GÉNÉRALE 4

I- PREMIÈRE PARTIE - HISTOIRE DE LA MÉTHODE 6

I-A. INTRODUCTION DE LA MÉTHODE 7

I-B. GÉNÉALOGIE DU CONCEPT BIOPSYCHOSOCIAL 9

I-C. INVENTAIRE DES DIFFÉRENTS MODÈLES RÉCENTS D'APPROCHE DE LA PERSONNALITÉ 26

I-D. CONCLUSION SUR LA MÉTHODE 28

II- DEUXIÈME PARTIE - ÉTUDE TRANSVERSALE 29

II-A. ARGUMENTS SOCIOLOGIQUES ET COMPORTEMENTAUX EN FAVEUR D'UNE ÉTUDE VISANT A APPROCHER PROFILS ET MORBIDITE DES MEDECINS EN FORMATION 30

II-B. HYPOTHÈSES 40

II-C. SUJETS ÉTUDIÉS 42

II-D. MÉTHODES 45

II-E. ANALYSE STATISTIQUE 50

II-F. RÉSULTATS 51

II-G. DISCUSSION 65

II-H. CONCLUSION DE L'ÉTUDE 76

III- CONCLUSION GÉNÉRALE 77

III-A. PERSPECTIVES 77

III-B. PROPOSITION D'UNE ÉTUDE PROSPECTIVE 78

IV- RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES 79

ANNEXES 81

TABLE DES MATIÈRES 101

RÉSUMÉ EN ANGLAIS 107

Thèse de Frédéric Jumelle © 2005

PRÉAMBULE

Je souhaite remercier ces médecins qui m'ont fait comprendre que ma place était bien parmi eux. Je leur dédie cette thèse qui est motivée par mon désir d'être utile et d'apporter, si possible, des éléments et des indices fiables qui pourraient participer à l'amélioration des conditions d'apprentissage et d'exercice de la médecine.

Je remercie aussi tous ces personnages qui sont dits « *difficiles* », dont le caractère et ses élans sont au centre de toutes les discussions comme un consensus, et avec lesquels le contact est souvent un véritable empoisonnement. A tous ceux-là qui ont stimulé mon sens de l'observation, je dédicace cette thèse qui est aussi motivée par le désir de savoir pourquoi, de savoir de quoi on parle, d'être précis et méthodique, de tenter d'aller au fond des choses que l'on perçoit mal et qui semblent suspectes.

Cette thèse s'inscrit naturellement dans un projet professionnel qui tourne autour du concept opératoire de personnalité et des différentes applications thérapeutiques qui en sont faites dans de nombreux pays. Je pense particulièrement aux domaines des thérapies cognitives et comportementales, des troubles du comportement alimentaire, des addictions et de la thérapie des schémas pour l'ensemble desquels j'ai entrepris des formations spécifiques à Reims et à Paris V.

L'idée principale à l'origine de cette thèse et de l'étude transversale qui lui donne une valeur statistique théorique, est le repérage par le TCI de Cloninger de la typologie et de la distribution des tempéraments des médecins en formation à l'université de Nancy d'une part et d'autre part de leur degré de maturité. L'immaturité est pour Cloninger un indicateur théorique en faveur d'un trouble de la personnalité mais ne constitue pas un diagnostic à proprement parler. L'entretien avec une personne dépistée par un questionnaire reste le seul moyen de poser un diagnostic. La démarche de cette thèse est donc théorique. Néanmoins, les troubles de la personnalité inscrits à l'axe II du DSM IV ont une prévalence de 13% environ dans la population générale et constituent un facteur de risque reconnu des troubles et affections psychiatriques inscrits à l'axe I du DSM IV ou au chapitre V (F) de la CIM 10. [3] [6] [24] Par ailleurs, les affections de nature psychiatrique sont au premier plan de l'état de santé des médecins tant au niveau des bénéficiaires d'indemnités journalières que des mises en invalidité. [2]

Thèse de Frédéric Jumelle © 2005

SCD-UHP - NANCY
BIBLIOTHÈQUE
MÉDECINE

INTRODUCTION GÉNÉRALE

L'objectif de cette thèse et de l'étude transversale de prévalence qui en constitue la base statistique est avant tout d'améliorer la qualité des soins en optimisant la performance des médecins. En ceci, elle répond aussi aux critères de l'ANAES concernant l'audit médical. [1]

1. Qualité des soins : Les troubles de la personnalité entraînent souvent des dysfonctionnements importants et durables des modes de communication de sorte qu'ils peuvent affecter la qualité des soins apportés aux malades.

2. Conséquences : Les troubles de la personnalité inscrits à l'axe II du DSM IV sont des facteurs de risque reconnus pour les affections psychiatriques. [3] Ils peuvent donc avoir un impact négatif sur la relation médecin/malade et entraîner des conséquences graves tant d'un point de vue thérapeutique (erreurs de diagnostic, de prise en charge, de suivi, dysfonctionnement relationnel grave, handicap, décès) que d'un point de vue économique (dépenses, procès, discrédit de la profession, médiatisation de l'erreur).

3. Fréquence : Les troubles de la personnalité sont fréquents, 13% (chiffre théorique) en population générale française et 50% de la population qui consulte en psychiatrie. [3] [24] Les affections de nature psychiatrique sont les affections parmi les plus fréquentes chez les médecins et elles constituent la première cause d'invalidité des médecins en France.

4. Gravité : Les troubles de la personnalité sont graves et constituent des facteurs de risque de présenter, en incidence vie entière, un trouble psychiatrique de l'axe I du DSM IV ou du chapitre V (F) de la CIM 10. [3] [24] Mais les personnalités pathologiques peuvent aussi ne présenter aucun symptôme significatif de l'axe I. Le rapport 2005 de l'agence européenne de surveillance des drogues en Europe (EMCDDA) rappelle que 50 à 90% des usagers des drogues souffrent d'un trouble de la personnalité et seulement 15 à 20% d'une pathologie psychiatrique de l'axe I du DSM IV. [36]

5. Autres expériences similaires : Des études de prévalence concernant les tempéraments et le repérage des personnalités immatures par le TCI de Cloninger ont déjà été réalisées sur des médecins en formation à l'université de Chicago [26], et sur des médecins russes confrontés à des décisions de fin de vie. [30] Leur objectif était l'amélioration des modalités de choix et d'orientation professionnelle des médecins ou l'amélioration des pratiques professionnelles.

6. Intervention : La profession médicale pourrait être amenée à intervenir à la suite des informations apportées par cette étude sur la prévalence théorique des personnalités immatures des médecins en formation à Nancy. La profession est capable, grâce à l'autonomie de régulation dont elle bénéficie [21], de modifier légitimement et durablement les modalités de sélection et de formation des médecins.

7. Solution : Il existe des moyens efficaces de traitement des troubles de la personnalité (thérapies cognitives et comportementales, thérapie des schémas) qui pourraient éviter la souffrance des médecins dépistés et la décompensation de ces troubles en troubles de l'axe I (handicap).

Thèse de Frédéric Jumelle © 2005

Les changements à opérer dans les modalités d'évaluation, de sélection ou de formation des médecins dépendent principalement du groupe. L'évaluation et l'autonomie sont des privilèges reconnus de la profession médicale. [21]

8. Pertinence : L'étude transversale de la prévalence théorique des tempéraments et des personnalités chez les médecins en formation constitue une première manière d'aborder le problème de la prévalence des affections de nature psychiatrique constatée chez les médecins en exercice. Cette étude a pour but d'apporter des données fiables et spécifiques sur la fréquence théorique de ces facteurs de risque et permettra peut-être de faire des propositions visant à améliorer la santé des médecins et la qualité des soins.

9. Difficultés : Les difficultés attendues sont de 3 ordres [1]:
   - les médecins et les étudiants en médecine n'aiment pas la contrainte, ils ont un sens aigu de l'autonomie ;
   - ils se pensent infaillibles la plupart du temps et sont en général hostiles à toute évaluation tant ils se sentent capables d'autocritique et de modifier spontanément leur comportement à la suite de leurs erreurs [21];
   - par ailleurs, les procédures d'évaluation ne jouissent pas d'un grand prestige et leurs résultats sont en général négligés.

10. Moyens : Des moyens spécifiques ont été retenus pour contourner les difficultés attendues :
    - il s'agit d'une étude dont le propos est statistique, et non diagnostique, et le but celui d'améliorer la qualité des soins ;
    - il s'agit d'une autoévaluation servie par un autoquestionnaire, le TCI de Cloninger, qui ne permet que l'approche théorique de la prévalence ;
    - il s'agit de la première étude française qui tente d'approcher la psychopathologie des médecins en formation selon une méthode biopsychosociale ;
    - le protocole de l'étude définit des critères d'inclusion précis dans chaque groupe : le PCEM2 pour évaluer l'entrée en filière médicale, le TCMG troisième cycle de médecine générale pour évaluer l'entrée dans la vie professionnelle des médecins généralistes. La méthodologie de l'étude comprend un sondage pseudo-aléatoire des 2 groupes, un recueil des données (les 7 scores du TCI de Cloninger) sur papier, une procédure de mise en anonymat des résultats, un traitement des données sur Excel® et une analyse statistique avec l'aide d'une biostatisticienne ;
    - par ailleurs, il s'agit d'une évaluation par des pairs, vue de l'intérieur du groupe professionnel ;
    - l'anonymat et la confidentialité des données et des résultats individuels sont garantis ;
    - les critères d'évaluation représentés par les résultats obtenus aux 7 scores du TCI de Cloninger, sont validés, quantifiables, fiables, sensibles et spécifiques. Les résultats sont utilisables en version française. [24] [25] [26]

« Les relations entre un patient qui demande de l'aide et un médecin qui essaie de l'aider ont pour caractéristique première l'espoir mutuel. »

Eliot Freidson « *La profession médicale* » [21]

Thèse de Frédéric Jumelle © 2005

PREMIÈRE PARTIE

HISTOIRE DE LA MÉTHODE

Thèse de Frédéric Jumelle © 2005

I- PREMIÈRE PARTIE – HISTOIRE DE LA MÉTHODE

I-A. INTRODUCTION DE LA MÉTHODE

I-A.1. La notion de normalité ne va pas de soi : [5]

A priori, au moins deux références de cette normalité s'imposent : la valeur et la moyenne :

-En terme de valeur, la normalité correspond à une représentation idéale de l'homme, de ce qu'il doit être. Cette figure est éminemment subjective et personnelle, imprégnée de valeurs éthiques et d'aspects culturels. L'anormalité définirait ici tout ce qui s'éloigne de cet idéal, ce qui n'a pas d'utilité clinique.

-La normalité au sens de la moyenne, dans une optique purement quantitative, se révèle plus opérationnelle : est anormal ce qui s'éloigne de l'habituel, du moyen, de la moyenne, de la médiane statistique.

A ce titre, on peut remarquer l'indépendance relative des deux normes : en terme d'écart par rapport à la moyenne, le héros et le criminel sont également anormaux si l'on se garde de prendre en considération les valeurs d'éthique et le jugement social. La représentation que l'on peut ainsi se faire de la normalité statistique est quasi impossible à opérationnaliser seule en psychiatrie.

Et si l'on s'en tient à un modèle purement descriptif de la personnalité, en termes de traits ou de comportement habituels, l'exagération positive ou négative d'un trait ou d'une dimension sous-jacente à un ensemble de traits, définira l'anormalité : il reste à déterminer quels sont ceux qui ont une réelle pertinence clinique.
Enfin, dans un modèle dynamique, c'est plutôt l'adaptation globale du sujet que l'absence d'indice repérable qui signe la personnalité normale.

I-A.2. La définition de la personnalité pathologique reste celle de Schneider : [5]

Il s'agit de « déviation purement quantitative par rapport à une *zone moyenne* de personnalité, que l'on peut se représenter sans pouvoir la définir ».
Il s'agit aussi de se limiter aux seules « personnalités anormales telles que leur caractère anormal les fait pâtir ou fait pâtir la société ».

La notion de personnalité pathologique implique par ailleurs qu'il soit possible de délimiter ce qui est de l'ordre des traits et des attitudes (les tempéraments), de ce qui est de l'ordre des symptômes (immaturité, maladies).

I-A.3. Foulds a proposé des points de repères différentiels :

-les traits sont relativement universels, les symptômes sont contingents et variables selon les cultures ;
-les traits sont considérés par le sujet comme cohérents et syntones avec lui-même alors que les symptômes lui paraissent incongrus et étrangers ;

Thèse de Frédéric Jumelle © 2005

-les traits sont durables et stables, les symptômes sont variables dans le temps.

Toutefois il n'est pas indispensable, pour étudier les personnalités pathologiques, de s'appuyer sur une définition conceptuelle de la personnalité. Une telle définition a d'ailleurs peu de chances d'obtenir un degré de consensus satisfaisant.

I-A.4. Le choix d'un test :

Le TCI de Cloninger, même s'il ne fait pas l'unanimité, est un examen complémentaire quantitatif qui fait référence à un modèle qui tente d'intégrer les différentes approches des personnalités normale et pathologiques : le concept biopsychosocial.
Ce test a été conçu pour répondre aux définitions statistiques des personnalités du DSM IV. Il produit une combinaison de 7 scores qui sont consistants et validés en anglais comme en français [22] [24]. Le TCI ne permet pas de poser des diagnostics de trouble de la personnalité.

Il existe des scores bruts de références issus d'un échantillon représentatif de la population française [25].

Le TCI est un moyen de chiffrer des données qui jusque là restaient dans le registre du qualitatif. Il permet de ce fait une description statistique du groupe choisi comme sa comparaison avec d'autres groupes.

Thèse de Frédéric Jumelle © 2005

I-B. GÉNÉALOGIE DU CONCEPT BIOPSYCHOSOCIAL

Le concept biopsychosocial a été élaboré durant les années 1970 et 1980 dans le but de faire apparaître puis de dégager les aspects complexes et multidirectionnels de la personnalité. Robert Cloninger qui s'inscrit dans la lignée de ces chercheurs, a notamment augmenté la validité de ce système en démontrant un certain nombre de corrélations anatomo-cliniques entre les traits de personnalité révélés par les questionnaires de personnalité et les principaux circuits de neurotransmission cérébrale.

Le concept biopsychosocial est aussi l'un des descendants de la longue histoire des sciences humaines qui comprend les nombreux courants psychologiques (sciences de l'individu) et sociologiques (sciences du groupe).
Il est apparu évident à de nombreux chercheurs que le psychisme humain ne pouvait être isolé du reste de ses fonctions et qu'il n'était pas possible d'évaluer la personnalité individuelle sans considérer à part égale les influences internes, issues des expériences précoces, et les influences externes, issues des comportements socialisés.

Le concept perfectionné par Cloninger prétend ainsi à une capacité d'analyse transversale de la partie visible de l'individu : sa personnalité.

Le TCI (Temperament and Character Inventory) de Cloninger est le test à 7 dimensions élaboré grâce aux recherches sur le modèle Biopsychosocial.

C'est un outil de repérage des dimensions constitutives de la personnalité qui fait référence aux troubles de la personnalité inscrit à l'axe II du DSM IV. C'est un examen complémentaire efficace, fiable et statistiquement cohérent, qui est à ce titre utilisé couramment par les psychiatres de nombreux pays.

AVERTISSEMENT

La généalogie du concept de la personnalité est vaste et riche comme l'histoire de l'homme. L'inventaire des différents mouvements psychologiques et sociologiques qui ont participé à l'élaboration des aspects qualitatifs puis quantitatifs des personnalités normale et pathologiques a été fait mais son exposé complet est évité au lecteur. Toutes les définitions qu'ils ont produites ne sont pas complètement convergentes et leur exposé pourrait nuire à la compréhension du sujet.

Le concept biopsychosocial est à mon sens issu d'un faisceau d'arguments suffisamment large et inspiré tant par ses origines que par la fiabilité et la reproductibilité de ses résultats expérimentaux, qu'il n'est pas nécessaire de le démontrer mais seulement de décrire le cheminement intellectuel qui lui a donné naissance.

Les rappels et citations qui suivent ne concerneront donc que les champs suivants [3] : psychologie des facultés mentales et de la santé, sociologie et psychologie sociale, cognitivisme, moyens modernes d'évaluation de la personnalité et tests utilisés en psychologie clinique et psychiatrie contemporaine.

Thèse de Frédéric Jumelle © 2005

I-B.1. Psychologie des Facultés mentales, Psychologie de la Santé : [3] [4] [5]

I-B.1.1. Au 17ème siècle en Italie, la Commedia dell'Arte représente les premiers archétypes de personnalité au moyen de masques. Elle revendique ainsi l'héritage du théâtre populaire antique, une inventivité basée sur un canevas dramatique interprété par des acteurs masqués à l'impertinence populaire. Ces archétypes survivent encore aujourd'hui dans le « *Guignol des enfants* » ou « *Les guignols de l'info* » à la télévision.

I-B.1.2. René Descartes (1596-1650) dans son « Traité des passions de l'âme », publié en 1649, fait une première tentative de rationalisme. [16]

I-B.1.3. Avec « Les Caractères », Jean de La Bruyère (1645-1696) qui reprenait la description analytique du grec Théophraste et la mettait au goût du jour, produisit un des premiers traités d'analyse comportementale. [16]

I-B.1.4. Emmanuel Kant (1724-1804) introduit en philosophie l'idée d'une action puissante de forces qui nous dépassent. L'*inconscient* apparaît comme hypothèse dans la littérature allemande avec E. Plattner en 1766 mais on trouve le terme « unconscious » en anglais dès 1751. Le terme français n'apparaît qu'en 1862 dans le dictionnaire. [15] [16]

I-B.1.5. Hippolyte Taine (1828-1895) et Théodore Ribot (1830-1916) composent le fondement scientifique de l'analyse des facultés mentales. Ils décrivent ces facultés : perceptions, volonté, mémoire, et font l'esquisse de la décomposition en « traits » et personnalités.

I-B.1.6. Esquirol dans ses « Monomanies », émet l'idée que l'affection mentale ne peut être que partielle ou mineure.

I-B.1.7. La description du « *Psychopathe* » par l'Allemand Koch en 1891, est de la même inspiration : il place le psychopathe en deçà du malade et lui dénie le droit d'être soigné.

I-B.1.8. La Morphopsychologie s'est attachée à établir des relations entre les ressemblances physiques et les ressemblances morales des hommes. Elle remonte à l'antiquité mais c'est en 1930 que le psychiatre allemand Kretschmer divisa le mode en « *cyclothymes et schizothymes* » et en 1932 que le médecin français Louis Corman publia l'étude des « *visages et caractères* » (les éléments de la personnalité). [11] Cette funeste théorie a cru justifier la colonisation, l'extermination des juifs, la ségrégation raciale dans toutes les colonies, la classification des individus.

I-B.1.9. Kurt Schneider en 1923 présente la première description typologique des personnalités. Il décrit le modèle de la personnalité normale comme un équilibre entre l'intelligence, les sentiments et les instincts. Il décrit ensuite 10 catégories de personnalités pathologiques : [12]

- hyperthymiques ;
- dépressifs ;
- inquiets ;
- fanatiques ;
- ceux qui ont besoin de se faire valoir ;
- instables ;
- explosifs ;

Thèse de Frédéric Jumelle © 2005

- apathiques ;
- abouliques ;
- asthéniques ;

Et il parle d'un continuum entre normal et pathologique : le Rhéostat des facultés.

I-B.1.10. Cattell (UK), Binet (F), Wechsler et Murray (USA) s'attachent pour la première fois à l'analyse rigoureuse et factorielle de l'intelligence, à l'établissement de tests psychométriques fiables et reproductibles. [12] [24]

-Cattell décrit particulièrement :
- la réserve, la timidité, le sens des valeurs, la sobriété.

-Murray décrit :
- l'accomplissement, l'autonomie, la déférence, le sens du jeu, le désir sexuel, le désir d'être secouru, le sens de l'ordre.

-Wechsler est à l'origine de nombreux tests d'intelligence pour enfants et adultes.
-Binet est le créateur des tests d'intelligence en France.

De ce souci d'analyse factorielle naît la psychologie expérimentale vers 1930, inspirée entre autres des travaux de Jacob Moreno.

I-B.1.11. Jerry Fodor fait persister le pont entre psychologie factorielle et psychanalyse, il décrit et distingue : [3]
- les facultés horizontales, ce sont les facultés psychologiques, très vastes et difficilement mesurables (de l'ordre de l'idéal du moi) qui recouvrent plusieurs buts et plusieurs zones cérébrales ;
- les facultés verticales, ce sont les fonctions, qui ont un but déterminé et concerne une zone propre du cerveau.

I-B.1.12. Hans Eysenck (né en 1916) a présenté le premier système multifactoriel de la personnalité, inspiré des travaux de K. G. Jung.
En 1953, il décrit les trois composantes que sont :
- l'extraversion ;
- le névrosisme ;
- le psychosisme.

I-B.1.13. Costa et McCrae présente en 1990, un système de personnalité à 5 dimensions, le « *five-factor model, the big five* » qui décrit :
- l'extraversion : expansivité, émotion positive ;
- l'agréabilité : chaleur, sociabilité ;
- la conscience de soi : responsabilité, impulsivité ;
- le névrosisme : anxiété, émotion négative ;
- l'ouverture d'esprit : curiosité, intelligence.

Ce modèle s'est montré à la fois stable dans le temps et suffisamment universel pour caractériser la personnalité dans différentes cultures. (Costa et McCrae, 1992) Ils ont aussi démontré le caractère hautement héréditaire de ses résultats. [3]

I-B.1.14. Le TCI de Robert Cloninger, publié en 1993, est l'aboutissement de cette généalogie de la psychologie des facultés mentales qui a vu la création d'une nouvelle approche scientifique intégrative basée sur l'analyse factorielle et dimensionnelle de la

Thèse de Frédéric Jumelle © 2005

personnalité : la psychologie de la santé (terme créé en 1985 aux USA et officialisé en Europe en 1986). Ce test décortique la personnalité en 2 secteurs et 7 dimensions, le tempérament qui constitue le socle héréditaire et stable de la personnalité (4 dimensions) et le caractère qui est le trépied de la maturité de l'individu (3 dimensions) : [3]

- maturité individuelle (auto directivité, force du moi) ;
- maturité sociale (coopération, participation à la société) ;
- maturité spirituelle (auto transcendance, participation à l'univers).

Le TCI est basé sur l'autoévaluation, l'automesure et même s'il ne permet pas la compréhension des mécanismes qui sous-tendent les résultats obtenus, il a le mérite d'apporter des résultats expérimentaux sous la forme de scores qui permettent une analyse statistique et autorisent la comparaison avec d'autres groupes.
Il faut aussi préciser que les entités psychologiques sont portées par des définitions culturelles qui nous imprègnent, mettant en évidence le rôle essentiel de la sociologie et de la sociométrie (analyse des coordonnées d'un groupe social).

Thèse de Frédéric Jumelle © 2005

I-B.2. Sociologie, Psychologie Sociale: [14] [15]

I-B.2.1.La Sociologie :

Elle représente un vaste courant idéologique qui depuis plus d'un siècle a modifié, voire révolutionné, la définition de la maladie mentale. A la notion de psychogenèse du trouble mental s'est ajoutée celle de sociogenèse, pour aboutir à la notion encore plus vaste de la culturogenèse qui constitue la part psychosociale du concept biopsychosocial.

C'est à Saint-Simon que revient l'honneur d'être le premier à formuler la notion de science sociale. Auguste Comte est le premier à avoir fait un effort suivi et méthodique pour constituer la science positive des sociétés. Herbert Spencer (1820-1903), en Angleterre, a définitivement achevé l'intégration de la sociologie au reste des sciences. Il a d'abord développé l'idée centrale que la société est un organisme vivant et que par conséquent le cadre et les procédés de la sociologie doivent s'inspirer de la biologie. Il a ensuite déterminé précisément l'objet de la sociologie. Alfred Espinas a compris l'intérêt de la méthode et des études de détail et de précision en sociologie. Son livre sur les sociétés animales constitue à ce titre le premier chapitre de la sociologie.

Le vosgien Emile Durkheim n'aura de cesse que de poursuivre l'œuvre de ces prédécesseurs et de mener la sociologie au rang de science à part entière, en décrivant la méthode sociologique expérimentale et les règles éthiques en sociologie.

Son ouvrage sur le suicide établit le lien entre l'acte et l'inadaptation de l'individu à la société.

Son ouvrage sur la division du travail social se donne pour but de répondre à la question des rapports de la personnalité individuelle et de la solidarité sociale, dans le cadre où toute société est une société morale. Pour Durkheim : « l'éducation est l'action exercée par les générations adultes sur celles qui ne sont pas encore mûres pour la vie sociale ». En conséquence de quoi, il y a continuum dans l'éducation jusqu'à l'acquisition de la maturité qui permet la vie sociale.

Durkheim consacrera la fin de sa vie à l'étude de « la religion de l'humanité » qui l'opposera à la position agnostique de l'allemand Max Weber et aux positions négatrices de Marx et Freud. Il tentera de décrire l'origine de la religion, à la base de la division mentale du monde en deux domaines : le sacré et le profane. C'est cette double réalité qui donne toujours lieu à deux approches scientifiques complémentaires : la psychologie (la science de la conscience individuelle) et la sociologie (celle de la conscience collective).

I-B.2.2. L'évolutionnisme : [8]

Charles Darwin (1809-1882) a mis en évidence la généalogie des espèces animales, la datation de leur origine par mutation, la sélection naturelle des plus aptes *(Struggle for life)*, et l'évolution au hasard vers une complexité croissante. Et Freud, en rupture avec les traditions de la psychiatrie de l'époque, s'est laissé séduire par ce grand modèle et a fait pour les perversions ce qu'avait fait Darwin pour les espèces animales : établir leur généalogie et en rendre compte par la théorie de l'évolution : mutation des conduites, sélection des plus aptes à procurer la jouissance, régression et progression vers plus de complexité. Le pathologique témoignerait du retour d'une étape dépassée, intégrée et du même coup recouverte du développement onto- et phylogénétique.

Thèse de Frédéric Jumelle © 2005

En confrontant la perspective évolutionniste aux orientations de l'empirisme anglais et de l'associationnisme, Herbert Spencer a joué un grand rôle dans ce qui deviendra avec Jackson (1835-1911) la théorie de l'organisation hiérarchique du système nerveux central. Le développement des hémisphères cérébraux caractérise les espèces supérieures dont l'homme qui est la plus récente. Ces différentes perspectives ont placé l'origine du psychisme humain au-delà de l'histoire individuelle. Il est clair, en effet, que ce qui ne peut être situé dans l'histoire de l'individu est reporté dans sa préhistoire ou dans celle de ses parents, de sa généalogie, ou encore dans celle de l'espèce : ce qui ne peut être situé dans l'ordre du psychique est reporté dans l'ordre du biologique, et c'est ce domaine qui tend à constituer la référence fondamentale. Par ailleurs, la pression sociale et l'anthropologie implicite qui y est liée, vont dans le même sens que ce qui a été retenu par Darwin.

La normalité tend à se définir par les aptitudes qui assurent le mieux la survivance dans un milieu donné.

I-B.2.3. Le Marxisme :

Avec Karl Marx (1818-1883) [8] [15] les démunis, les déshérités des systèmes économiques deviennent conscients que leur faiblesse séculaire n'est pas fatale, qu'elle peut être compensée par le nombre et s'avérer une force pour conquérir le pouvoir par la lutte des classes. Marx n'est pas un sociologue, il envisage le combat à l'intérieur de la société comme le destin ultime de l'homme. Et la tournure violente que prendra le communisme en fera, aux yeux de ses nombreux partisans, une tentative échouée de progrès social.

Néanmoins, Marx puis Freud nous ont appris que l'argent pouvait occuper une place polysémique et que l'analité entrait en ligne de compte dans les rapports humains de hiérarchie et d'échange dans lesquels l'objet de la transaction tend à s'effacer devant les enjeux libidinaux et agressifs de l'échange lui-même.

Pour Durkheim, le communisme tient tout entier dans une morale abstraite qui traverse tous les temps et tous les pays. Conçu par Platon et pratiqué par les peuples archaïques, il réside sur le principe de l'abolition de la propriété individuelle qui est source d'égoïsme et de l'égoïsme découle l'immoralité.

A l'opposé, le monde capitaliste considère que la maturité individuelle est acquise par la maîtrise des rapports à l'argent et à sa valeur d'échange, comme une sorte d'apprentissage de la propreté, confirmant peut-être la valeur transactionnelle du fécès.

I-B.2.4. Carl Jung (1875-1961), Alfred Adler (1870-1937), Jacob Moreno (1892-1974) : [8]

Jung découvre le concept empirique et opérationnel de l'inconscient collectif. Il met ensuite en évidence la notion d'archétype. Il crée la notion d'individuation comme réalisation de soi-même.

Adler [15] établit sa doctrine dès sa rencontre avec Freud en 1902. Les deux points de départ de la psychologie d'Adler sont la somatologie et la sociologie. Pour lui : « l'homme n'est pas un produit isolé, il est en partie une résultante sociétale et c'est la lutte pour parvenir au niveau social supérieur qui constitue l'instinct primordial ».

Thèse de Frédéric Jumelle © 2005

Pour Moreno : [9] « Au commencement était le groupe, à la fin l'individu ». Il mettra au point une science du groupe thérapeutique : la sociométrie, directement issue de la sociologie et basée sur le principe des interactions thérapeutiques entre membres du groupe. La sociométrie deviendra un des grands courants de pensée de la civilisation américaine du 20ème siècle.
Il a développé ensuite des méthodes thérapeutiques qui insistent sur la notion de « rôle » joué par l'individu au sein de la société. Moreno finira par rejoindre Parsons, et tentera de ramener la sociologie à une théorie de l'action.

I-B.2.5. Pour Erik Erikson, l'identité est l'élément majeur de la personnalité. [17]

I-B.2.6. Margaret Mead définit en premier le rôle social dans la conception de la personnalité. En effet, le comportement du sujet s'établit de façon à réaliser le rôle attendu par l'environnement en fonction de l'âge, du sexe, de la spécialisation professionnelle.

Les travaux de Lewin [4] sont quant à eux centrés par la perspective de transformation dynamique de la réalité sociale. Il décrit particulièrement trois concepts qui intéressent la psychiatrie : la personnalité en situation, la vie de l'individu dans le groupe et les attitudes collectives.

Linton en 1936, et surtout en 1945, avec son ouvrage « *The cultural background of personnality* », construira des ponts entre la psychosociologie moderne et l'anthropologie culturelle. Il définira les personnalités de statut, les personnalités de rôle, les modèles d'inconduites, les systèmes valeurs/attitudes. [4]

I-B.2.7. Roger Bastide dans son ouvrage de 1965 « *Sociologie des Maladies mentales* » distingue: la psychiatrie sociale réservée au comportement social morbide des individus atteints de troubles mentaux ; La sociologie des maladies mentales qui tente d'établir des corrélations entre les faits sociaux et les maladies au-delà de la causalité ; L'ethnopsychiatrie qui établit des corrélations entre les faits ethniques et les maladies mentales, entre leur dénomination indigène et leur étiologie voire leur traitement.

Un siècle d'évolution des idées dans ce double courant de la psychiatrie et de la sociologie a montré la nécessité de concevoir des concepts originaux pour améliorer la compréhension des maladies mentales. Deux écoles américaines illustrent l'évolution convergente de ces deux courants [4] :

- l'une est *psychiatrique* avec Sullivan. Celui-ci ne conçoit pas l'individu comme un être isolé, avec un équipement fixe d'instinct et de pulsions, mais comme un être social auquel la société pose, à chaque instant un problème. L'individu a deux objectifs permanents, pas toujours contradictoires, celui d'obtenir des satisfactions et celui d'obtenir la sécurité ;

- l'autre est *sociologique*, avec Parsons, intéressée par les problèmes médicaux et particulièrement psychiatriques. Etudiant les conduites de déviance, selon l'axe « conformité/aliénation », il distingue l' « hyperconformisme » (qui se traduit par une application rigide des normes sociales) et la fuite « hors du social ». Il classe les phénomènes selon l'axe : passivité/activité, ce qui lui permet de distinguer les clochards (passifs) des délinquants (actifs). C'est dans cette théorie de la déviance qu'il inscrit les maladies mentales. Le système de la personnalité n'est pour lui que la traduction intériorisée de l'être social.

Thèse de Frédéric Jumelle © 2005

Devereux s'attachera en 1970 à définir la culturogenèse de la maladie mentale dans le cadre de ses Essais d'ethnopsychiatrie générale.

I-B.2.8. August Hollinghead et Frederick Redlich (New York, 1970) déterminent les stéréotypies sociales, leur consistance cognitive, le caractère prévisible des comportements, des opinions, des croyances, des individus. Ils en déduisent une sociopathogenèse des maladies de par l'exposition différentielle aux facteurs de risque et l'inégalité de recours au système de soins des différentes classes sociales.

I-B.2.9. Hochmann, en 1971, utilise la notion de *sociopathie*, une souffrance du lien qui unit entre eux les hommes. Il refuse de localiser le mal ailleurs que sur le rapport interhumain, prenant la réalité pathologique à son niveau de complexité le plus élevé, c'est-à-dire où elle englobe l'observateur et l'observé, le soignant et le soigné, dans une dynamique douloureuse.

Ainsi, il ressort que la notion de rôle est une situation limite, à la frontière entre la sociologie et la psychologie sociale ou la psychologie clinique. [4]

La question du rôle, et donc de la responsabilité, du soignant dans la sociopathogenèse des maladies est peut être déjà posée.

I-B.2.10. Eliot Freidson [21] dans son étude sociologique *« La profession médicale »*, rééditée en 1984, tente de répondre aux questions concernant le fonctionnement spécifique de la médecine : celles de la « dominance professionnelle du médecin », de la nature spécifique de son autorité, du fonctionnement de l'hôpital, du droit de la médecine à régir les corps, des conséquences sociales de la « médicalisation ».

Mais son plus grand intérêt réside peut-être dans sa démonstration que la maladie et la santé sont aussi des catégories sociales construites par le savoir et la pratique du médecin.

Le système de la personnalité n'est que la traduction, dans le dedans, d'un être « social ».

Hochman refuse de localiser le mal ailleurs que sur le rapport interhumain, prenant la réalité pathologique à son niveau de complexité le plus élevé, c'est-à-dire où elle englobe l'observateur et l'observé, le soignant et le soigné, dans une dynamique douloureuse.

La question du rôle, et donc de la responsabilité, du soignant dans la sociopathogenèse des maladies est valablement posée.

Peut-on, et comment, bien soigner si l'on est malade soi-même ?

Freidson nous montre par ailleurs que la maladie et la santé sont aussi des catégories sociales construites par le savoir et la pratique du médecin.

Dès lors, la notion de « médecin qui est malade » apparaît comme une transgression.

Thèse de Frédéric Jumelle © 2005

I-B.3. Psychopharmacologie cognitive : [7] [13] [17] [19] [24]

I-B.3.1. La Neuropsychologie fut fondée par Osler en 1913 au carrefour de la médecine (Neurologie) et de la psychologie génétique de Jean Piaget et dans le but d'appliquer à ce champ de connaissances, la méthode expérimentale.

I-B.3.2. Le Cognitivisme et les Neurosciences cognitives basent très vite leur champ d'investigation sur l'hypothèse d'une entité biologique et physico-chimique : le *Neurone*. Cette hypothèse met en valeur et en perspective l'intentionnalité et le contenu mental. Le Cognitivisme trouve son origine dans les écoles de Vienne et de Cambridge, et forment dans les années 1950, le courant de la psychologie cognitive. Ce courant s'est donné pour objet l'étude des fonctions intellectuelles, situées au niveau cortical supérieur, que sont : perception, apprentissage, mémoire, langage, attention ou résolution de problèmes abstraits.

I-B.3.3. La Psychologie cognitive: il est important de faire la distinction entre psychologie cognitive sociale et psychologie cognitive expérimentale (Brewin).

La psychologie cognitive sociale utilise l'introspection pour étudier les contenus mentaux (attitudes et croyances) ; c'est dans cette ligne que se placent les théories et thérapies cognitives et comportementales. La théorie comportementaliste de Skinner et Bandura est basée sur les théories de l'apprentissage et définit l'individu comme une « boîte noire » qui reçoit des stimuli de son environnement et émet des réponses qui agissent sur cet environnement de façon à renforcer ou non ces stimuli. L'individu est l'unité d'observation et de traitement. La théorie cognitiviste de Blackburn et Beck propose quant à elle que les problèmes psychologiques sont liés à des erreurs ou à des biais dans la façon de penser, et le terme « thérapie cognitive » est appliqué aux évaluations défectueuses des problèmes, aux raisonnements basés sur de fausses prémisses et aux conclusions erronées et infructueuses. La « thérapie des schémas » de Jeffrey Young constitue un modèle intégratif plus brillant et particulièrement prometteur. [38]
Au-delà des principes thérapeutiques, c'est vers un mode d'explication biopsychosocial des comportements humains que tend la psychiatrie cognitive et comportementale.

La psychologie cognitive expérimentale s'intéresse, elle, aux mécanismes et au processus, ceux-ci n'apparaissent d'ailleurs pas forcément à la conscience. Il s'agit donc d'utiliser des techniques expérimentales pour analyser les dysfonctionnements en termes de processus cognitifs et/ou de mécanismes physiopathologiques et neurogénétiques qui peuvent éventuellement être reliés à des dimensions cliniques. Par exemple, l'impulsivité qui peut être étudiée au niveau du comportement global, peut aussi l'être au niveau de la chaîne de traitement sensorimotrice. Ainsi, Gray (1982) rattache le mécanisme des obsessions et des phobies à une théorie neuropsychologique du fonctionnement du système nerveux central. Les réponses émotionnelles, en particulier l'anxiété, auraient pour substratum neurologique le système hippocamposeptal disposant d'une double commande sérotoninergique (noyau du raphé) et noradrénergique (locus ceruleus). Cloninger s'est interrogé dès 1994 sur la structure génétique de la personnalité, et Benjamin et Hamer ont montré en 1996 l'association entre le polymorphisme (familial) du récepteur D4 à la Dopamine et le trait *Recherche de Nouveauté (NS)*. Lesch et Murphy ont montré, également en 1996, l'association entre le polymorphisme des gènes de régulation du transporteur de la Sérotonine et les traits d'anxiété comme *l'évitement du danger (HA)*.

Thèse de Frédéric Jumelle © 2005

I-B.3.4. Les découvertes des Neurotransmetteurs cérébraux et les progrès rapides de la psychopharmacologie ont permis une avancée si spectaculaire dans la prise en charge des maladies mentales qu'ils ont aussi permis à la psychiatrie de s'élever au rang de véritable spécialité médicale dotée à la fois d'un corpus scientifique et d'un arsenal thérapeutique. [13]

I-B.3.5. La psychopharmacologie cognitive est un domaine de recherche qui se situe au carrefour de plusieurs disciplines, notamment la pharmacologie, la clinique psychiatrique, les neurosciences et la psychologie cognitive. La confrontation des modèles les plus récents de la psychologie cognitive à une pharmacologie clinique associant spécificité des molécules et sélectivité des dimensions étudiées, devrait permettre de franchir de nouvelles étapes dans la compréhension des troubles cognitifs qui accompagnent les maladies mentales et de l'encéphale.

I-B.3.6. L'imagerie cérébrale fonctionnelle est un domaine des neurosciences modernes qui cherche à localiser le ou les substrats cérébraux déficitaires dans le cadre des pathologies mentales, et à les définir ou les comprendre en termes d'hyper ou d'hypofonctionnement de zones anatomiquement individualisées. Le PET-Scan étudie la consommation tissulaire de nutriments. Les Potentiels évoqués cognitifs analyse l'amplitude d'onde en post-stimulus. La Magnétoencéphalographie décrit la variation de champ magnétique provoquée par la décharge synchrone de zones corticales. L'IRM fonctionnelle visualise l'activité des aires sensorielles pendant l'exécution de tâches cognitives. Enfin, la Modélisation computationnelle regroupe les travaux sur l'intelligence artificielle qui se basent sur une approche connexionniste du cerveau et cherchent à modéliser ses fonctions cognitives à partir de l'hypothèse du réseau neuronal. De nombreux processus ont pu être ainsi modélisés, notamment des processus de décision perceptuelle, de reconnaissance de formes, et aussi des processus linguistiques et de mémoire.

La Neuropsychologie fut fondée par Osler en 1913 au carrefour de la neurologie et de la psychologie génétique et dans le but d'appliquer à ce champ de connaissances, la méthode expérimentale. Ce courant s'est donné pour objet l'étude des fonctions intellectuelles, situées au niveau cortical supérieur, que sont : perception, apprentissage, mémoire, langage, attention ou résolution de problèmes abstraits.
Mais la psychologie cognitive expérimentale s'intéresse aussi aux mécanismes et au processus qui n'apparaissent pas forcément à la conscience. Il s'agit donc d'utiliser des techniques expérimentales pour analyser les dysfonctionnements en termes de processus cognitifs et/ou de mécanismes physiopathologiques et neurogénétiques qui peuvent éventuellement être reliés à des dimensions cliniques.
Dans ce sens, elle constitue la partie biologique, le faisceau de preuves sur lequel cherche à s'asseoir le modèle biopsychosocial qui sert de référence au TCI de Cloninger. [24]

Thèse de Frédéric Jumelle © 2005

I-B.4. Epidémiologie et psychologie expérimentale: [4] [5] [6] [7]

I-B.4.1. Les apports de l'épidémiologie à la compréhension des origines des pathologies mentales :

Pour l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'épidémiologie associe à l'étude de la distribution des maladies et des invalidités, dans les populations étudiées (épidémiologie descriptive), celle des influences qui déterminent cette distribution, dégageant ainsi une des voies modernes de cette discipline (l'épidémiologie analytique), courant de recherche particulièrement prometteur pour approcher au plus près d'éventuels déterminants des troubles mentaux.

Dans le domaine de recherche épidémiologique des déterminants sociaux des troubles mentaux, le travail de l'équipe de Brown au Bedford College de Londres a permis de mettre en évidence l'importance des évènements de vie, de la désirabilité de ces évènements, de la vulnérabilité de l'individu comme participation passive pouvant induire des difficultés de vie, et finalement du soutien social et des « coping behaviours ».
Pour Brown, l'absence de soutien social et la faible estime de soi sont comme les deux facettes d'un même processus qui mène à la dépression lorsqu'à ces facteurs de vulnérabilité se surajoutent les agents déclencheurs que peuvent être les évènements de vie. Le soutien social contribue bien au maintien de la santé mentale.

La réflexion sur les évènements de vie et le soutien social est exemplaire de cette difficulté qui consisterait à mettre tantôt l'accent sur le développement de la personnalité et la nature des liens primaires, et tantôt sur les liens actuels et leur mise en œuvre dans l'interaction avec le réseau social.

I-B.4.2. Personnalités normale et pathologiques :

La personnalité normale : la notion de normalité ne va pas de soi et au moins deux références de cette normalité s'imposent : la valeur et la moyenne (voir I.A.)

Les personnalités pathologiques : il peut s'agir de « déviations purement quantitatives par rapport à une *zone moyenne* de personnalité, que l'on peut se représenter sans pouvoir la définir ». Il peut s'agir aussi de se limiter aux seules « personnalités anormales telles que leur caractère anormal les fait pâtir ou fait pâtir la société ».

C'est pour tenter d'apporter une meilleure lisibilité des symptômes des maladies mentales et donner un langage commun au monde médical et psychiatrique que les associations psychiatriques internationales et de santé publique ont élaboré des classifications diagnostiques et statistiques (DSM et CIM) qui semblent être en mesure, par la rigueur de leurs critères et leur constante réévaluation, de définir valablement les troubles mentaux depuis plus de cinquante ans.

Les grands types historiques des personnalités pathologiques sont souvent des définitions issues de la « tradition » clinique.

Thèse de Frédéric Jumelle © 2005

On a décrit :

- les grandes personnalités classiques : paranoïaque, schizoïde, histrionique, compulsive, antisociale ;
- et par les apports d'Otto Kernberg : les borderline (état limite) et narcissique ;
- la personnalité schizotypique qui serait plutôt un état prémorbide de schizophrénie ;
- par les apports de T. Million et Karen Horney : la personnalité évitante ;
- par les apports de Freud et Abraham : la personnalité dépendante ;
- la personnalité passive agressive, encore discutée ;
- les personnalités à conduite d'échec et sadique, qui seraient reliées à d'autres troubles ;
- la personnalité dépressive, à propos de laquelle il n'y a pas d'accord.

I-B.4.3. Les troubles de la personnalité dans le DSM : [10] [31]

L'histoire du DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) a commencé aux Etats-Unis dans les années 1940. Le DSM I, premier manuel diagnostique et statistique uniquement consacré aux troubles mentaux, fut publié en 1952 et reflétait l'importance du courant psychanalytique dominé à l'époque par le concept de réaction d'A. Meyer.

La deuxième édition, le DSM II, fut approuvée par l'American Psychiatric Association (APA) en 1967. Elle cherchait alors à se rapprocher de la Classification Internationale des Maladies (CIM) de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) mais restait fidèle à l'orientation psychodynamique de la première version.

C'est le DSM III qui inaugura des modifications radicales par rapport aux classifications précédentes et connu de fait la réelle reconnaissance internationale, les DSM IIIR, IV, IVR ne furent que des ajustements de ce même modèle. Le DSM III, un volume de 500 pages publié en 1980, introduisait de nombreuses innovations dont la plus spectaculaire était l'application systématique des critères diagnostiques qui devaient assurer une bonne fiabilité générale à l'ensemble de la classification, garantir que différents cliniciens allaient bien attribuer le même diagnostic à un même patient et s'accorder sur le sens des termes.

Par extension, le DSM III ouvrit la porte à la comparaison, à l'épidémiologie descriptive et comparative en psychologie clinique et psychiatrie.

Sa deuxième originalité était de refondre le langage de la psychiatrie, par exemple en abandonnant certains termes couvrant des champs sémantiques trop vastes, vagues et soumis à une variabilité inter-juges, comme celui des *névroses* remplacé par celui des *troubles*. Les critères préconisés par le DSM III ont été choisis pour leur précision et leur absence d'ambiguïté sémantique.

L'enregistrement des données psychopathologiques se fait d'autre part selon un système à cinq axes (système multiaxial) qui permet de prendre en compte l'ensemble des paramètres connus dont dépendent le diagnostic et le traitement d'un patient, mais indépendamment les uns des autres :

- l'axe I est constitué des syndromes cliniques proprement dits ;
- l'axe II est composé par les troubles de la personnalité et par les troubles spécifiques du développement ;

Thèse de Frédéric Jumelle © 2005

- l'axe III permet de relever l'ensemble des troubles somatiques concomitants des troubles mentaux, qu'il y ait ou non relation de causalité ;
- l'axe IV est destiné à estimer la sévérité globale des facteurs de stress psychosociaux susceptibles d'avoir significativement contribué au déclenchement, au développement ou à l'aggravation des troubles actuels ;
- l'axe V permet d'évaluer le niveau d'adaptation et de fonctionnement le plus élevé d'un individu au cours de la dernière année, dans un but pronostique.

Le DSM IIIR fut publié en 1987 sous la direction de R. Spizer. Le DSM IV fut publié en 1994 sous la direction d'Allen Francès et sa version française a été publiée en 1996 sous la direction de Jean Daniel Guelfi. Le DSM IVR a été publié en 2000 et le DSM V est en cours.

Le TCI de Cloninger a été conçu de manière à permettre d'évoquer les troubles de la personnalité inscrits à l'axe II du DSM IV que vous trouverez ci-dessous.

Les troubles de la personnalité inscrits à l'axe II du DSM IV : [10]

Voici une définition générale des troubles de la personnalité qui s'applique à chacun des dix troubles spécifiques décrits. Elle est suivie des dix définitions spécifiques qu'il m'a semblées utile de rappeler pour permettre au lecteur de s'y référer au moment de la lecture des résultats.

▲ Critères diagnostiques généraux des troubles de la personnalité

A. Modalité durable de l'expérience vécue et des conduites qui dévie notablement de ce qui est attendu dans la culture de l'individu. Cette déviation est 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 évènements) ;
(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 dû aux effets psychologiques directs d'une substance (par exemple une drogue donnant lieu à abus ou un médicament) ou d'une affection médicale générale (par exemple un traumatisme crânien).

Thèse de Frédéric Jumelle © 2005

N. B. : La description des troubles spécifiques nommés est présentée en ANNEXE 3.

Groupe A des troubles de la personnalité

▲ F60.0 [301.0] Personnalité paranoïaque
▲ F60.1 [301.20] Personnalité schizoïde
▲ F21 [301.22] Personnalité schizotypique

Groupe B des troubles de la personnalité

▲ F60.2 [301.7] Personnalité antisociale
▲ F60.31 [301.83] Personnalité borderline
▲ F60.4 [301.50] Personnalité histrionique
▲ F60.8 [301.81] Personnalité narcissique

Groupe C des troubles de la personnalité

▲ F60.6 [301.82] Personnalité évitante
▲ F60.7 [301.6] Personnalité dépendante
▲ F60.5 [301.4] Personnalité obsessionnelle compulsive

AUTRE :

▲ F60.9 [301.9] Trouble de la personnalité, non spécifié

I-B.4.4. Les troubles de la personnalité dans la CIM : [23]

La Classification Internationale des Maladies, dixième révision ou CIM 10, a été publiée en 1993 sous la direction de C. B. Pull pour l'OMS.
Cette classification s'applique à toutes les maladies, fournies des descriptions cliniques et des directives pour le diagnostic et seul le chapitre V concerne les troubles mentaux et troubles du comportement et de la personnalité.

La Section F60 concerne les Troubles de la personnalité et recoupe globalement les critères et appellations du DSM IV.
Elle décrit :

- F60.0 Personnalité paranoïaque ;
- F60.1 Personnalité schizoïde ;
- F60.2 Personnalité dyssociale ;
- F60.3 Personnalité émotionnellement labile, F60.30 type impulsif, F60.31 type borderline ;
- F60.4 Personnalité histrionique ;
- F60.5 Personnalité anankastique ; *inclure* personnalité obsessionnelle compulsive ;
- F60.6 Personnalité anxieuse (évitante) ;
- F60.7 Personnalité dépendante ; *inclure* personnalité à conduite d'échec, asthénique, inadéquate, passive ;
- F60.8 Autres troubles spécifiques de la personnalité : personnalité de type « haltos », excentrique, immature, narcissique, passif agressif, psycho-névrotique ;
- F60.9 Troubles de la personnalité, sans précision ; *inclure* personnalité pathologique SAI, névrose de caractère.

Thèse de Frédéric Jumelle © 2005

I-B.4.5. Le cas de la personnalité Passive Agressive : [24]

Même si elle ne fait pas l'objet d'un véritable consensus qui la propulserait parmi les définitions diagnostiques et statistiques du DSM, il en existe des définitions cohérentes et parfaitement validées par des auteurs reconnus dont Cloninger.

Lorna Benjamin [24] propose en 1996 de la décrire sur le plan des relations interpersonnelles : « La personnalité Passive Agressive a tendance à percevoir toute forme de pouvoir comme négligente et méprisante. De la même manière, il ou elle a le sentiment que les autorités ou les protecteurs ou les parents sont incompétents, injustes et cruels. La personnalité Passive Agressive semble en apparence se plier aux ordres et suggestions de l'autorité mais elle oublie le plus souvent de les exécuter. Il ou elle se plaint souvent d'être la victime d'un traitement injuste et n'hésite pas à envier jusqu'à la jalousie ceux qui se débrouillent mieux qu'il ou elle. Sa souffrance est pour il ou elle la preuve irréfutable de la réalité de la négligence des autorités ou des protecteurs ou des parents. La personnalité Passive Agressive est effrayée par toute forme de contrôle et souhaite juste que lui soit restitué ou restauré ce sentiment de plénitude et de dépendance insouciante dont elle prétend avoir été sevré trop tôt ou de force ».

Son rapport à l'autre est donc fortement marqué par l'opposition. Cette description est assez proche du caractère sadique-oral décrit par les psychanalystes.
Elle peut être considérée comme un obstacle relationnel si elle est associée à une immaturité.
Le traitement de la personnalité Passive Agressive consiste à lui enseigner à prendre ses distances avec les figures d'autorité introjectées dans l'enfance, et à lui apprendre à résister à la tentation de se considérer comme l'objet d'un continuel abus et de privations sans fin.

Le NEO-PI-R de Costa et McCrae décrit les facettes susceptibles d'évoquer la personnalité Passive Agressive [24]:

- un manque d'autodiscipline ;
- une agressivité de type hostile ;
- une tendance à la dépression ;
- une impulsivité élevée ;
- une vulnérabilité cachée.

Le TCI de Cloninger décrit les dimensions susceptibles d'évoquer la personnalité Passive Agressive [24]:

- une recherche de nouveauté (NS) élevée : recherche de stimulation, impulsivité, anticonformisme et parfois extravagance, dépenses, manque d'ordre ;
- un évitement du danger et de la souffrance (HA) élevé : inquiétude, peur de l'inconnu, timidité parfois feinte, fatigabilité ;
- une recherche de récompense affective (RD) élevée : sentimentalisme, attachement aux autres jusqu'à la dépendance, besoin de soutien.

I-B.4.6. Les tests : des examens complémentaires pour la psychiatrie

Dans le cadre d'une épidémiologie descriptive et comparative appliquée aux troubles mentaux, et par extrapolation du cadre statistique et diagnostic des classifications donné à la psychiatrie moderne, de nombreux auteurs et chercheurs se sont mis en quête de moyens de validation des nombreux critères *-partie descriptive-* des maladies.

Le recueil de ces critères reste délicat, soumis à une variabilité inter-juges et concerne avant tout le fonctionnement psychique et non le contenu mental. C'est dans cette optique de

Thèse de Frédéric Jumelle © 2005

validation des critères diagnostiques concernant le fonctionnement psychique puis de comparaison des résultats *-partie comparative-* statistiques entre eux qu'ils ont eu l'idée de construire des hétéro-questionnaires, des auto-questionnaires et des questionnaires automatisés.

Ces questionnaires sont aujourd'hui nombreux, témoignant de la créativité de certains courants plus que d'autres, et sont devenus de véritables examens complémentaires d'une psychiatrie moderne à la recherche de cohérences anatomo-cliniques.

Les questionnaires qui concernent le repérage des troubles de la personnalité sont variés et ont permis de se faire une idée de la prévalence théorique de ces troubles aussi bien dans la population générale que dans des groupes plus ciblés comme les populations de malades dépressifs ou anxieux, ou dans les familles des malades souffrant de boulimie, de schizophrénie...

Les principales critiques concernant les questionnaires de personnalité portent sur le fait qu'ils ne serviraient qu'à décrire des conduites, par exemple la méfiance chez le paranoïaque, l'opposition chez le passif agressif, la solitude chez le schizoïde. Ils ne s'intéresseraient pas aux évènements personnels de l'enfance (personnalités antisociale ou sadique), ni aux circonstances familiales des relations parent/enfant (personnalités paranoïaque, histrionique ou obsessionnelle compulsive), ni aux traumatismes, ni à la situation sociale d'origine, ni à la génétique (personnalités schizotypique, borderline ou dépendante). Ils ne seraient souvent que partiellement validés. C'est vrai et faux. Leurs principaux intérêts sont de permettre un repérage, de chercher à valider/confirmer la clinique (test psychométrique large), de constituer une autre/nouvelle approche étiologique et de réaliser l'étude des co-morbidités.

Ce sont bien des examens complémentaires qui n'ont pas la prétention de remplacer la clinique mais de lui apporter une dimension statistique. Seul l'entretien pose le diagnostic.

I-B.4.7. Epidémiologie des troubles de la personnalité [3] [24]

Les études anciennes en population générale sont rares et divergentes selon Tyrer : ces études s'intéressent le plus souvent à la personnalité antisociale, les critères et les seuils des troubles demeurent mal précisés.

Les données épidémiologiques les plus récentes sont relativement constantes et suggèrent une prévalence pour l'ensemble des troubles de la personnalité aux alentours de 13% (comprise entre 6,8 et 18%) en population générale. Ces chiffres sont théoriques car il est évident que la population générale n'a pas fait l'objet d'une évaluation clinique.

Les résultats théoriques concernant les troubles spécifiques de la personnalité en population générale sont plus disparates, le trouble le plus fréquemment observé est le trouble de personnalité histrionique, sa prévalence est comprise entre 1,9 et 3%. Ces données doivent être lues avec circonspection. Elles ne se réfèrent le plus souvent qu'au seul système diagnostic du DSM. Les instruments d'évaluation de ce système sont contestés pour leurs qualités métriques. Les caractéristiques de la population (âge, sexe, syndromes cliniques) peuvent

Thèse de Frédéric Jumelle © 2005

considérablement influencer les résultats. La cooccurrence des troubles de la personnalité est très importante : selon les études, nous retrouvons des moyennes de diagnostics par patient de 1,2 à 6. Les résultats concernant les associations de troubles entre eux sont très disparates. Il semble néanmoins y avoir un consensus pour la cooccurrence entre personnalités évitante et schizotypique, personnalités histrionique et borderline.
Les auteurs suivants ont notés une prévalence des troubles de la personnalité en population générale de :

- pour Zimmerman et Coryell (USA), en 1990, 13,5% dont 2,2% d'obsessionnels, 1,3% d'histrioniques, 1,8% de paranoïaques, 1,1% de borderline ;
- pour Maier (Allemagne), en 1992, 10% ;
- pour Reich (USA), 10,5% ;
- pour Lenzenweguer, en 1997, 6,8% à 11% d'une population de 1646 étudiants de 18 à 19 ans.

La fréquence des cooccurrences peut aussi être expliquée par la définition des troubles par le DSM, les méthodes d'approche utilisées et la comorbidité avec des troubles de l'axe I dans certaines populations. Par exemple, dans les populations de patients suivis pour un diagnostic de l'axe I du DSM IV, les auteurs suivants ont notés une prévalence moyenne des troubles de la personnalité aux alentours de 30%:

- pour de Girolano et Reich (USA, 1993), de 12 à 81% des patients suivis en consultation de psychiatrie et 21 à 81% des patients hospitalisés en psychiatrie;
- pour Black (1988), 33 à 62% des patients atteints de trouble de l'humeur ;
- pour Lesur (1992), 27 à 58% des patients atteints de trouble anxieux ;
- pour Sanderson (1992), 50% des patients atteints de trouble de l'humeur.

Les difficultés causées par l'importance des diagnostics multiples ouvrirent la voie à de nouveaux systèmes diagnostiques et à de nouvelles méthodes d'approche de la personnalité. Des auteurs, comme Widiger et Cloninger proposent l'utilisation de modèles dimensionnels basés sur l'analyse factorielle. Ces modèles proposent en effet des dimensions indépendantes et des méthodes de repérage très rapides (questionnaires). Leur utilisation pratique peut toutefois paraître problématique car d'une part, les dimensions isolées sont théoriques et peuvent ne pas être explicites pour tous les cliniciens, d'autre part, ces modèles sont construits dans des populations non pathologiques et supposent que les patients présentant des troubles de la personnalité sont des variants extrêmes de personnalité normale (à l'exception des personnalités schizoïde et paranoïaque pour Cloninger).

Ces modèles sont intéressants pour des travaux de recherches ouvrant la voie à d'autres modes d'approche de la personnalité.
Leur utilité pour des travaux épidémiologiques semble surtout avoir été démontrée dans le cadre de dépistage de troubles psychopathologiques.

Les auteurs suivants qui utilisent les méthodes de l'analyse factorielle, ont noté une prévalence théorique des troubles de la personnalité en population générale supérieure aux premiers auteurs mais ils ont aussi éliminé les occurences multiples, soit :

- pour Cloninger (USA), en 1999, de 13 à 18% [24] ;
- pour Pélissolo (France), en 2000, aux alentours de 24% [25].

Thèse de Frédéric Jumelle © 2005

I-C. INVENTAIRE DES DIFFÉRENTS MODÈLES RÉCENTS D'APPROCHE DE LA PERSONNALITÉ [3]

I-C.1. La Recherche de Sensations a été décrite par Zuckermann en 1971.
La Recherche de Nouveauté (Novelty Seeking, NS), qui constitue la première dimension repérée par le TCI de Cloninger, est une version élargie du concept de Zuckermann. Son questionnaire « Sensation Seeking Scale, SSS » fournit en 72 items un score global dont ont pu être extraits : la recherche de danger et d'aventure, recherche d'expériences, désinhibition et susceptibilité à l'ennui. Ce test manquerait de stabilité dans le temps.

I-C.2. Les travaux de Gray sur l'inhibition comportementale ont permis, par exemple à Eysenck, de conceptualiser une dimension : le Névrosisme.
Cette dimension a été reprise par Cloninger et transcrite d'une manière à être repérée par le TCI sous le terme d'Évitement du Danger (Harm Avoidance, HA). Le questionnaire d'Eysenck « Eysenck Personnality Questionnaire, EPQ » est très utilisé pour approcher la personnalité, il permet de repérer 3 superfacteurs : névrosisme versus stabilité émotionnelle, introversion versus extraversion, psychoticisme versus ouverture d'esprit, ceux-ci sont ensuite décomposés en traits de 2ème ordre et 3ème ordre. L'EPQ comporte aussi une échelle de sociabilité et d'attitudes de réponse. Il est surtout utilisé en dépistage et en suivi du névrosisme.

I-C.3. L'échelle de Baratt est un autoquestionnaire qui approche l'impulsivité. L'Impulsivity Rating Scale est un hétéroquestionnaire. L'impulsivité ne peut pas être définie comme un trait de personnalité au sens strict. Le TCI de Cloninger en a fait un sous-score de la Recherche de Nouveauté (NS).

I-C.4. Le 16-PF de Catell
La méthode de l'analyse lexicale, développée par Allport et Odbert dans les années 1930, a permis à Cattell d'élaborer le 16-Personality Factor (16-PF) dans les années 1940. Il opéra un regroupement lexical parmi les adjectifs sélectionnés pour décrire les différences individuelles. Le 16-PF permet dès lors de repérer seize traits (sociabilité/réserve, confiance/méfiance, stabilité/instabilité émotionnelle...), à partir de 185 items, avec une durée de passation de 35 à 50 minutes.

I-C.5. Le MMPI de Hathaway et McKinley (1937), révisé en 1989
Le Minnesota Multiphasic Personnality Inventory (MMPI) est l'un des questionnaires les plus utilisés, il a été traduit dans de nombreuses langues et cultures. Il s'agit d'un questionnaire de psychopathologie générale couvrant tant les aspects caractériels et affectifs que la condition physique, les attitudes morales ou les conduites sociales de l'individu. Sa forme originale comprenait 550 items et n'avait été validé que dans le Minnesota. Sa forme révisée par Butcher en 1989, le MMPI-2, comprend 567 items et sa validité transculturelle a été établie. En plus des quatre échelles de validité ou d'attitude de réponses, les dix échelles cliniques approchées par le MMPI-2 sont : hypochondrie, dépression, hystérie de conversion, déviation psychopathique, masculinité/féminité, paranoïa, psychasthénie, schizophrénie, hypomanie, introversion sociale.

I-C.6. Le MCMI de Millon
Le questionnaire de Millon (Millon Clinical Multiaxial Inventory) est conçu comme un outil dimensionnel mais a pour objectif de repérer les troubles de la personnalité selon le DSM et non pas seulement les traits normaux de personnalité. L'auteur utilise un modèle théorique

Thèse de Frédéric Jumelle © 2005

propre qui définit les troubles de la personnalité sur la base de cinq types de renforcements comportemental : dépendance à autrui, indépendance, ambivalence, discordance, et détachement, qui sont modulés d'un caractère actif ou passif.
Le MCMI-3 comprend 175 questions et fournit 14 scores de troubles de la personnalité, dix échelles cliniques de l'axe I et trois échelles de validité.

I-C.7. Le PAS de Tyrer en 1988

Le Personality Assessment Schedule tient une place à part car il combine l'approche de 24 traits dimensionnels (méfiance, sensitivité, timidité, impulsivité...) à la cotation de critères permettant de porter des diagnostics catégoriels selon la CIM-10. Des formules permettent aussi de définir des personnalités pathologiques à partir des 24 traits. Il consiste en un entretien semi-structuré qui dure environ une heure.

I-C.8. Le NEO PI-R d'après Costa et McCrae

Le modèle dit des « Big five » est également issu des analyses lexicales et factorielles. Il sert de référence au questionnaire Revised Neuroticism Extraversion Openness Personnality Inventory (NEO-PI-R) qui repère les cinq dimensions fondamentales (OCEAN) :

- *O pour Openness*, ouverture aux expériences, besoin de variété, curiosité intellectuelle et créativité artistique, absence de dogmatisme ;
- *C pour Conscientiousness*, conscience, autocontrôle, responsabilité, persévérance, discipline ;
- *E pour Extraversion* (de Eysenck), sociabilité, gaieté, enthousiasme, impulsivité et à l'inverse timidité, réserve, tranquillité ;
- *A pour Agreeableness*, amabilité, sympathie, affection et à l'inverse indifférence, méfiance, agressivité ;
- *N pour Neuroticism* (de Eysenck), névrotisme, anxiété, instabilité émotionnelle, colère, susceptibilité dépressive.

Le NEO-PI-R est composé de 240 questions qui demandent chacune une réponse sur une échelle de 5 points. Il est validé dans un grand nombre de langues.

I-C.9. Le TCI de Robert Cloninger :

Les dimensions explorées par le TCI renvoient au modèle biopsychosocial de la personnalité de Cloninger. Celui-ci regroupe deux composantes complémentaires issues de la psychologie « classique » : le tempérament conçu comme l'élément constitutionnel, héréditaire et biologique de la personnalité, et le caractère constitué d'attributs acquis sous l'effet de l'apprentissage, de l'expérience et de l'environnement.
Dans cette approche théorique, le tempérament est constitué de quatre éléments fondamentaux : *recherche de nouveauté, évitement du danger, recherche de récompense affective et persistance*, notamment issus de l'observation et de l'expérimentation sur le comportement animal. Les déviations des trois premiers de ces quatre facteurs de tempérament se combinent entre eux pour définir un tempérament spécifique qui, compte tenu du résultat de maturité obtenu grâce aux dimensions du caractère, peut préfigurer ou non un trouble spécifique de la personnalité.
Le caractère est quant à lui conçu comme la résultante de trois types de maturité différents : *maturité individuelle, maturité sociale, maturité spirituelle*, acquises au cours de l'apprentissage, et assurant une bonne adaptation du sujet. Les scores obtenus aux dimensions de caractère permettraient de différencier les sujets ayant un bon niveau d'adaptation (scores élevés) des sujets présentant, à cause d'une fragilité individuelle et/ou une mauvaise adaptation sociale (scores bas), un fonctionnement de personnalité pathologique.

Thèse de Frédéric Jumelle © 2005

I-D. CONCLUSION SUR LA MÉTHODE [4]

Dans l'individu se réalise en continu, tout au long de l'existence, dans le développement de sa personnalité et le fonctionnement de son appareil psychique, la conjonction du développement de son équipement biologique, de l'intégration et du modelage culturels, des effets de la pression sociale.

S'il apparaît qu'à certains troubles, plus qu'à d'autres peut-être, participe l'action conjuguée des effets culturels et sociaux (dépressions, troubles du comportement alimentaire), ceux-ci sont variables selon les cultures et à l'intérieur d'une même culture, suivant les couches sociales. Et il faut de plus intégrer la participation des facteurs de risque, qu'ils soient biologiques, familiaux, de personnalité et le moment de survenue conjuguée de ces facteurs de risque et des différents facteurs, facilitateurs ou protecteurs. Et l'on ne sait pas très bien si un seul facteur suffit, si les facteurs sont corrélés les uns aux autres et si oui, quel est le type de ces corrélations.

C'est dire la nécessité de développer et de protéger les véritables collaborations entre les différentes recherches en sciences humaines et celles menées en psychiatrie ; nécessité aussi de maintenir les démarches anthropologiques et sociologiques intégrées au cœur même de la recherche psychiatrique, voire la recherche médicale dans son ensemble, en tant que celle-ci représente un observatoire privilégié de l'être humain.

C'est dans ce courant de pensée que s'inscrit cette thèse. Le choix d'utiliser le TCI comme instrument d'approche est un choix pragmatique. En effet, cette méthode a été validée par l'expérience et des études préalables, et ses fonctions lui permettent de s'appliquer à la population normale qui est visée.

Thèse de Frédéric Jumelle © 2005

SECONDE PARTIE

ÉTUDE TRANSVERSALE

« Il en va de l'autorité professionnelle du clinicien comme du pouvoir politique et économique,
elle oscille entre la gloire et la ruine et si elle est portée à crier victoire,
c'est moins à cause du succès qu'elle a conquis que du désastre qui la menace. »

Eliot Freidson, *La profession médicale* [21]

Thèse de Frédéric Jumelle © 2005

II- DEUXIÈME PARTIE - ÉTUDE TRANSVERSALE :

II-A. ARGUMENTS SOCIOLOGIQUES ET COMPORTEMENTAUX EN FAVEUR D'UNE ÉTUDE VISANT A APPROCHER PROFILS ET MORBIDITÉ DES MÉDECINS EN FORMATION

II-A.1. Une étude transversale descriptive concernant l'évaluation biopsychosociale des médecins en formation, pourquoi ?

II-A.1.1. Parce que la médecine contemporaine mérite plus que tout autre métier le nom de profession. [21]

Selon William J. Goode, les critères formels de cette profession dérivent de deux propriétés nucléaires : une formation spécialisée de longue durée dans un système de connaissances abstraites et la polarisation sur le service rendu ou sur la collectivité.
Et parmi les traits qui sont supposés en dériver, cinq sont relatifs à l'autonomie : « 1-la profession définit ses propres normes d'études et de formation ; 2-la pratique professionnelle reçoit souvent sa reconnaissance légale sous la forme d'un permis d'exercer ; 3-les commissions d'admission et d'habilitation sont composées par des membres de la profession ; 4-la législation relative à la profession est en majeure partie l'œuvre de la profession elle-même ; 5-le praticien est relativement indépendant du jugement et du contrôle des profanes. »
Selon Carr-Saunders et Wilson : « Il appartient aux associations professionnelles d'obtenir pour les praticiens le monopole de leur fonction et à l'état, pour autant qu'il est compétent, de le leur conférer. »

Mais le mode d'exercice de la médecine influence le type d'autonomie qui en découle et de cette manière il est possible de définir deux grands groupes de médecins : les médecins sous la dépendance du client (client-dependent) qui sont médecins libéraux et médecins traitants, et les médecins sous la dépendance des confrères (colleague-dependent) qui sont médecins hospitaliers et spécialistes consultants. Les urgentistes pourraient être considérés comme d'une catégorie intermédiaire. [21] Les médecins ne devraient donc pas constituer un groupe social et professionnel homogène. Même si, formellement parlant, tous les individus de ce groupe sont identiques car ils sont formés et recrutés sur un minimum de critères communs et de ce fait il leur est permis de pratiquer à l'abri de certaines compétitions et sans que d'autres viennent diriger et évaluer leur travail.

> On ne voit chez les médecins que des inégalités d'habileté, de caractère ou de personnalité pour expliquer les différences de réalisation pratique. [21]

Les médecins en formation, étudiants en médecine, constituent déjà la profession mais aussi son avenir, et à ce titre, le choix de les sonder situe cette étude au cœur de la profession. C'est en France une nouveauté.

Toutefois dans l'idée de l'évaluation des médecins se pose aussi la question du contrôle qui n'est après tout que l'autre face de celle de l'autonomie. En effet le statut de profession, et donc de professionnel, se reconnaît autant à l'autonomie qu'à

Thèse de Frédéric Jumelle © 2005

l'autorégulation, voire à l'autoévaluation, ce qui signifie que seuls des médecins sont reconnus en mesure d'évaluer la qualité de leurs pairs. [21]

Des lois françaises ont récemment aboli certains des privilèges de la profession, comme l'autoévaluation, et cette abolition pourrait bien constituer une remise en question pure et simple du caractère professionnel de la médecine.

II-A.1.2. Parce que les médecins sont investis d'une responsabilité sociale et morale inhabituelle, doublement issue de leur mode de sélection et de leur mode de formation, formation à la responsabilité et formation par l'expérience clinique. [21]
Ce qui distingue un médecin d'un amateur tient précisément à cette préparation particulière.
Des études sur le vécu quotidien des médecins confrontés dans l'urgence à la prise de décision et à la responsabilité décisionnelle suggèrent, malgré tout, qu'ils pourraient y être insuffisamment préparés [32] [35]. Le taux de redoublement année après année va croissant et allonge d'autant la durée des études, cette période protégée. En fait, seulement 31,7% des étudiants passent leur thèse dans un délai normal et 13% ont jusqu'à trois ans de retard. [2] Le généraliste débutant s'inscrit à l'ordre des médecins aux alentours de 33 ans et le spécialiste 38 ans.

Seule une bonne maturité individuelle et sociale, maturité qui devrait naturellement résulter d'une préparation professionnelle longue et de qualité, permettrait aux médecins de prendre des décisions sûres, adaptées et indispensables au cadre de leur pratique courante, et à la maîtrise globale des dépenses de santé.
Mais les conditions de travail sont plus fortes que les orientations de valeur et les règles générales de décision. [21]

Par ailleurs, la hiérarchie à l'intérieur de la profession était jusque récemment acceptable par le médecin courant parce qu'à défaut des récompenses suprêmes, celui-ci au moins, était totalement libre dans son travail. Il lui faut désormais s'habituer à des horizons plus étroits, en passer par des critères qu'établissent des collègues « éminents » qui, quant à eux, continuent à être largement récompensés [21].

II-A.1.3. Parce que c'est le médecin qui définit la maladie, [21] qui porte ce jugement scientifique, social et moral qui autorise le malade ainsi étiqueté à se comporter en malade et à être reconnu comme tel par la société.
Le médecin est ainsi l'entrepreneur moral, comme défini par Howard Becker en 1963, qui a le monopole de la santé. Il a acquis le droit exclusif de la pratique soignante à l'encontre de celles d'innombrables guérisseurs.

Il semble ainsi raisonnable de penser que la société puisse connaître l'état de santé physique et mentale de ses médecins, comme elle devrait l'être des autres entrepreneurs moraux : juges, policiers, responsables du culte ou enseignants. Mais le code de déontologie médicale concernant le respect du secret médical interdit cette divulgation.

Thèse de Frédéric Jumelle © 2005

II-A.1.4. Parce que la maladie est une déviance biologique et sociale par rapport à la médiane dans une loi normale. Et c'est le médecin qui en impute la responsabilité et détermine la gravité. [21]

Etre malade, c'est être capable de dévier légitimement. Autoriser un individu à jouer le rôle de malade constitue un mécanisme qui canalise la déviance de telle sorte que deux très dangereuses possibilités sont écartées : la formation d'un groupe de déviants et la reconnaissance sociale de leur prétention à la légitimité.

A ce titre la Médecine, comme le Droit, est une institution de contrôle social dont les médecins constituent les principaux auxiliaires. Par ailleurs, tout processus de traitement est un processus de contrôle qui repose toujours sur une réaction sociétale, toujours sur l'imputation ou le diagnostic de déviance et quelquefois sur une déviance réelle.

On observe néanmoins que le médecin, à l'inverse du juge, prétend généralement en excès au diagnostic d'une maladie, de sorte qu'il prend le risque d'attribuer à un non-malade un préjudice social et moral qui serait un avantage pour un malade.

Le médecin est en réalité placé dans une situation complexe, ambivalente, entre son rôle d'auxiliaire d'une institution de contrôle social et celui de praticien responsable du « complet bien-être physique, psychique et social » de ses clients.

II-A.1.5. Parce que le rapport 2003 de la commission permanente du conseil national de l'ordre des médecins concernant la démographie médicale et les critères de choix professionnel des jeunes médecins montre leur préférence pour une médecine salariée où ils se sentent protégés. [2] Et à l'intérieur de cette médecine salariée, il décrit l'attractivité exercée, principalement sur les femmes, par la médecine de prévention.

Ce rapport fait également part de l'intérêt des jeunes pour l'exercice de groupe qui leur permettrait de concilier vie professionnelle et vie privée. Ils n'acceptent plus d'être isolés et demeurent inquiets devant les difficultés croissantes à se faire remplacer ou à faire face aux gardes. Ils ne rechignent pas à travailler tout autant que leurs aînés, mais estiment qu'ils ont droit à une vie privée de qualité, désir qu'ils jugent incompatible avec un exercice rural, solitaire.

II-A.1.6. Parce que les Confrontations Psychiatriques n° 44-2003 sur le thème de la *Transmission,* évoquent pour leur part la responsabilité directe du cursus des études médicales. [31]

« Une réforme est actuellement en cours. Certains de ses principes paraissent correspondre à ceux de la formation du type McMaster. On peut craindre que le bachotage, ici formellement critiqué, ne soit remplacé par un autre type de bachotage, et que la formation reste théorique, hors des terrains de stage et de la pratique concrète (avec responsabilités soignantes supervisées et rémunérées) suivant en cela la tradition française des concours et examens répétitifs...(voir le bachotage hypercompétitif pour le concours de la 1ère année de médecine et celui de l'internat dit qualifiant, qui semble produire des praticiens conformistes et sans originalité). »

Thèse de Frédéric Jumelle © 2005

On a pu lire dans la lettre du président de la conférence des doyens des facultés de médecine du 4 Octobre 2001 : « à ce jeune adulte (l'étudiant en médecine), il faut clairement fixer des objectifs pédagogiques, lui permettre d'être évalué et de s'évaluer pour choisir une filière professionnelle et, le cas échéant, se réorienter sans heurt... » [31]

II-A.1.7. Parce que les affections psychiatriques apparaissent au premier plan de l'état de santé des médecins tant au niveau des bénéficiaires d'indemnités journalières que des mises en invalidité.

Selon le rapport 2003 de la commission permanente du conseil national de l'Ordre des médecins [2], les affections psychiatriques ont concerné 264 médecins en 2002 dont 162 généralistes et 102 spécialistes. En référence, les cancers ont concerné 351 médecins en 2002 et la traumatologie 202 médecins. Ainsi les affections psychiatriques constituent et de loin, la première cause de mise en invalidité chez les médecins. En 2002, il y avait 310 médecins bénéficiaires de la pension d'invalidité au titre des affections psychiatriques dont 266 généralistes et 44 spécialistes. En référence, la seconde cause de mise en invalidité est constitué par les maladies cardiovasculaires et ne concernaient en 2002 que 128 médecins.

Selon le rapport de Décembre 2004 de la CARMF : 1510 médecins ont bénéficié en 2003 d'indemnités journalières représentant 1,20% des médecins cotisants. [37] Le taux d'arrêt de travail détaillé par spécialité apporte des informations intéressantes quant au vécu de chaque spécialité par les types de médecin qui les choisissent : il est spectaculaire en neuropsychiatrie où il atteint 22,37%, il est de 6,30% en oncologie radiothérapeutique, de 2,41% en chirurgie générale, et seulement de 1,35% en médecine générale.
Ce rapport met aussi en évidence une progression annuelle globale de 5,23% des demandes d'incapacité temporaires et d'invalidité chez les médecins.

Les affections psychiatriques restent de loin la première cause d'invalidité avec 39,7% des demandes et la deuxième cause d'incapacité temporaire derrière les cancers.
Les diagnostics psychiatriques retenus sont pour 1/3 le surmenage/dépression, 1/3 les troubles addictifs (alcool et drogues), et 1/3 de pathologies psychiatriques plus lourdes.

« Soigner les soignants, c'est pourtant encore une transgression, car le médecin fait aussi partie des soins. » [32]

II-A.1.8. Parce que des études, utilisant le TCI pour évaluer les choix de carrière ou les profils psychologiques des médecins, ont déjà été réalisées aux Etats-Unis, en Russie.

Une étude américaine menée par Cloninger montre que les étudiants qui choisissent la chirurgie, la médecine d'urgence ou gynécologie/obstétrique obtiennent un score de recherche de nouveauté (NS) plus élevé que les étudiants qui choisissent d'autres spécialités. Les futurs chirurgiens ont un évitement du danger et un besoin de récompense (RD) plus bas que les autres étudiants. Les étudiants qui choisissent des spécialités de premier recours, la médecine d'urgence ou gynécologie/obstétrique ont des scores de besoin de récompense affective (RD) plus haut que les autres, les pédiatres étant ceux qui ont les scores de besoin de récompense affective les plus hauts. Les résultats obtenus par les étudiants en médecine sont différents de ceux obtenus par des étudiants d'école

Thèse de Frédéric Jumelle © 2005

supérieure : « college ». Les résultats obtenus par les hommes sont différents de ceux obtenus par les femmes, confirmant l'influence du sexe. [26]

Ces résultats ont été jugés par Cloninger comme pouvant être utiles à l'orientation et au choix de carrière des étudiants en médecine, futurs médecins.

Les résultats de l'étude russe [30] montrent que les caractéristiques de la personnalité des docteurs en médecine confrontés à des décisions de fin de vie, notamment les dimensions de la maturité (SD, C, ST), ont une influence significative sur le vécu, la prise en charge et la quantité de soins à administrer en fin de vie mais aussi sur la gestion de la charge émotionnelle et des demandes des malades et des familles de ces malades.

Ces résultats ont été interprétés par les auteurs comme une indication forte de préparer précocement dans leur cursus les étudiants en médecine aux situations à risque.
Ils sont aussi une indication de responsabilisation précoce des étudiants. La mise en situation précoce serait en mesure de favoriser l'acquisition de maturité.

II-A.2. Une étude transversale comparative qui confronte les résultats obtenus par un échantillon de médecins en formation avec ceux obtenus par un échantillon d'individus représentatif de la société dont ils sont issus et dans laquelle ils vont exercer, pourquoi ?

II-A.2.1. Parce que c'est avant tout le comportement du médecin traitant, dans le cadre de sa relation avec son patient, qui est déterminant dans l'acceptation par ce patient de sa décision, et d'autant plus si elle s'oppose au désir du patient. Et ceci d'autant plus que la dépendance financière du médecin libéral vis-à-vis du patient n'est pas là pour faciliter une prise de décision adverse.

La médecine est en effet une profession consultante qui subsiste en fournissant à une clientèle profane des services grâce auxquels celle-ci pourra résoudre des problèmes pratiques. Ces consultants doivent donc susciter la confiance, et la meilleure façon d'y parvenir est de donner au problème présenté la solution la plus adéquate. Il s'agit en fait d'apporter la preuve qu'ils sont capables de résoudre pratiquement et efficacement les problèmes posés par les profanes, leurs clients. [21]

« C'est le patient qui reste l'arbitre, et s'il préfère aller aux urgences, ce n'est pas forcément parce que le confrère de ville ne fait pas son travail. S'il va aux urgences, c'est parce qu'il sait où elles se trouvent, et qu'il y aura une réponse à sa demande malgré l'attente et que, par ailleurs, c'est gratuit, alors qu'en ville c'est plus cher. Le patient est au moins aussi responsable que le médecin traitant dans cette affaire. Et puis on a entretenu la confusion sur le terme même d'urgence, entre celle qui met en jeu le pronostic vital et celle qui correspond à une exigence de soins immédiats. Cela crée un encombrement dans les services, une frustration chez les patients, chez les urgentistes, qui ne font pas vraiment de l'urgence, et chez les médecins généralistes, car ces derniers, qui sont désignés comme des boucs émissaires, sont aussi victimes de cette réorientation des patients. » [33]

Thèse de Frédéric Jumelle © 2005

II-A.2.2. Parce qu'une certaine similarité entre thérapeute et patient (sociale, culturelle, économique, linguistique, congruence entre les attentes d'aide et l'aide offerte) représente un appariement idéal pour un changement thérapeutique (Goldstein, 1980), une bonne observance thérapeutique [7]. Les mécanismes de changement dépendent en partie de la relation thérapeute/patient ou médecin/malade, comme dans l'enseignement de la relation maître/élève. La médecine de prévention fonctionne comme un enseignement.

C'est donc la totalité des mesures incitatives de prévention et de santé publique qui repose sur cette relation et donc idéalement sur la proximité et la similarité biopsychosociale entre médecin et patient.

Les concepts de l'apprentissage social par imitation (coping behaviors) des modèles réels ou symboliques pourraient rendre compte en termes opérationnels de ces phénomènes décrits dans la plupart des systèmes psychothérapeutiques.

II-A.2.3. Parce que les différents troubles de la personnalité sont graves, parfois handicapants et évoluent selon des modes spécifiques. [6]
La présence d'un trouble de la personnalité chez un médecin serait à l'origine de dysfonctionnements dans sa vie privée comme dans son mode d'exercice de la médecine. Ce trouble pourrait ainsi interférer de manière grave dans la relation médecin/malade et être à l'origine d'incompréhension, d'erreurs, de contre-production.

La présence d'un trouble de la personnalité chez un patient serait aussi à l'origine de dysfonctionnements de la relation médecin/malade dont on pourrait étudier le lien avec le besoin de reconnaissance sociale, par voie juridique si besoin. Mais la présence de ce trouble chez un patient est compatible avec le rôle qu'il doit jouer dans la relation.

Par ailleurs, le rapport 2005 de l'agence européenne de surveillance des drogues en Europe (EMCDDA) affirme que 50 à 90% des usagers des drogues souffrent d'un trouble de la personnalité et 15 à 20% d'une pathologie psychiatrique de l'axe I du DSM IV. [36]

Un tiers des médecins sont arrêtés de travailler sur un diagnostic de trouble addictif. [37]

Pour le DSM-IV : « un trouble de la personnalité est un mode durable des conduites et de l'expérience vécue », qui pourrait s'estomper dans la seconde partie de la vie ou chez le sujet âgé.
Pour Costa et McCrae « la personnalité est stable après l'âge de 30 ans » et Cloninger appuie la thèse de la stabilité de la personnalité dans le temps. Cependant, si le maintien dans le temps du diagnostic apparaît nécessaire, l'analyse des données de la littérature tempère cette invariabilité des troubles de la personnalité. Les divers critères constitutifs peuvent varier tant en présence, nombre et/ou intensité.

Le retentissement au cours de l'évolution naturelle des troubles de la personnalité s'avère de plus en plus lourd sur les comportements et les relations interpersonnelles.

Thèse de Frédéric Jumelle © 2005

L'évolutivité des différents troubles de la personnalité a fait l'objet de descriptions précises par Debray et Nollet. [6]
J'ai choisi de présenter celles qui sont en rapport avec les diagnostics issus du TCI, l'analyse des résultats étant améliorée par une compréhension de la psychopathologie.

1. Le groupe A : « **bizarre-excentrique** »

- Évolution des personnalités schizoïdes :

Elle est dominée par l'isolement, la distance du contact et l'incapacité de percevoir les sentiments d'autrui. Les schizoïdes se montrent incapables de recevoir ou de donner de l'affection, imperméables aux sentiments amoureux. Ils paraissent se suffire à eux-mêmes et de ce fait exercent paradoxalement une certaine fascination. Leurs rares relations sexuelles tiennent de la formalité hygiénique. Ils traversent leur vie avec une indifférence imperméable à la joie comme à la tristesse. Ils ont du mal à répondre de façon adaptée aux évènements de la vie. Le fonctionnement professionnel peut être affecté s'il nécessite des relations interpersonnelles, mais perdurer dans des conditions d'isolement social. On note qu'il y a cinquante pour cent de personnalités schizoïdes dans l'anamnèse des schizophrènes, c'est une personnalité à risque prémorbide.

2. Le groupe B : « **théâtral-émotif** »

- Évolution des personnalités antisociales

Le « psychopathe » passe à l'acte, ce n'est pas là son moindre défaut. Tout se joue dans l'instant et l'action. Instabilité faite de violence, d'incompréhension et de mépris réciproque dans les relations interpersonnelles. La recherche intense de satisfaction immédiate plus que celle de réalisation du plaisir est sa règle. Durant le premier âge adulte, l'abus de diverses substances, surtout illicites, associé au rejet de toute loi sociale les inscrit dans un parcours médico-légal souvent lourd mais ils semblent s'apaiser au mi-temps de leur vie souvent au prix d'un parcours addictif dominé par la dépendance alcoolo-tabagique. Ils ont un risque accru par rapport à la population générale de décéder prématurément de mort violente par suicide, accident, homicide. On note une fréquence élevée des antécédents de déficit attentionnel/hyperactivité de l'enfance et de trouble des conduites, c'est une personnalité constamment morbide.

- Évolution des personnalités borderline (émotionnellement labile, explosif)

Les violentes fluctuations de leur comportement marquent leur évolution. Elles semblent ignorer « qui elles sont, ce qu'elles veulent, ce et ceux qu'elles aiment ». Les choix professionnels les orientent vers des emplois échappant à l'autorité et donc plutôt le travail indépendant. Les réactions émotionnelles demeurent toute la vie intenses. Le moindre échec annule toutes les expériences bénéfiques antérieures. Débutant par une adolescence critique, après un certain apaisement, leur « milieu de vie » serait à nouveau très difficile. De la gravité du trouble résulte de multiples comportements suicidaires et auto-agressifs pouvant se traduire par diverses conduites addictives avec abus massifs d'alcool, de substances illicites, mais aussi de nourriture et d'achats impulsifs. Par ailleurs, ce trouble est souvent accompagné de nombreux traits faisant partie d'autres troubles de la personnalité, comme ceux des personnalités schizotypiques, histrioniques, narcissiques et

Thèse de Frédéric Jumelle © 2005

antisociales, plusieurs diagnostics se justifient alors. L'évolution de ce trouble peut être marquée par des symptômes psychotiques transitoires.

- Évolution des personnalités histrioniques

La séduction reste leur moteur essentiel. La recherche de stimulations toujours renouvelées, l'intolérance à la frustration, les conduisent à multiplier les entreprises amoureuses, professionnelles et thérapeutiques. Si toutes s'entament dans l'enthousiasme et l'espoir, toutes s'achèvent rapidement dans la rancune et l'incompréhension réciproque. Là aussi de nombreux passages à l'acte suicidaire émaillent ce parcours. La personnalité histrionique est associée à des taux élevés de Somatisations, Conversions et d'Etats dépressifs majeurs.

3. Le groupe C : « **anxieux-craintif** »

- Évolution des personnalités évitantes

Les personnalités s'attachent à rester dans l'ombre. Leur comportement reste empreint d'hésitation, d'inhibition. Malgré leurs aptitudes, leur parcours professionnel est marqué par les conduites d'échecs. Si l'évitement les met durablement à l'abri des situations sociales exposées, il conduit à la solitude et au célibat, souvent après nombre de déboires affectifs dominés par le sentiment d'abandon et de rejet des partenaires. La répétition des échecs amène au renoncement de toute vie affective ou sexuelle partagée. L'échappement se fait vers un monde imaginaire idéalisé et mièvre conduisant au dépit et à l'aigreur, source de dépression, hypocondrie, thèmes interprétatifs voire persécutifs. On note une fréquence élevée de la phobie sociale.

- Évolution des personnalités dépendantes

L'incapacité à prendre la moindre initiative marque leur comportement tant professionnel qu'interpersonnel. Leur susceptibilité extrême, leur peur du regard des autres en font des êtres conformistes, prêts à assumer les corvées les plus pesantes et parfois les plus humiliantes. Leur intolérance à la solitude les porte à un « parasitisme affectif » épuisant et à être victimes de violences intrafamiliales répétées.

- Évolution des personnalités obsessionnelles-compulsives

Si la personnalité obsessionnelle-compulsive s'organise autour de la recherche de la perfection, leur comportement empreint de doute conduit à la pusillanimité, à la rigidité et au conformisme. Leur fonctionnement traduit une nette différence entre la vertu affichée et la réalité avec de brusques explosions comportementales, sociales et affectives. Ils fuient le monde créatif pour se complaire dans la proximité matérielle, l'institutionnel, le collectionnisme fétichiste des objets. Leur monde affectif finit par se contracter, se limiter à la structure familiale dans laquelle il joue souvent un rôle tyrannique. On note une fréquence élevée de troubles obsessionnel-compulsifs. Cette personnalité serait souvent associée aux traits de personnalité de type A : pressés par le temps, sens exagéré de la compétition, hostilité/agressivité, risque d'infarctus.

II-B.2.4. Parce que Beck et Freeman (1990) ont émis l'hypothèse que dans chaque trouble de la personnalité, il prédomine l'assimilation de certains schémas cognitifs [6] :

Thèse de Frédéric Jumelle © 2005

- l'excès d'estime de soi chez le narcissique,
- la méfiance à l'égard du genre humain chez le paranoïaque,
- le contrôle chez l'obsessionnel compulsif,
- le désir de revanche sociale chez l'antisocial,
- le sentiment de faiblesse chez le dépendant,
- la peur du rejet chez les borderline (explosif) et évitant,
- le besoin d'être admiré/adulé chez les narcissique et histrionique.
- l'opposition chez le passif agressif [24].

Ces schémas cognitifs sont très difficiles à changer car ils sont vécus par l'individu comme constitutifs de sa personnalité. Ils peuvent être mis à jour par un questionnement très pressant mais sont habituellement couverts, latents. Quant ils sont révélés, ils sont accompagnés d'émotions intenses car ils réfèrent à des expériences précoces du sujet, des traumatismes psychoaffectifs, des valeurs et préjugés issus du milieu socioculturel. La thérapie intégrative des schémas développée par J. Young s'attaque à cette nébuleuse. [38]

II-A.2.5. Parce que la loi du 4 Mars 2002 relative aux droits des malades leur a permis un accès direct à leur dossier médical [27].

Cette loi est l'aboutissement d'un lent mouvement amorcé dans les années 1970 qui marque historiquement une rupture avec cette conception de l'administré/sujet. Plusieurs lois ont été adoptées lors de la décennie soixante-dix, affirmant les droits des citoyens dans leurs rapports avec l'administration.

Les lois qui ont modifié les rapports du citoyen à l'état, ont aussi modifié son rapport à l'autorité en général et à tous ceux qui représentent l'autorité, les entrepreneurs moraux, les auxiliaires du contrôle social que sont policier, juge, prêtre, médecin, enseignant.

Elles ont ainsi bouleversé les paramètres de la relation médecin/malade qui soumettait traditionnellement le malade au jugement péremptoire et à l'autorité inconditionnelle de son médecin.

D'un point de vue sociologique, la liberté grandissante du citoyen à interroger sans complexe, peut-être aussi sans limite, son juge ou son médecin est plus que symbolique, elle est symptomatique.

Cette situation a fait naître un vif sentiment d'insécurité chez les médecins qui étaient jusqu'alors des privilégiés échappant à tout contrôle extérieur à leur ordre (notamment en ce qui concernait la qualité de leur travail) [21], et chez les patients, un sentiment de suspicion, de méfiance et peut-être de revanche comme traditionnellement il en existe en France vis-à-vis de toute classe dirigeante et suspecte de privilèges.

Il est ainsi difficile de ne pas replacer cette avancée de la liberté individuelle sans en évoquer son contenu politique, comme il est d'ailleurs difficile de parler de l'homme sans parler de politique. Le sentiment généré par ces lois se rapproche de celui issu de « la lutte

Thèse de Frédéric Jumelle © 2005

des classes » selon Marx, il représente cette revanche sociale symbolique, tant attendue. Cette situation rappelle surtout aux médecins qu'ils tiennent leurs privilèges professionnels de l'état et que ces attributs peuvent être l'objet de manipulations dont la teneur dépend amplement de la tendance politique des dirigeants de cet état, qui sont en partie l'émanation du souhait du peuple.

A ce titre les relations entre le « faible/malade » et le « fort/médecin » peuvent prendre une tournure dérisoire qui n'est plus en rapport direct avec le diagnostic d'une maladie ou le rejet de ce diagnostic mais plutôt en rapport avec l'avantage social et moral qui pourrait être retiré du statut qui serait attribué par le soignant au soigné.

Ce statut, dans une société de compétition pour le temps libre, est l'objet de toutes les convoitises et il faut certainement remettre en cause l'idée de Freidson [21] selon laquelle : « La condition de malade étant, par définition, peu enviable, cela n'a tout simplement « aucun sens » d'affirmer que la manière de régler les aspects frustrants du système social est que chacun tombe malade ».

Le statut de malade offre aujourd'hui à toute personne reconnue malade des droits (et allège aussi les devoirs de citoyen) que la société refuse habituellement à un certain nombre de personnes quand elles ne sont pas ou plus malades.

Dès lors, il n'y a pas de surprise à voir se multiplier les procédures en recherche de responsabilité (affective ?), les procès pour réparation morale et monétaire, les condamnations de praticien, générant une politique du pire, la recherche d'un risque zéro illusoire et coûteux, à l'origine du leitmotiv de l'autoprotection administré aux médecins en formation comme un philtre maléfique.

Il se pourrait pourtant que la responsabilité de cette situation incombe à une juridiction pour le moins expérimentale et qui pourrait aussi s'avérer en contradiction avec l'objectif de maîtrise globale des dépenses de santé.

II-A.2.6. Parce qu'il existe aussi de nombreuses études qui évaluent de manière pragmatique la personnalité des étudiants en médecine, notamment cette étude effectuée aux États-unis par Cloninger et publiée en 2004, qui étudie la relation entre le choix de spécialité des étudiants et leur profil TCI. [26]
Elle montre qu'avant de choisir une spécialité médicale d'exercice, il pourrait être judicieux de tenir compte des caractéristiques de personnalité nécessaires à l'exercice de cette spécialité. Elle indique qu'il existe par exemple une différence significative entre les caractéristiques de la personnalité d'un médecin de famille et celles d'un médecin d'urgence. Ces praticiens sont pourtant formés ensembles dans notre pays.

Par ailleurs, une étude russe sur les relations qui existent entre le profil TCI des médecins et les décisions prises concernant des malades en fin de vie, montre qu'il existe une tendance des anxieux (HA, évitement du danger élevé) à dépenser plus que les autres, c'est-à-dire à prescrire des examens et des soins plus coûteux chez les patients en fin de vie. Et les individus ayant une maturité individuelle, sociale ou spirituelle élevée seraient plus à même de comprendre les objectifs des soins palliatifs.

Thèse de Frédéric Jumelle © 2005

II-B. HYPOTHÈSES :

II-B.1. HYPOTHÈSE PRINCIPALE : les études de médecine sélectionnent et éduquent des tempéraments et des personnalités spécifiques à la fonction de médecin:

II-B.1.1. Le groupe formé par les étudiants en médecine est unique, homogène et spécifique de la fonction.
Les résultats des étudiants en médecine, pris dans leur ensemble, sont attendus avec une recherche de nouveauté élevée qui est spécifique de leur âge et de leur statut d'étudiant à un niveau supérieur, de l'esprit de la recherche scientifique et de la quête du savoir comme des émotions fortes. Je rappelle à ce propos que la recherche de nouveauté est d'autant plus élevée que l'individu est jeune. Les étudiants devraient présenter un évitement du danger plutôt en dessous de la moyenne. Ils devraient par contre présenter une forte recherche de récompense affective en rapport avec les nécessités identitaires de la fonction : dépendance aux autres, besoin de se faire du bien en faisant le bien, recherche de relation à haut potentiel affectif. Le tempérament moyen attendu de l'étudiant en médecine, compte tenu des études américaines [26], est le tempérament histrionique.

II-B.1.2. Les sous-groupes PCEM2 et TCMG sont uniques, homogènes et spécifiques du moment de formation dont ils sont issus. Il devrait y avoir une différence significative de composition entre le sous-groupe des étudiants en médecine en premier cycle de formation (PCEM2) et celui des médecins généralistes en troisième cycle de formation (TCMG). Cette différence, si elle existe, ne devrait concerner que la recherche de nouveauté (NS) et la maturité (SD+C) qui sont influencées par l'âge. Les scores d'évitement du danger (HA) et de recherche de récompense (RD) ne sont influencés que par le sexe, et une différence serait avant tout le reflet d'un biais de sélection en faveur d'un sexe. Les scores HA et SD pourraient aussi être influencés par l'état d'esprit du candidat au moment de remplir le test. Ces deux scores sont plus bas chez les dépressifs et remontent habituellement après guérison

Les deux sous-groupes sont décrits et comparés grâce aux deux types de variables produits par le test :

- les scores bruts (variables quantitatives) moyens;
- les pourcentages (variables qualitatives) respectifs des 8 tempéraments de Cloninger, le pourcentage représentant les individus « normaux » et enfin les pourcentages respectifs des 8 personnalités immatures.

II-B.1.3. Cette différence de composition entre les deux sous-groupes pourrait être expliquée par l'âge et le sex-ratio mais aussi par les modalités de sélection et de formation qui opèrent entre eux.

- Il n'y a presque pas de « perte naturelle » entre les deux sous-groupes, moins de 5% d'abandon et maladie.
- Le concours de l'Internat ou l'examen classant national sont des examens complexes qui nécessitent une méthode stricte et la soumission à des critères d'évaluation qui tendent à sélectionner d'abord les « tempéraments anxieux », c'est-à-dire ceux qui ont un évitement du danger et de la souffrance plus élevé, ceux qui ont par ailleurs les meilleures facultés de concentration et de réflexion, les femmes, et ceux qui tolèrent le mieux l'évaluation et la critique. Les internes des

Thèse de Frédéric Jumelle © 2005

spécialités sont destinés à acquérir des compétences techniques très sophistiquées et à évoluer de longues années dans un milieu hiérarchisé et exposé au regard collectif. Les internes en médecine générale (TCMG) sont sélectionnés négativement par les examens, leur évitement du danger est plus faible, leur concentration et leur soumission le sont aussi. Il y a donc un peu plus d'hommes parmi eux. Leur destination d'exercice est d'emblée celle des hôpitaux périphériques et des stages de terrain qui les mettent en contact avec la population générale et les soustraient de facto à la supervision et au contrôle strict du CHU.

- Les PCEM2 quant à eux sont destinés aux spécialités comme à la médecine générale. Le tempérament moyen du PCEM2 attendu devrait être plus proche des médianes que celui du TCMG. Le PCEM2 devrait être plus uniforme dans toutes les dimensions et présenter un évitement du danger plus fort que l'étudiant de troisième cycle de médecine générale. Le PCEM2 devrait avoir un tempérament passif agressif, alors que le TCMG devrait plutôt avoir un tempérament histrionique ou antisocial.

II-B.1.4. Cette différence de composition serait de nature à apporter des informations médico-psychologiques et proto-sociologiques pertinentes sur les modalités de fonctionnement de ces deux sous-groupes. Les PCEM2 sont des étudiants en médecine en début de cursus qui sont soumis aux règles du système de formation qui vient de les admettre. Les TCMG sont tous de futurs médecins généralistes qui sont entrés dans la vie professionnelle mais n'ont pas toujours choisi cette filière. Ils ont été sélectionnés négativement par un système qui privilégie les résultats du bachotage au détriment de la motivation et de l'engagement. [31]

II-B.2. HYPOTHÈSE ALTERNATIVE : l'échantillon des étudiants en médecine constitue un groupe sélectionné et donc différent par nature de l'échantillon représentatif de la population générale française qu'il doit soigner:

II-B.2.1. Il existerait une différence significative de composition entre l'échantillon issu du présent sondage des étudiants en médecine de Nancy et l'échantillon issu d'un sondage Sofres en 2000 sur la population française.

Les deux groupes sont décrits et comparés grâce aux deux types de variables produits par le test :

- les scores bruts (variables quantitatives) moyens;
- les pourcentages (variables qualitatives) respectifs des 8 tempéraments de Cloninger, le pourcentage représentant les individus « normaux » et enfin les pourcentages respectifs des 8 personnalités immatures.

II-B.1.2 Cette différence de composition entre les deux groupes, population générale et médecins, pourrait être expliquée par l'âge et le sex-ratio mais aussi par les modalités de sélection qui opèrent entre les deux groupes compte tenu de l'image sociale de la médecine, de la promotion sociale qu'elle permet, des revenus qu'elle apporte, du chômage qu'elle prévient, de la responsabilité et de la reconnaissance qu'elle fournit. Elle pourrait aussi résulter de la motivation (dans laquelle il y a une large part psychologique qu'il faut rapporter à la personnalité) des individus qui poursuivent le but de secourir les autres, d'être accueillis en sauveurs, de la valorisation individuelle que constitue l'exercice de la médecine en termes de plus-value narcissique, de récompense affective.

Thèse de Frédéric Jumelle © 2005

II-B.1.3. Cette différence de composition serait de nature à apporter des informations médico-psychologiques et proto-sociologiques pertinentes sur les modalités de fonctionnement des deux groupes et des relations qu'ils entretiennent, particulièrement dans le cadre spécifique de la relation de proximité et de secret que constitue la relation médecin/malade.

II-C. SUJETS ÉTUDIÉS :

II-C.1. Constitution d'un échantillon représentatif de la population des médecins en formation et divisé en 2 groupes principaux, les PCEM2 et les TCMG

Etant donné la nouveauté de ce type d'étude en France et l'usage inhabituel que constitue l'évaluation de la population des étudiants en médecine, a fortiori médecins en formation, j'ai essayé de recruter le nombre de sujets le plus élevé possible parmi les étudiants candidats.

II-C.1.1. Les critères d'inclusion dans l'étude :

- être inscrit en filière médicale à l'université de Nancy 1 (Faculté de Médecine);
- avoir réussi le concours d'entrée en filière (fin de PCEM1) ;
- être inscrit en deuxième année du premier cycle de médecine (PCEM2) pour le premier sous-groupe de sujets. Tous les étudiants inscrits en PCEM2 pour l'année universitaire 2004/2005 sont candidats. Le PCEM2 constitue en effet l'entrée officielle dans la filière médicale ;
- être inscrit en troisième cycle de médecine générale (TCMG) pour le second sous-groupe de sujets. Tous les étudiants inscrits en TCMG pour l'année universitaire 2004/2005 sont candidats. Le TCMG détermine l'entrée dans la vie professionnelle et transforme l'étudiant en médecin ;
- être candidat et volontaire pour répondre à la totalité des 226 questions (vrai/faux) d'un questionnaire, ce qui demande trente minutes de concentration.

II-C.1.2. Protocole et éthique de l'étude, accord officiel, soutien du DUMG et des Associations d'étudiants de premier, deuxième et troisième cycles

Le sujet de l'étude et l'utilisation du questionnaire TCI de Cloninger pour le recueil des données ont été approuvés préalablement à leur distribution du 15 Octobre 2004 par le Professeur Jean-Pierre Kahn, Professeur de Psychiatrie au CHU de Nancy, et par le Professeur Jean-Dominique de Korwin au titre de Coordonnateur du Département Universitaire de Médecine Générale (DUMG).

L'Association des Internes en médecine générale de Lorraine (RAOUL), représentée par son Président Monsieur Yannick Ruelle, et l'Association des étudiants en médecine de premier et deuxième cycles, représentée par son Président Monsieur Nathan Renard, ont pris connaissance du projet et été associées à l'élaboration du protocole de l'étude ainsi qu'à la définition des valeurs éthiques de l'étude. Cette participation a été active et rend compte de la volonté des associations étudiantes de prendre en charge leur évaluation comme de participer à l'élaboration ou à la révision des programmes de leur formation universitaire.

Le jour de la première distribution, l'étude, ses objectifs et les modalités d'utilisation du questionnaire TCI ont été introduits officiellement par le Professeur de Korwin auprès des 235 médecins en troisième cycle de médecine générale présents. Monsieur Yannick Ruelle, Président de RAOUL, a vivement encouragé les étudiants à répondre

Thèse de Frédéric Jumelle © 2005

au questionnaire. J'ai ensuite pris la parole pour exposer succinctement le protocole de cette étude.

Protocole de l'étude TCI:

1. le recueil des données concernant les étudiants se fait à l'aide d'un questionnaire validé en français et approuvé par l'université : le TCI de Cloninger ;
2. il comporte 226 questions vrai/faux et demande 30 minutes de concentration pour être correctement rempli;
3. participation vaut consentement ;
4. l'anonymat des données est garanti au-delà du retour individualisé (par la poste) des résultats du test ;
5. le but est seulement statistique, il s'agit d'une étude transversale de prévalence théorique ;
6. l'objectif est d'obtenir des données de prévalence fiables et comparables sur les étudiants en médecine et médecins en formation dans une université française.
Il est aussi d'établir le ou les profils psychologiques théoriques des médecins en formation en France, d'émettre des hypothèses quant à l'influence de ces profils sur le fonctionnement global de la profession (groupe sociologique spécifique), d'émettre des hypothèses quant à l'influence de ces profils sur le mode relationnel spécifique que constitue la relation médecin/malade.
Les médecins et les malades étant globalement issus de la même population française ;
7. l'analyse statistique prévoit de comparer les résultats obtenus par les TCMG avec ceux des PCEM2 puis de comparer les résultats de tous les étudiants en médecine avec ceux de la population générale française de référence (Pélissolo, 2000) ;
8. les conclusions de l'étude pourraient mettre en évidence des modalités nouvelles de sélection et de formation des médecins ; permettre d'introduire une dimension stratégique dans la relation médecin/malade.

Le questionnaire TCI distribué, cf. ANNEXES, comporte les mentions suivantes :

« JE GARANTIS QUE :
Chaque questionnaire sera rendu anonyme pour la thèse dont le but est statistique, aucun résultat personnel ne sera publié, ni transmis à aucune instance y compris les instances universitaires de Nancy ;
Un profil de personnalité avec interprétation et objectifs sera renvoyé par courrier à chaque participant, en remerciement. L'intérêt pour chaque participant, c'est de recevoir contre sa collaboration un profil de personnalité précis, fiable et validé ; qui permet de lister ses points forts et ses points faibles et qui explique si un secteur précis peut être amélioré.
Vous pouvez me poser des questions par e-mail : frederic.jumelle@free.fr »

II-C.1.3. Echantillonnage de la population : recrutement, taille et représentativité : [29] [30]

II-C.1.3.1. Le recrutement de l'échantillon s'est fait sur la base du volontariat et s'est effectué parmi la population des candidats répondant aux critères d'inclusion de

Thèse de Frédéric Jumelle © 2005

l'étude. C'est à dire, tous les étudiants qui sont inscrits en PCEM2 et Troisième Cycle de Médecine Générale à l'université de Nancy 1 pour l'année universitaire 2004/2005.

Le recrutement s'est donc fait en quatre étapes :

1-distribution des 235 questionnaires aux étudiants de Troisième Cycle de Médecine Générale (TCMG) lors de la répartition semestrielle des stages hospitaliers du 15 Octobre 2004. A noter que la présence de tous les étudiants (population ciblée) est requise ce jour-ci et qu'elle est effective à quelques exceptions près. Tous les questionnaires ont été distribués ;

2-distribution des 220 questionnaires aux étudiants de PCEM2 lors du cours magistral du lundi matin à 10 heures où la présence des étudiants est maximale. Le jour choisi était le lundi 15 Novembre 2004. L'audience y était maximale et prévenue de la distribution. Tous les questionnaires ont été distribués ;

3-récupération des questionnaires qui s'est faite par la poste à l'adresse de l'association des résidents et internes en médecine générale (RAOUL), ou manuellement au secrétariat du DUMG et au local de l'association des étudiants en médecine situé sur le campus de la Faculté de Médecine ;

4-relance : il faut signaler qu'au-delà de l'effet de curiosité suscité par la distribution et l'appel officiel, il n'a pas été possible d'augmenter le nombre des répondants et donc de compléter les effectifs.

II-C.1.3.2. taille et représentativité de l'échantillon : Les objectifs de l'échantillonnage de la population ciblée par l'étude ont été fixés tels que : [29] [30]

- la base du sondage est complète, constituée de tous les étudiants de PCEM2 et TCMG ; par ailleurs il n'existe pas de répétition, les renseignements sont suffisants ;
- tous les individus ont ici une forte probabilité de figurer dans l'échantillon ;
- le sondage à la base de l'étude est de type pseudo-aléatoire : il concerne tous les étudiants PCEM2 et TCMG qui se trouvent étudier la médecine à Nancy, ce qui n'est pas aléatoire mais qui est supposé être indépendant du profil TCI étudié ;
- le cardinal de chaque groupe et sous-groupe doit être supérieur à trente (30) ;
- le taux de réponse est fixé arbitrairement à trente pourcent (30%) de la population ;
- le sex-ratio doit être le plus proche de celui de la population médicale actuelle : 40% d'hommes et 60% de femmes ; un biais de sélection est toutefois attendu en faveur des femmes et au détriment des hommes dans ce type de sondage qui est basé sur l'autoévaluation du profil psychologique ;
- le cas des non répondants est décrit en terme de profil ;
- le taux de fuite des études médicales est fixé au niveau national à 5% sur l'ensemble du cursus des 1er et 2ème cycles. [2]
- Le taux de redoublement année après année est de 6% en PCEM2, 6% en DCEM1, 9% en DCEM2, 11% en DCEM3, 22% en DCEM4, ce qui allonge d'autant la durée des études et recule d'autant le moment de la maturité et de la prise de responsabilité tant crainte, et donc objet d'anticipation négative. [2] Des études fixées à neuf ans se voient donc accomplies dans la réalité en 10 à 12 ans.

II-C.2. Recherche et obtention du soutien logistique d'une biostatisticienne.

J'ai ensuite exposé mon projet d'étude épidémiologique auprès du service d'épidémiologie et d'évaluation cliniques du Professeur Guillemin à Nancy. Ce service a désigné Madame Stéphanie Boini, une biostatisticienne, que j'ai rencontrée plusieurs fois et qui m'a fourni un soutien logistique et une aide toujours adaptée, rapide et de grande qualité.

Thèse de Frédéric Jumelle © 2005

II-D. MÉTHODES : [3]

II-D.1. Instrument d'évaluation : Le questionnaire TCI (Temperament and Character Inventory) est un questionnaire d'autoévaluation médico-psychologique.

C'est un outil créé par le psychiatre américain Robert Cloninger en 1993. Il s'agit d'un inventaire constitué de 226 propositions auxquelles le sujet doit répondre obligatoirement par « vrai » ou par « faux ». **N. B.** : Il est présenté en ANNEXE 1.
Le temps de remplissage est en moyenne de 30 à 40 minutes.
Le questionnaire utilisé pour cette étude a été conçu pour des adultes mais il existe aussi une version pour adolescents.

Le résultat du questionnaire consiste en une série de scores, correspondant à sept dimensions principales et à vingt-quatre facettes ou sous-scores.
Ces scores sont calculés en regroupant les réponses des items correspondant à chacune des dimensions, et peuvent être exprimés soit en notes brutes, soit en notes pondérées (ramenées entre 0 et 100 en fonction du nombre d'items de la dimension), soit encore en déviations par rapport aux valeurs « normales » dans une population donnée.

Par combinaisons, il est possible également d'aboutir à la définition de typologies de personnalité, proches des classifications catégorielles des troubles de la personnalité, mais l'interprétation est théorique et doit en rester prudente.

Le TCI est un autoquestionnaire validé, très sensible aux variations et qui a été jugé spécifique et adapté au repérage théorique des tempéraments et des personnalités immatures dans des populations normale et pathologique. Il a fait l'objet de plusieurs études de validation préalables en langue anglaise et en langue française. [24] [25]

II-D.2. Les dimensions explorées par le TCI renvoient au modèle biopsychosocial et à l'approche psychobiologique de la personnalité de Cloninger : [3]

II-D.2.1. Dans cette approche, le **Tempérament** est la partie inné et constitutionnelle de la personnalité. Elle est constituée de 4 éléments fondamentaux, 4 dimensions :

- la première dimension est la **Recherche de la Nouveauté** (NS), elle décrit la tendance de l'individu à rechercher des sensations fortes et nouvelles, et à s'exprimer de manière impulsive, dépensière et anticonformiste. Cette dimension est influencée par l'âge, elle décroît significativement après l'âge de 25 ans et finit par se stabiliser [24] [25] ;

- la seconde dimension est l'**Évitement du Danger** (HA), elle reflète la tendance à l'inquiétude, au doute, à l'anxiété, à la timidité et à la fatigabilité, corrélée à l'évitement et à l'inhibition face à la menace. Cette dimension est influencée par le sexe, elle est significativement plus élevée chez la femme [24] [25] ;

- la troisième dimension est la **Dépendance à la Récompense** (RD), elle représente le niveau de dépendance interpersonnelle et de sentimentalité, le besoin de

Thèse de Frédéric Jumelle © 2005

proximité affective. Cette dimension est influencée par le sexe, elle est significativement plus élevée chez la femme [24] [25] ;

- enfin, la **Persistance** (P, ex-RD2) est une dimension évaluant en peu d'items la capacité à persévérer dans le travail et les épreuves, et donc l'endurance.

Un tempérament « équilibré » correspond à des scores moyens (50 p. 100 en scores pondérés) pour chacune de ces quatre dimensions. Par ailleurs, chaque combinaison des 3 scores NS/HA/RD définit un type spécifique de tempérament parmi les 8 tempéraments décrits par Cloninger. Ces combinaisons sont présentées plus loin.

II-D.2.2. Le **Caractère** est la partie constituée d'attributs acquis sous l'effet de l'apprentissage, de l'expérience et de l'environnement. Il est conçu comme la résultante de 3 types différents de maturité, 3 dimensions qui reflètent l'adaptation du sujet :

- l'**Auto-détermination ou maturité individuelle** (SD) est définie par la volonté d'aboutir, l'efficacité personnelle, la force du moi, l'estime de soi, la capacité à se fixer des objectifs et à les poursuivre ;

- la **Coopération ou maturité sociale** (C) reflète la tolérance et l'ouverture aux autres, l'habilité sociale, la sociabilité ;

- l'**Auto-transcendance ou maturité spirituelle** (ST) est liée à certaines capacités de méditation, de détachement par rapport aux aspects matériels de l'existence. Elle évoque la dimension éthique voire religieuse de l'existence.

Pour les trois dimensions de caractère, les sujets les plus matures (adaptés) doivent obtenir les scores les plus élevés (proches de 100 p. 100 en scores pondérés).

II-D.2.3. Le **profil TCI de personnalité** est obtenu par la combinaison des 2 inventaires (Tempérament et Caractère), soit 7 dimensions ou scores principaux. [3]

Les scores obtenus aux dimensions de caractère permettraient de différencier des sujets ayant un bon niveau d'adaptation (scores SD+C>58, maturité) de sujets présentant, de par une fragilité individuelle et/ou une mauvaise adaptation sociale (scores SD+C<58, immaturité), un fonctionnement pathologique. Dans un second temps, la nature de la personnalité immature est déterminée de manière théorique par la nature du tempérament associé à l'immaturité. Il ne s'agit pas d'un diagnostic mais seulement d'une orientation.

Thèse de Frédéric Jumelle © 2005

II-D.2.4. Validité du questionnaire TCI : [3]

De nombreux travaux de validation ont été menés avec le TCI en anglais dans sa version originale, puis en français et d'autres langues. Il en ressort que la structure factorielle supposée est respectée dans différents types de population, et que les mesures obtenues sont relativement stables dans le temps. Les études effectuées chez des jumeaux suggèrent que les dimensions de tempérament sont indépendantes les unes des autres.

Dans la plupart des études de validation, les dimensions RD et P semblent les moins fiables. Les dimensions Recherche de la nouveauté (NS), Évitement du danger (HA) et Maturité individuelle (SD) semblent par contre être les plus discriminantes de ce test. Même si le TCI vise bien à mesurer des traits de personnalité stables dans le temps, il apparaît clairement que la dimension HA (tout comme le Névrosisme d'Eysenck) est sensible à l'état actuel du sujet, avec un score plus élevé en cas de grande anxiété ou d'état dépressif. De même, la Maturité individuelle (SD) a tendance à diminuer en phase dépressive, puis à augmenter après la guérison de l'épisode.

La dimension NS est corrélée négativement avec l'âge du sujet, ce qui va également à l'encontre d'une parfaite stabilité de cette dimension dans le temps.

Selon Cloninger, un profil tempéramental est obtenu à partir de chacune des combinaisons des 3 dimensions NS, HA, RD selon qu'elles sont au-dessus ou en dessous de la médiane. Cette typologie spécifique se rapproche de la classification des troubles de la personnalité du DSM-IV. [3]

Tempérament (selon Cloninger)	Recherche de Nouveauté*	Évitement du Danger*	Recherche de Récompense*
Antisocial	NS	ha	rd
Histrionique	NS	ha	RD
Passif Agressif	NS	HA	RD
Explosif	NS	HA	rd
Obsessionnel	ns	HA	rd
Passif Dépendant	ns	HA	RD
Cyclothymique	ns	ha	RD
Schizoïde	ns	ha	rd

*ns<16<NS ; *ha<16<HA ; *rd<15<RD
16, 16, 15 étant les médianes respectives de NS, HA, RD.

N. B.: Les 3 scores principaux que sont la Recherche de nouveauté=NS (Novelty Seeking), l'Evitement du danger=HA (Harm Avoidance) et la Recherche de récompense=RD (Reward Dependence) sont ici présentés en majuscules ou en minuscules selon qu'ils sont au-dessus ou en dessous de la médiane prédéfinie pour chaque score et qui a été calculée dans la population générale.

Cloninger combine ensuite le type de tempérament obtenu parmi les 8 types de tempéraments possibles avec la maturité globale de l'individu (SD+C), calculée dans un second temps, dans le but d'évoquer ou non une personnalité immature.

Thèse de Frédéric Jumelle © 2005

Certains auteurs ont confirmé partiellement ces hypothèses, à l'aide d'instruments diagnostiques catégoriels. Les dimensions SD et C semblent bien corrélées (négativement) à l'inadaptation du sujet et donc au risque de retrouver un trouble de la personnalité, mais ceci n'est pas vrai pour la dimension Transcendance (ST), dont la validité semble contestable. Les éléments qui la composent paraissent plutôt refléter un fonctionnement bizarre voire prépsychotique (personnalités schizoïde ou schizotypique).

Les scores « normaux » du TCI ne sont pas les mêmes chez les hommes et chez les femmes, et varient selon les pays et/ou les langues, ceci implique de se reporter à des valeurs de référence spécifiques à chaque version.

II-D.3. Le TCI est utilisé en recherche : [3]

En psychiatrie, les principales applications ont concerné l'alcoolisme (classification de Cloninger en types 1 et 2), les troubles de l'humeur (évaluation en phase pathologique et intercritique), les troubles anxieux, et également les troubles du comportement alimentaire.

Des travaux prometteurs ont par exemple porté sur la valeur prédictive de certaines dimensions du tempérament sur la réponse au traitement antidépresseur en fonction du type de molécule utilisé.

Des travaux de recherche biologique et génétique utilisant le TCI se sont basés sur certaines des hypothèses de Cloninger qui relient chacune des dimensions de tempérament à un système de neurotransmission spécifique. Les plus intéressantes associent la dimension NS au système dopaminergique et la dimension HA au système sérotoninergique.

Des liens ont été démontrés entre la dimension NS et certains polymorphismes génétiques des récepteurs dopaminergiques.

II-D.4. Le TCI est utilisé en pratique clinique : [3]

Une première lecture des résultats du TCI consiste à repérer globalement des dimensions sur lesquelles des déviations importantes apparaissent par rapport aux normes.

Si les dimensions de caractère SD et/ou C sont abaissées, l'adaptation du sujet est mauvaise, et la lecture des traits de tempérament pourra éventuellement orienter sur un type de trouble de la personnalité particulier, ou au moins sur un trait prévalent.

Par ailleurs, que le profil soit globalement normal ou non, une lecture plus fine des différentes facettes peut être utile pour repérer des particularités qui ne seraient pas apparues ailleurs : un sous-score de timidité (HA3) élevé, un niveau élevé d'impulsivité (NS2), un sous-score d'acceptation de soi bas (SD4), ou un niveau de tolérance social particulièrement bas (C1).

Le TCI peut donc permettre la description du fonctionnement d'une personnalité normale, le repérage d'un fonctionnement anormal, et ainsi la comparaison des différents fonctionnements.

Thèse de Frédéric Jumelle © 2005

II-D.5. Les questionnaires TCI renvoyés par les étudiants qui ont participé à cette étude, ont été interprétés et compilés à l'aide du programme automatisé conçu sur Excel® pour Windows XP®, par le Dr Antoine Pélissolo

AVERTISSEMENT

Il est important de comprendre et de retenir que les 7 dimensions décrites par Cloninger ont chacune une définition bien précise issue de l'analyse factorielle et élaborée dans le cadre du modèle biopsychosocial. Ces définitions peuvent différer légèrement du sens donné dans le langage courant ou s'éloigner significativement des définitions issues des autres modèles d'analyse psychologique notamment le modèle psychodynamique.

Dans cette étude, le TCI est utilisé dans le but d'obtenir les scores moyens bruts des étudiants en médecine et de les décrire. Il permet ainsi d'évaluer la prévalence théorique et la distribution des 8 traits de tempérament et la prévalence théorique et la distribution des personnalités immatures dans la population des étudiants en médecine de PCEM2 et TCMG, considérés comme un ensemble puis comme deux sous-groupes. Cette approche reste théorique car le TCI est un questionnaire et à ce titre, il ne permet pas de poser un diagnostic. L'entretien clinique avec les sujets dépistés par le TCI reste le seul moyen de poser un diagnostic de trouble de la personnalité.

Les scores et les prévalences des deux sous-groupes sont ensuite comparés entre eux et les résultats de l'ensemble sont finalement comparés avec ceux obtenus par un échantillon représentatif de la population générale de référence.

Thèse de Frédéric Jumelle © 2005

II-E. ANALYSE STATISTIQUE :

Les variables sont décrites en termes de moyenne et d'écart-type pour les variables quantitatives, en termes d'effectif et de pourcentage pour les variables qualitatives.

Le test t de Student a été utilisé pour la comparaison des variables quantitatives, moyennes obtenues par sommation des résultats individuels des 174 étudiants participants et classés en sous-groupes.

Le test du chi2 a été utilisé pour la comparaison des variables qualitatives, pourcentages obtenus par interprétation analytique et classement par catégorie des résultats individuels en termes de profil des 174 étudiants participants.

Le seuil de significativité statistique a été fixé à 5% ($p<0.05$).

L'analyse statistique des données a été réalisée avec le soutien du Service d'Epidémiologie et Evaluation cliniques du Professeur Guillemin – Centre d'Epidémiologie clinique, INSERM/CHU de Nancy – Madame Stéphanie Boini – Hôpital Marin, 54035 Nancy Cedex.

N. B. : Les détails de l'analyse statistique sont présentés en ANNEXE 2.

Thèse de Frédéric Jumelle © 2005

II-F. RÉSULTATS :

II-F.1. L'échantillon de population:

Le 19 Mai 2005, jour de la clôture de l'étude : 174 questionnaires TCI de Cloninger avaient été reçus, ils constituent la base statistique de cette thèse.

Pour répondre aux nécessités de la comparaison statistique, les 7 scores principaux du TCI **(NS, HA, RD, P, SD, C, ST)** obtenus par les étudiants en médecine sont présentés sous la forme de données brutes et ont été ensuite classés par sous-groupes. Dans un deuxième temps, il a été procédé à la détermination des tempéraments et des personnalités immatures de Cloninger dans l'échantillon des étudiants. Ces deux types de variables qualitatives ont été déduits pour chaque étudiant à partir de la combinaison des 7 scores issus du test et selon la méthode mise au point par Cloninger. La prévalence de toutes les combinaisons, tempéraments et personnalités, a fait l'objet d'une deuxième comparaison statistique entre les 2 sous-groupes d'étudiants et enfin entre les étudiants et la population générale française.

Les objectifs de l'échantillonnage de la population médicale ciblée par l'étude ont été atteints selon son protocole :

- plusieurs groupes d'étudiants ont pu être constitués et leur cardinal est supérieur à trente (30). Il y a 102 PCEM2, 65 TCMG, et sur le total des 174 étudiants : 118 sont des femmes, 56 des hommes ;

- le taux de réponse global a atteint trente-huit pourcent (38%) de la population sondée ;

- le sex-ratio de l'échantillon est significativement différent de celui de la population médicale actuellement en formation en France. Les femmes ont été beaucoup plus nombreuses à répondre au questionnaire (67,8% au lieu des 57,5% dans la population testée) ;

- la base du sondage est complète. Elle est constituée de tous les 454 étudiants inscrits en PCEM2 et TCMG (1+2+3) ; par ailleurs il n'y a pas eu de répétition, les renseignements ont été suffisants ;

- le sondage à la base de l'étude est de type pseudo-aléatoire : il a concerné tous les 454 étudiants PCEM2 et TCMG qui se trouvent étudier la médecine à Nancy, ce qui n'est pas aléatoire mais qui est supposé être indépendant du profil TCI étudié ;

- il faut noter que ma qualité de sondeur a été la plus neutre possible vis-à-vis du recrutement. J'ai fait mes études de médecine à l'Université de Bordeaux 2 et ma première inscription à l'Université de Nancy 1 remonte à 2003. Je ne connaissais donc pas les étudiants de Nancy à l'exception de ceux rencontrés lors de mes semestres hospitaliers. A contrario, certains ont pu s'en méfier ;

- le cas des non répondants a pu être décrit en terme de profil : plutôt des hommes, certainement ceux qui se savaient déjà malades ou qui méprisaient les tests ou les autres (paranoïaque, obsessionnel, narcissique, borderline, dépressif), ceux qui

Thèse de Frédéric Jumelle © 2005

cherchaient à se cacher malgré l'anonymat relatif du questionnaire (phobique, dépressif, toxicomane, passif agressif), les personnalités schizoïde ou antisociale.

Les motifs de non-réponses les plus fréquemment rapportés auront été :

1. la peur de se connaître, de se découvrir une personnalité pathologique, d'apprendre une mauvaise nouvelle ;
2. la peur de se mettre à nu devant un collègue (le sondeur), un inconnu ;
3. le manque de motivation d'ordre général, la négligence;
4. le désintérêt pour la question, le manque de fraternité ;
5. la longueur du test, ennui, l'absence de lecture, l'absence de concentration, l'oubli de le retourner ;
6. la méfiance envers l'autorité, l'éventuelle manipulation des résultats.

- Le cas des répondants considérés comme ayant une « personnalité normale » :
  146 questionnaires ont permis de repérer une personnalité « Normale » selon Cloninger, soit la combinaison d'un des 8 tempéraments et d'une maturité combinée (SD+C) dont le score excède 58. L'annonce de ces résultats a été personnalisée et faite par lettre à chaque participant selon le protocole de l'étude.

- Le cas des répondants ayant été dépistés comme « personnalité immature » :
  28 questionnaires ont permis de repérer une personnalité immature selon Cloninger, soit la combinaison d'un des 8 tempéraments et d'une immaturité combinée, définie par un score SD+C inférieur à 58.
  L'annonce de ces résultats n'a pourtant pas été faite aux participants concernés parce que le médecin a historiquement tendance à présumer de la maladie en excès. Il est toujours plus sensible aux variations de l'état de santé qu'il n'a la capacité réelle de faire face à ces variations en y appliquant un traitement adapté. [21] La capacité du test TCI à dépister des personnalités immatures dans une population spécifique n'est pas formellement acquise et il ne permet en aucun cas de poser un diagnostic de trouble de la personnalité. Cette nuance est d'ailleurs difficile à expliquer et à faire accepter par écrit.

Sur une population de 454 candidats, 174 étudiants ont retourné un questionnaire complet, soit un taux de réponse de 38%, avec un sex-ratio de 2,1 femmes pour 1 homme et un âge moyen de 22,2 ans.
146 personnalités normales et 28 personnalités immatures ont été recensés, soit une morbidité théorique de 16,1%.

L'expert du TCI en France, le Dr Antoine Pélissolo de l'Université de Paris VI, a été consulté et a participé à l'analyse des résultats.
Les motifs de non-réponses ont été évoqués et discutés. La prudence a été requise.

II-F.2. Données socio-démographiques des 2 sous-groupes:

1-Le **PCEM2** ou 2ème année de Médecine constitue la vraie porte d'entrée dans une filière professionnelle dont le taux de fuite n'excède pas 5%. 219 étudiants étaient inscrits en PCEM2 pour l'année universitaire 2004/2005, dont 91 hommes (41,6%) et 128 femmes (58,4%).

Thèse de Frédéric Jumelle © 2005

La moyenne d'âge était de 19,4 ans avec un écart-type de 0,8 ans. 105 étudiants ont renvoyé leur questionnaire et 3 questionnaires incomplets ont été écartés de l'étude. 102 questionnaires « PCEM2 – 1er cycle » ont été exploités dont 75 femmes (73,5%) et 27 hommes (26,5%). Les tentatives de motiver des réponses masculines supplémentaires ont échoué. Le sex-ratio de ce groupe est proche de 3 femmes pour 1 homme.

2-Le **TCMG** ou 3ème cycle des études de Médecine Générale marque le début de la vie professionnelle et permet l'acquisition des stigmates de la profession. 235 étudiants étaient inscrits en TCMG pour l'année universitaire 2004/2005, dont 61 TCMG1, 74 TCMG2, 100 TCMG3, soit 102 hommes (43,4%) et 133 femmes (56,6%).

La moyenne d'âge était de 26,7 ans avec un écart-type de 2,1 ans. 66 étudiants ont renvoyé leur questionnaire et 1 questionnaire incomplet a été écarté de l'étude. 65 questionnaires « TCMG – 3ème Cycle de Médecine Générale » ont été exploités dont 14 étudiants de TCMG1, 20 étudiants TCMG2, 31 étudiants TCMG3, 39 femmes (60%) et 26 hommes (40%). Cette répartition était représentative des proportions du TCMG sondé et approchait son sex-ratio.

3-Il faut aussi noter que l'étude a inclus les résultats de **« 7 invités »** dont 5 DCEM1 et 2 DCEM4. Ces résultats n'ont été comptabilisés que dans les résultats concernant l'ensemble de la population des étudiants en médecine (à l'exclusion de tout autre).

II-F.3. Les scores bruts (4 tableaux):

II-F.3.1. Les 7 scores principaux et les 24 sous scores du TCI (scores moyen, minimum, maximum et écart-types) obtenus dans la population des étudiants et médecins en formation à Nancy 1, influence du sexe :

	Échantillon total étudiants (n=174)			
	moyenne	écart-type	minimum	maximum
Âge	22,2	(3,8)	18	37
Recherche de nouveauté (NS)	19,5	(5,3)	8	34
Évitement du danger (HA)	**16,5**	**(6,8)**	**0**	**34**
Dépendance à la récompense (RD)	16,8	(3,9)	6	24

Le score moyen de recherche de nouveauté (NS) des étudiants en médecine est très élevé.

Les scores moyens d'évitement du danger (HA) et de recherche de récompense affective (RD), si l'ensemble des étudiants est pris en considération, sont supérieurs aux médianes. L'évitement du danger est marqué par un très grand écart-type qui entraîne de fait une grande variabilité des tempéraments.

Le tempérament moyen de l'étudiant en médecine est malgré tout le tempérament passif Agressif [NS+HA+RD].

Thèse de Frédéric Jumelle © 2005

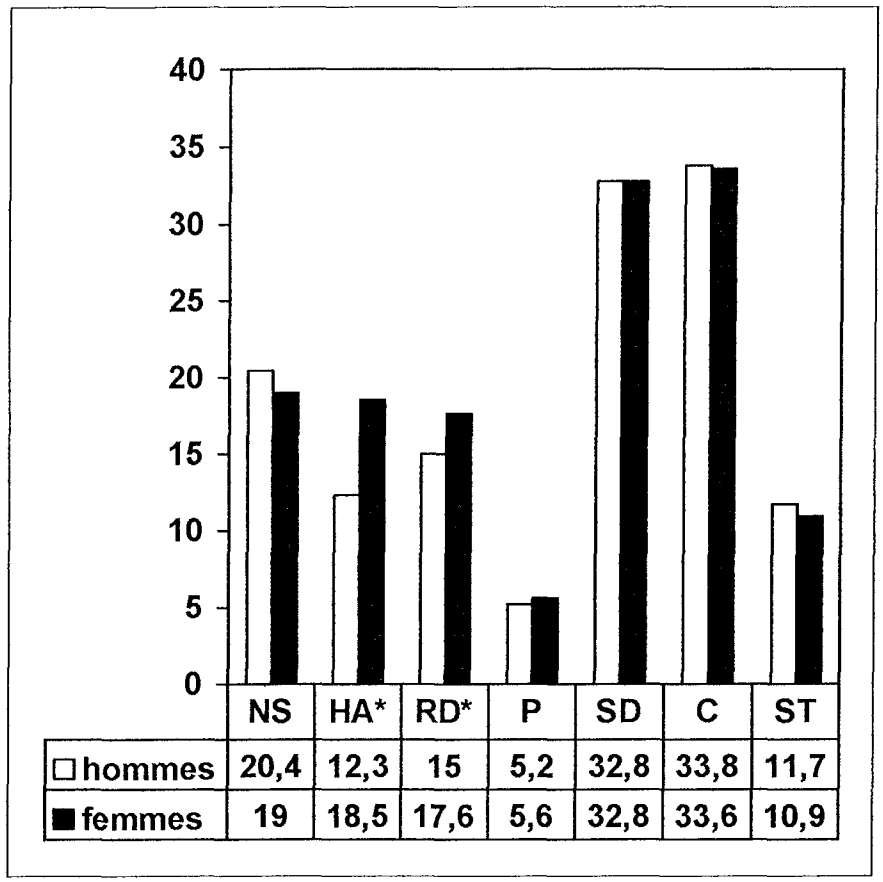
SCORES BRUTS – RÉSULTATS GLOBAUX (1)

	Échantillon total étudiant (n=174)				Hommes moy.	Femmes moy.
	moy.	**E.T.**	**min.**	**max.**	(n=56)	(n=118)
Âge	**22,2**	**(3,8)**	**18**	**37**	23	21,8
Recherche de nouveauté (NS)	**19,5**	**(5,3)**	**8**	**34**	**20,4**	**19,0**
Besoin de changement (NS1)	6,8	(2,3)	0	11	6,9	6,7
Impulsivité (NS2)	3,9	(2,4)	0	10	4,1	3,8
Dépenses (NS3)	4,8	(1,8)	0	9	4,8	4,9
Anti-conformisme (NS4)	4,0	(1,9)	0	9	4,7	3,7
Évitement du danger (HA)	**16,5**	**(6,8)**	**0**	**34**	**12,3**	**18,5**
Inquiétude (HA1)	4,5	(2,6)	0	11	3,4	5,1
Peur de l'inconnu (HA2)	4,2	(2,1)	0	7	2,9	4,8
Timidité (HA3)	4,2	(2,2)	0	8	3,3	4,6
Fatigabilité (HA4)	3,6	(2,2)	0	9	2,7	4,0
Dépendance à la récompense (RD)	**16,8**	**(3,9)**	**6**	**24**	**15,0**	**17,6**
Sentimentalité (RD1)	7	(1,9)	2	10	6,3	7,4
Attachement affectif (RD3)	5,5	(2,2)	0	8	4,8	5,9
Besoin de soutien (RD4)	4,2	(1,3)	1	6	3,9	4,3
Persistance (P)	**5,5**	**(2)**	**0**	**8**	**5,2**	**5,6**
Autodétermination (SD)	**32,8**	**(6,0)**	**14**	**43**	**32,8**	**32,8**
Sens des responsabilités (SD1)	6,6	(1,6)	1	8	6,7	6,6
Volonté d'aboutir (SD2)	6,2	(1,7)	0	8	6,1	6,2
Ressources individuelles (SD3)	3,8	(1,3)	0	5	3,9	3,8
Acceptation de soi (SD4)	7,2	(2,4)	0	11	6,9	7,3
Habitudes bénéfiques (SD5)	9,0	(2,2)	3	12	9,2	8,9
Maturité sociale (C)	**33,7**	**(4,9)**	**13**	**42**	**33,8**	**33,6**
Tolérance sociale (C1)	6,9	(1,4)	0	8	6,8	6,9
Empathie (C2)	5,4	(1,4)	1	7	5	5,6
Solidarité (C3)	6,4	(1,2)	1	8	6,6	6,3
Indulgence (C4)	7,6	(2,2)	0	10	7,8	7,4
Probité (C5)	7,4	(1,3)	3	9	7,5	7,4
Auto-transcendance (ST)	**11,2**	**(5,4)**	**1**	**27**	**11,7**	**10,9**
Sens du spirituel (ST1)	4,1	(3,2)	0	13	3,8	4,2
Détachement de soi (ST2)	4,6	(2,2)	0	11	5,3	4,3
Croyance universelle (ST3)	2,4	(1,8)	0	7	2,6	2,4

Abréviations utilisées : âge en années ; n= nombre (cardinal) ; E.T.= écart-type ; moy.= moyenne ; min.= score minimum obtenu ; max.= score maximal obtenu.

Thèse de Frédéric Jumelle © 2005

SCORES BRUTS – COMPARAISON PAR SEXE (2)



	NS	HA*	RD*	P	SD	C	ST
□hommes	20,4	12,3	15	5,2	32,8	33,8	11,7
■femmes	19	18,5	17,6	5,6	32,8	33,6	10,9

*=S, différence significative au seuil de 5%

La recherche de nouveauté (NS) des étudiants est très élevée, quel que soit leur sexe.

L'évitement du danger (HA) et la recherche de récompense affective (RD), si l'ensemble des étudiants est pris en considération, sont supérieurs aux médianes mais il existe une différence significative entre les sexes. Les scores des femmes sont dans les deux cas plus élevés que ceux des hommes, qui sont pour eux bien inférieurs à la médiane.

Si le tempérament moyen des femmes qui étudient la médecine est aussi le tempérament Passif Agressif [NS+HA+RD], celui des hommes de l'échantillon est le tempérament Antisocial [NS+ha+rd].

La persistance (P) est élevée chez les étudiants, quel que soit leur sexe.

Les scores de maturité individuelle (SD) et sociale (C) sont élevés et représentatifs d'une population d'un niveau socioculturel élevé. Il n'y a pas d'influence du sexe.

La transcendance (ST) est assez faible alors qu'il s'agit d'une population jeune.

Thèse de Frédéric Jumelle © 2005

II-F.3.2. Les 7 scores principaux du TCI et écart-types obtenus dans les 2 sous populations de médecins en formation à Nancy, PCEM2 et TCMG, influence de l'âge :

SCORES BRUTS – COMPARAISON PAR CYCLE (3)

	Médianes	Tous les étudiants	PCEM2	TCMG
Age (ET)		**22,2** (3,8)	**19,4** (0,8)	**26,7** (2,1)
n		174	102	65
NS (ET)	*16*	**19,5** (5,3)	**19,0** (4,8)	**20,1** (5,8)
HA (ET)	*16*	**16,5 (6,8)**	**17,4 (6,8)**	**15,4 (7)**
RD (ET)	*15*	**16,8** (3,9)	**16,5** (4,0)	**17,1** (3,9)
P (ET)	*5*	**5,5** (2)	**5,8** (2,0)	**5** (2,1)
SD (ET)	*33*	**32,8** (6,0)	**32,8** (6,2)	**33,2** (5,7)
C (ET)	*33*	**33,7** (4,9)	**33,4** (4,8)	**34,2** (5,1)
ST (ET)	*13*	**11,2** (5,4)	**11,3** (5,3)	**10,8** (5,5)

PCEM2=2ème année de médecine ; TCMG=troisième cycle de médecine générale ; NS=recherche de nouveauté ; HA=évitement du danger ; RD=recherche de récompense affective ; P=persistance ; SD=autodétermination ; C=coopération sociale ; ST=autotranscendance ; (ET)=écart-type.

Il n'y a pas de différence significative, en termes de scores bruts, entre les résultats obtenus par l'ensemble des étudiants et ceux obtenus par chacun des sous-groupes, PCEM2 et TCMG.
Il existe par contre une différence en ce qui concerne les tempéraments moyens, elle est due à la variabilité de HA et doit être regardée avec prudence.

Le tempérament moyen de l'étudiant en médecine standardisé (échantillon complet) est bien le tempérament Passif Agressif [NS+HA+RD].

Le tempérament moyen de l'étudiant qui rentre dans la filière (PCEM2) est aussi le tempérament Passif Agressif.

Le tempérament moyen de l'étudiant qui rentre dans la profession (TCMG) est par contre le tempérament Histrionique [NS+ha+RD].

Thèse de Frédéric Jumelle © 2005

SCORES BRUTS

PRESENTATION GRAPHIQUE DE LA COMPARAISON PAR CYCLE (4)



	NS	HA*	RD	P	SD	C	ST
PCEM2	19,4	17,4	16,5	5,8	32,8	33,4	11,3
TCEM	20,1	15,4	17,1	5	33,2	34,2	10,8

*=NS, différence non significative (p=0,067) entre PCEM2 et TCMG

La recherche de nouveauté (NS) n'est pas différente entre les deux sous-groupes malgré la différence significative qui concerne l'âge moyen des 2 sous-groupes.

Il existerait une différence entre les deux sous-groupes concernant l'évitement du danger (HA) mais elle n'est pas significative au seuil de 5%.

Les autres scores RD, P, SD, C et ST ne sont pas différents entre les 2 sous-groupes.

Au terme de cette comparaison score à score, il semble bien que les 2 sous-groupes PCEM2 et TCMG soient très proches du groupe regroupant l'échantillon complet des 174 étudiants.

Thèse de Frédéric Jumelle © 2005

II-F.4. Prévalence théorique des Tempéraments et Personnalités (6 tableaux):

II-F.4.1. Rappel de la définition théorique des tempéraments selon Cloninger :

Il s'agit de la combinaison des scores NS-HA-RD obtenus par le sujet testé et qui sont considérés en fonction de leur place par rapport à la médiane de ces scores obtenus dans une population de référence dont la distribution est normale. 16, 16, 15 sont les médianes respectives de NS, HA et RD.

TEMPERAMENT	Recherche de Nouveauté*	Évitement du Danger*	Recherche de Récompense*
Antisocial	NS	ha	rd
Histrionique	NS	ha	RD
Passif Agressif	NS	HA	RD
Explosif	NS	HA	rd
Obsessionnel	ns	HA	rd
Passif Dépendant	ns	HA	RD
Cyclothymique	ns	ha	RD
Schizoïde	ns	ha	rd

*ns≤16<NS ; *ha≤16<HA ; *rd≤15<RD

II-F.4.2. Rappel de la définition théorique des personnalités selon Cloninger :

Les 8 types de tempéraments : Schizoïde, Passif Dépendant, Histrionique, Passif Agressif, Antisocial, Explosif, Cyclothymique, Obsessionnel, servent de canevas aux définitions des personnalités immatures de Cloninger dans le sens où c'est le type de tempérament du sujet testé qui se combine à sa maturité pour définir ou non une indication théorique à poursuivre la démarche diagnostique.

Il est entendu que la maturité du sujet est définie arbitrairement par Cloninger comme la somme des scores bruts de la maturité individuelle et de la maturité sociale (SD+C).

Le sujet est considéré comme mature et adapté si cette somme est supérieure à 58, et immature et inadapté si elle est inférieure à 58.

II-F.4.3. Prévalence théorique et distribution des Tempéraments et Personnalités (normale et immatures) dans la population des étudiants et médecins en formation à Nancy 1, influence du sexe

SEXE (n=174)	**Homme**	*56*	*32,2%*
	Femme	118	*67,8%*

Thèse de Frédéric Jumelle © 2005

TEMPÉRAMENTS ET PERSONNALITÉS

PRESENTATION COMPARATIVE (5)

	Effectif /Tous nT=174	Tous *% age nT*	Effectif /Hommes nH=56	Hommes *% age nH*	Effectif /Femmes nF=118	Femmes *% age nF*
TEMPERAMENTS						
Antisocial	23	*13,2 %*	**14**	***25 %***	9	*7,7 %*
Histrionique	**49**	*28,1 %*	**24**	***42,9 %***	**25**	***21,2 %***
Passif Agressif	**39**	*22,4 %*	5	*8,9 %*	**34**	***28,8 %***
Explosif	14	*8,1 %*	4	*7,2 %*	10	*8,4 %*
Obsessionnel	14	*8,1 %*	6	*10,7 %*	8	*6,8 %*
Passif Dépend.	24	*13,8 %*	1	*1,8 %*	**23**	***19,5 %***
Cyclothymique	8	*4,6 %*	0	-	8	*6,8 %*
Schizoïde	3	*1,7 %*	2	*3,5 %*	1	*0,8 %*
PERSONNALITÉS						
« Normale »	**146**	***83,9 %***	**47**	***84 %***	**99**	***83,9 %***
Antisocial	3	*1,7 %*	**2**	*3,5 %*	1	*0,8 %*
Histrionique	2	*1,2 %*	1	*1,8 %*	1	*0,8 %*
Passif Agressif	4	*2,3 %*	1	*1,8 %*	3	*2,6 %*
Explosif	5	*2,8 %*	1	*1,8 %*	**4**	*3,4 %*
Obsessionnel	**10**	*5,8 %*	**4**	***7,1 %***	**6**	***5,1 %***
Passif Dépend.	3	*1,7 %*	0	-	3	*2,6 %*
Cyclothymique	1	*0,6 %*	0	-	1	*0,8 %*
Schizoïde	0	-	0	-	0	-

Les tempéraments curieux, caractérisés par une recherche de nouveauté élevée (A, H, P.A., E) sont les plus fréquents et représentent 71,8% de l'échantillon total, 84% chez les hommes, 66,1% chez les femmes.

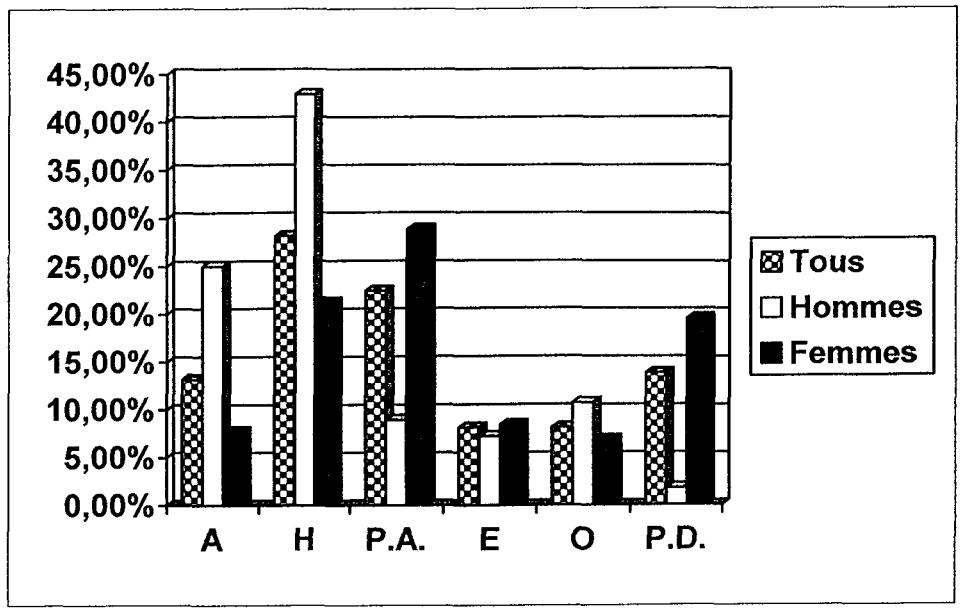
Les tempéraments anxieux, caractérisés par un évitement du danger élevé (P.A., E, O, P.D.) sont également très fréquents chez les femmes, 63,5% des femmes de l'échantillon, alors qu'ils ne représentent que 28,6% des hommes. En ce sens, la population féminine de l'échantillon est plus proche d'une répartition normale de population.

La personnalité « Normale » concerne 83,9% de l'échantillon total, 84% des hommes et 83,9% des femmes.
La morbidité théorique n'est pas influencée par le sexe et se situe à 16,1% dans cet échantillon, soit 28 cas.

La personnalité immature la plus fréquente de l'échantillon est le type obsessionnel compulsif, 10 cas sur 28. Attention, il ne s'agit en aucun cas de poser des diagnostics.

Thèse de Frédéric Jumelle © 2005

TEMPÉRAMENTS – PRESENTATION COMPARATIVE (6)



A=Antisocial ; H=Histrionique ; P. A.=Passif Agressif ; E=Explosif ; O=Obsessionnel ; P. D.=Passif Dépendant.

Le tempérament histrionique (besoin d'admiration et de réussite sociale) et le tempérament antisocial (désir de revanche sociale) sont les plus fréquents parmi les hommes qui étudient la médecine.

Le tempérament passif agressif (besoin d'opposition, méfiance envers l'autorité) et le tempérament passif dépendant (dépendance affective aux autres) sont les plus fréquents parmi les femmes qui étudient la médecine.

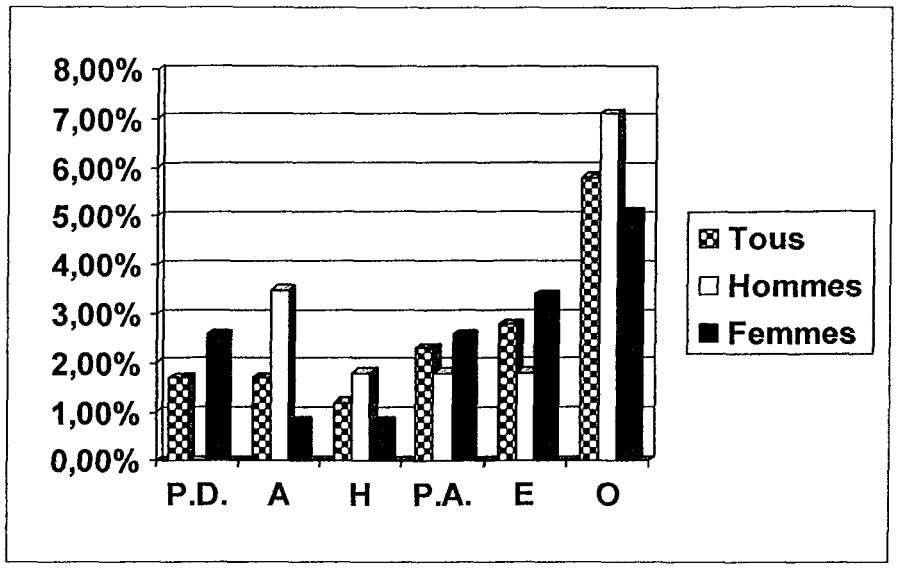
Attention, les tempéraments indiquent simplement un mode de communication particulier dans le cadre d'une personnalité normale.

Il existe entre les sexes une différence significative dans la distribution des tempéraments.

Thèse de Frédéric Jumelle © 2005

PERSONNALITÉS IMMATURES

PRESENTATION COMPARATIVE (7)



P. D.=Passif Dépendant ; A=Antisocial ; H=Histrionique ; P. A.=Passif Agressif ; E=Explosif ; O=Obsessionnel.

La personnalité immature de type obsessionnel compulsif, caractérisée par un besoin pathologique de contrôle, est la plus fréquente des personnalités repérées dans l'échantillon des médecins en formation, quel que soit le sexe. Elle est plus fréquente chez l'homme (7,1%) que chez la femme (5,1%).

Hommes : la personnalité immature de type antisocial, caractérisée par un désir envahissant de revanche sociale, est le second type le plus fréquent parmi les hommes de l'échantillon (3,5%).

Femmes : la personnalité immature de type explosif (borderline), caractérisé par une peur pathologique du rejet, est le second type le plus fréquent parmi les femmes de l'échantillon (3,4%).

Thèse de Frédéric Jumelle © 2005

II-F.4.4. Prévalence théorique et distribution des Tempéraments et Personnalités (normale et immatures) dans les 2 sous populations de médecins en formation à Nancy, PCEM2 et TCMG, influence de l'âge :

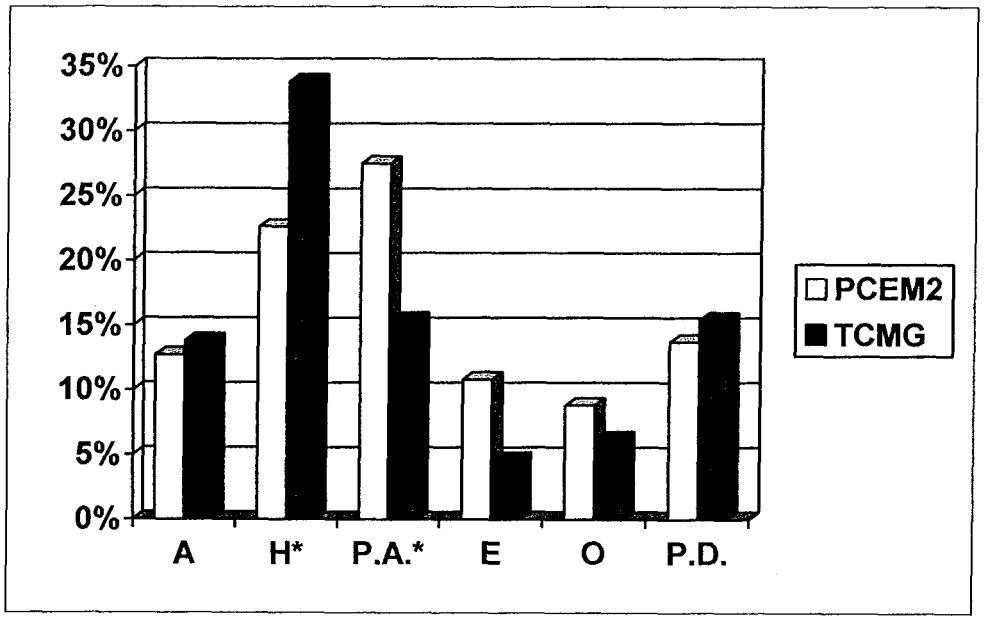
TEMPÉRAMENTS ET PERSONNALITÉS
COMPARAISON PAR CYCLE (8)

	Effectif /Tous nT=174	Tous *% age nT*	Effectif /PCEM2 nP=102	PCEM2 *% age nP*	Effectif /TCMG nT=65	TCMG *% age nT*
TEMPERAMENTS						
Antisocial	23	*13,2 %*	13	*12,7 %*	9	*13,8 %*
Histrionique	**49**	*28,1 %*	**23**	*22,6 %*	**22**	***33,8 %***
Passif Agressif	**39**	*22,4 %*	**28**	*27,5 %*	**10**	***15,4 %***
Explosif	14	*8,1 %*	11	*10,8 %*	3	*4,6 %*
Obsessionnel	14	*8,1 %*	9	*8,8 %*	4	*6,2 %*
Passif Dépend.	24	*13,8 %*	14	*13,7 %*	**10**	***15,4 %***
Cyclothymique	8	*4,6 %*	4	*3,9 %*	4	*6,2 %*
Schizoïde	3	*1,7 %*	0	-	3	*4,6 %*
PERSONNALITÉS						
« Normale »	**146**	***83,9 %***	**86**	***84,3 %***	**55**	***84,7 %***
Antisocial	3	*1,7 %*	1	*1 %*	2	*3,1 %*
Histrionique	2	*1,2 %*	1	*1 %*	0	-
Passif Agressif	4	*2,3 %*	1	*1 %*	**3**	*4,6 %*
Explosif	5	*2,8 %*	**5**	*4,9 %*	0	-
Obsessionnel	**10**	*5,8 %*	**6**	***5,9 %***	**3**	***4,6 %***
Passif Dépend.	3	*1,7 %*	2	*1,9 %*	1	*1,5 %*
Cyclothymique	1	*0,6 %*	0	-	1	*1,5 %*
Schizoïde	0	-	0	-	0	-
SEXE						
Homme	56	*32,2%*	27	*26,5%*	26	*40 %*
Femme	118	*67,8%*	75	*73,5%*	39	*60 %*

Les **tempéraments** curieux, caractérisés par une recherche de nouveauté élevée (A, H, P.A. et E) sont les plus fréquents et représentent 71,8% de l'échantillon total, 73,6% des PCEM2 et 67,6% des TCMG.
Les tempéraments anxieux, caractérisés par un évitement du danger élevé (P.A., E, O, P.D.) semblent un peu plus fréquents parmi les PCEM2 (60,8%) que parmi les TCMG (41,6%).
Le sexe féminin est caractérisé par un évitement du danger plus élevé et il est justement surreprésenté dans le sous-groupe PCEM2.
La **personnalité** « Normale » concerne 83,9% de l'échantillon total, 84,3% des PCEM2 et 84,7% des TCMG. La morbidité théorique des sous-groupes, comprise entre 15,7% (PCEM2) et 15,3% (TCMG), est proche de celle de l'ensemble du groupe.
La personnalité immature la plus fréquente parmi les PCEM2 est le type obsessionnel, le type explosif étant également fréquent.
Deux personnalités immatures sont fréquentes parmi les TCMG, les types passif agressif et obsessionnel compulsif.

Thèse de Frédéric Jumelle © 2005

TEMPÉRAMENTS – COMPARAISON PAR CYCLE (9)



* =NS, différence non significative au seuil de 5%

A=Antisocial ; H=Histrionique ; P. A.=Passif Agressif ; E=Explosif ; O=Obsessionnel ; P. D.=Passif Dépendant.

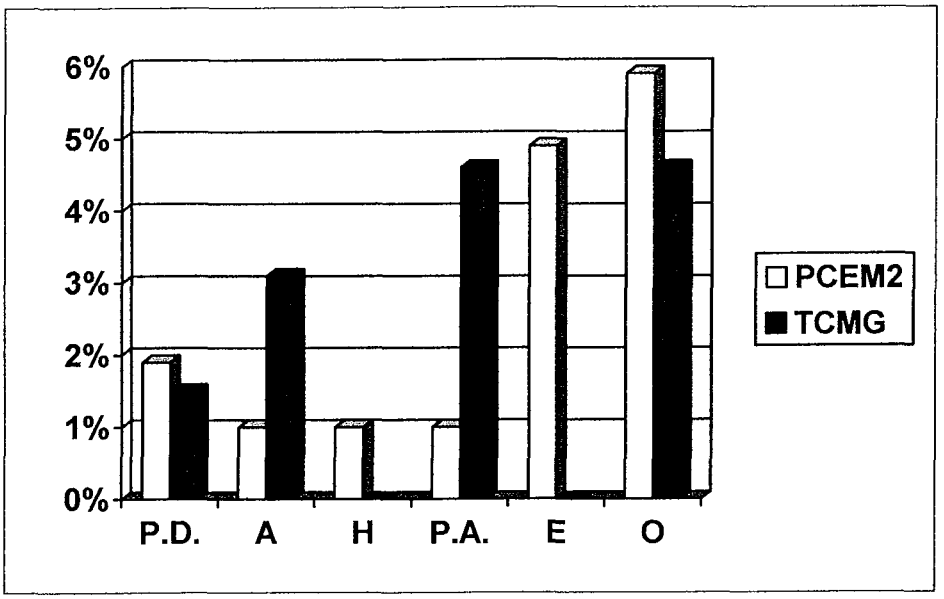
Les tempéraments histrionique (besoin d'admiration et de réussite sociale), passif agressif (désir d'opposition, méfiance envers l'autorité), passif dépendant (dépendance affective aux autres) et antisocial (désir de revanche social) sont, par ordre décroissant, les plus fréquents ceux qui étudient la médecine.

Il n'y a pas de différence significative entre les 2 sous-groupes PCEM2 et TCMG concernant la prévalence du tempérament histrionique ($p=0,11$) et du tempérament passif agressif ($p=0,07$). Même si la prévalence de ces deux tempéraments semblait a priori différente dans chaque sous-groupe.

Thèse de Frédéric Jumelle © 2005

PERSONNALITÉS IMMATURES

COMPARAISON PAR CYCLE (10)



P.D.=Passif Dépendant ; A=Antisocial ; H=Histrionique ; P. A.=Passif Agressif ; E=Explosif ; O=Obsessionnel.

La personnalité immature de type obsessionnel, caractérisé par un besoin pathologique de contrôle, est la plus fréquemment repérée par ce test dans l'échantillon des médecins en formation.

PCEM2 : la personnalité immature de type explosif (borderline), caractérisée par une peur pathologique du rejet, est le second type le plus fréquemment repéré parmi les étudiants de premier cycle.

TCMG : la personnalité immature de type passif agressif, caractérisée par un besoin pathologique d'opposition, et la personnalité de type antisocial, caractérisée par un désir envahissant de revanche sociale, sont les types les plus fréquemment repérés parmi les étudiants de troisième cycle de médecine générale.

Thèse de Frédéric Jumelle © 2005

II-G. DISCUSSION:

II-G.1.Discussion de l'hypothèse principale concernant les étudiants :

II-G.1.1. Discussion portant sur l'ensemble de l'échantillon

Les étudiants en médecine constituent dans leur ensemble un groupe sélectionné et relativement homogène, caractérisé à la fois par une recherche de nouveauté et par une recherche de récompense affective élevées. Ces données sont compatibles avec les attentes médico-psychologiques relatives à la fonction de médecin. Cette fonction est tournée vers la découverte, la démarche scientifique et vers les autres, vers ceux qui souffrent et sont en détresse.
Il existe une variabilité inattendue du score d'évitement du danger qui sépare 2 populations distinctes : les tempéraments curieux (score HA bas) et les tempéraments anxieux (score HA haut).

Les tempéraments anxieux sont beaucoup plus fréquents chez les femmes.
Les tempéraments anxieux sont reconnus pour être d'une part plus aptes que les curieux à l'acquisition de données dans le but de satisfaire à des examens difficiles et d'autre part moins aptes que les curieux à la gestion rigoureuse de la relation avec les patients.
Leur anxiété qui est vécue comme un avantage dans le domaine de l'acquisition de connaissances (révision plus nombreuses, gestion du sommeil, maîtrise du risque...), devient un handicap quand il s'agit de prendre des décisions de vie et de mort (indécision, acharnement thérapeutique, deuil narcissique difficile, insomnies...).

Les tempéraments curieux sont eux plus adaptés à la gestion affective et comptable des dépenses de santé mais certains d'entre eux (comme le tempérament antisocial, qui est plus fréquent dans les spécialités de contact bref avec le patient) peuvent paraître trop détaché vis-à-vis de la souffrance, faire montre d'une certaine froideur.

II-G.1.2. L'analyse des biais

Il y a 3 biais identifiés dans cette étude :

- Le biais de sélection qui concerne le sexe des répondants qui sont plutôt des femmes en PCEM2. Ce biais devrait avoir eu pour conséquence de mettre en évidence une différence entre les PCEM2 et le TCMG concernant le score HA et possiblement RD alors qu'il ne devrait pas y avoir de différence.

- Le biais de sélection qui concerne l'état de santé des non répondants qui sont plutôt des hommes et certainement ceux qui ont des raisons de ne pas remplir un test d'autoévaluation médico-psychologique. Ce biais pourrait avoir eu pour conséquence de sous-estimer la prévalence de certains troubles de la personnalité dans l'échantillon. Mais il pourrait avoir eu pour conséquence d'estimer avec exactitude la maturité de groupe, qui est plus faible chez les malades.

- Le biais de confusion qui concerne l'origine des étudiants. Ils étudient tous la médecine à Nancy. Leur origine (nationale, ethnique, religieuse, sociale...) est probablement plus variée en PCEM2 qu'en TCMG. Les étudiants de Nancy ne sont pas forcément représentatifs de la population des étudiants français.

Thèse de Frédéric Jumelle © 2005

II-G.1.3. La différence de composition entre le groupe des étudiants en médecine en formation (PCEM2) et celui des médecins généralistes en formation (TCMG) est réelle mais il est difficile de la mettre en évidence compte tenu de la taille des 2 sous-groupes et du principe retenu de la participation spontanée basée sur la récompense.

L'analyse de la composition des deux sous-groupes (PCEM2 et TCMG) et leur comparaison statistique en termes de variables obtenues (moyennes et pourcentages) à l'issue du test TCI, ont montré que :

- les résultats obtenus par chaque sous-groupe d'étudiants en médecine en termes de scores bruts (variables quantitatives) obéissent à la loi normale mais n'ont pas montré de différence significative, et les médianes dans les deux sous-groupes sont également comparables ;

- la différence attendue en ce qui concerne la recherche de nouveauté (NS), compte tenu de la différence d'âge, n'est pas constatée. Il pourrait y avoir eu une sélection d'individus ayant une recherche de nouveauté très élevée en faveur du sous-groupe TCMG. Il se peut également que les médecins généralistes en formation aient une très forte recherche de nouveauté dans cet échantillon. Cette caractéristique est difficilement compatible avec la médecine de famille mais est compatible avec la médecine d'urgence. Il se peut également que ce soit plutôt les étudiants en recherche de nouveauté qui aient répondu au test. Cette donnée de soumission est toutefois peu compatible avec un tempérament désordonné;

- il existe une différence apparente entre l'évitement du danger (HA) moyen des deux sous-groupes mais elle n'est pas significative au seuil de 5%. Et il faut ici répéter que le sous-groupe PCEM2 n'est pas représentatif de la population du PCEM2 en matière de proportion de femmes dans l'échantillon. Il y a une surreprésentation féminine et en conséquence une exagération probable de l'évitement du danger moyen du sous-groupe des PCEM2. Il ne devrait pas y avoir de différence d'évitement du danger car seul le sex-ratio ou l'état d'esprit l'influencent ;

- il est possible de dire que le groupe général des étudiants et les 2 sous-groupes PCEM2 et TCMG sont très proches, aussi bien dans le cadre d'une comparaison horizontale score par score, que dans celui d'une comparaison verticale tempérament par tempérament ;

- la comparaison des deux sous-groupes concernant la répartition des pourcentages (variables qualitatives) de chacun des 8 tempéraments de Cloninger, le pourcentage représentant les individus « normaux » et la répartition des pourcentages de chacun des 8 personnalités immatures n'a pas montré de différence significative. Les différences apparentes concernant les tempéraments histrionique et passif agressif ne sont pas significatives au seuil de 5% et sont probablement le résultat de l'exagération de HA chez les PCEM2.
  Ainsi, la population des médecins en formation est une population assez homogène en termes de profil psychologique ;

- la prévalence théorique de la personnalité immature de type obsessionnel compulsif est la plus élevée parmi celles des personnalités repérées dans cette

Thèse de Frédéric Jumelle © 2005

population de médecins en formation. C'est une personnalité compatible avec la précision scientifique des études médicales mais qui est peu compatible avec les valeurs altruistes nécessaires à une relation médecin/malade de qualité. C'est un facteur de risque sérieux de dépression et de suicide.

- La prévalence théorique de la personnalité immature de type antisocial est élevée dans la population masculine des médecins. C'est une personnalité compatible avec les vertus d'indépendance et d'autonomie de la médecine libérale mais qui peut entraîner des tensions relationnelles importantes. C'est un facteur de risque sérieux d'addiction et de transgression des lois.

- La prévalence théorique de la personnalité immature de type explosif (borderline) est élevée dans la population féminine des médecins. C'est une personnalité également peu compatible avec l'autorité et qui pourra trouver sa place dans un exercice libéral tant qu'il n'y a pas de conflit. C'est un facteur de risque sérieux pour les troubles addictifs et la dépression. C'est aussi une personnalité qui est souvent associée à d'autres troubles de l'axe I comme à ceux de l'axe II.

Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les scores et profils psychologiques moyens des 2 sous-groupes d'étudiants alors qu'il existe bien une différence de composition entre ces groupes. Les PCEM2 sont présumés être destinés à toutes les spécialités médicales et chirurgicales alors que les TCMG sont tous de futurs médecins généralistes. Cette différence de composition est toutefois attestée par la distribution des tempéraments qui est plus variée en PCEM2 qu'en TCMG. Mais le tempérament moyen des TCMG est plus proche de ce qui est habituellement attendu dans la fonction de médecin (NS, ha, RD), ce qui donne des indications favorables sur le processus éducatif dont ils sont issus. L'objectif principal de description a été atteint.

L'hypothèse principale doit par contre être récusée, il n'y a pas de différence entre les deux sous-groupes d'étudiants concernant NS et SD+C. La recherche de nouveauté est aussi forte en troisième cycle qu'en premier cycle contrairement à ce qu'il était logique d'attendre. Il faut toutefois préciser que la baisse de celle-ci n'est vraiment significative qu'après 25 ans. La maturité globale SD+C est aussi forte en premier qu'en troisième cycle. Cette donnée pourrait signifier que les étudiants de premier cycle sont très brillants et matures et donc faire penser qu'ils ont été correctement sélectionnés par le concours d'entrée de première année.

Il se peut néanmoins que les échantillons soient trop petits ou les biais trop importants pour démontrer une différence qui existerait bel et bien entre les deux groupes. Auquel cas, il serait nécessaire de réitérer l'expérience tout en sachant qu'en France la participation n'excède traditionnellement pas 50%.

Il se peut aussi qu'il n'y ait pas de différence entre le PCEM2 et le TCMG. Auquel cas, cela pourrait vouloir dire soit que seuls des candidats PCEM2 à la médecine générale ont pris la peine de remplir le questionnaire, soit que l'université de Nancy ne sélectionne, n'éduque ou n'attire que des candidats à la médecine générale. Cette dernière hypothèse est à confronter au classement des étudiants de Nancy aux épreuves nationales.

Thèse de Frédéric Jumelle © 2005

II-G.2. Discussion de l'hypothèse alternative à partir de la comparaison du groupe des étudiants en médecine avec la population générale française dont ils sont issus et dans laquelle ils seront amenés à exercer: [25]

n=nombre	**Etudiants** (n=174)	*Hommes moyenne (n=56)*	*Femmes moyenne (n=118)*	**Population générale** (n=602)	*Hommes moyenne (n=263)*	*Femmes moyenne (n=339)*
Âge moyen (années)	**22,2**	*23*	*21,8*	**46,5**	*46,3*	*46,7*
Recherche de nouveauté (NS)	**19,5***	*20,4*	*19,0*	**16,4***	*16,5*	*16,3*
Besoin de changement (NS1)	6,8	*6,9*	*6,7*	5,3	*5,4*	*5,2*
Impulsivité (NS2)	3,9	*4,1*	*3,8*	3,6	*3,6*	*3,6*
Dépenses (NS3)	4,8	*4,8*	*4,9*	4,2	*4,1*	*4,2*
Anti-conformisme (NS4)	4,0	*4,7*	*3,7*	3,4	*3,4*	*3,3*
Évitement du danger (HA)	**16,5*****	*12,3*	*18,5*	**16,1*****	*14,5*	*17,5*
Inquiétude (HA1)	4,5	*3,4*	*5,1*	4,5	*4,0*	*5,0*
Peur de l'inconnu (HA2)	4,2	*2,9*	*4,8*	4,4	*4,0*	*4,7*
Timidité (HA3)	4,2	*3,3*	*4,6*	3,8	*3,3*	*4,2*
Fatigabilité (HA4)	3,6	*2,7*	*4,0*	3,4	*3,2*	*3,6*
Dépendance à la récompense (RD)	**16,8***	*15*	*17,6*	**14,2***	*13,4*	*14,9*
Sentimentalité (RD1)	7,1	*6,3*	*7,4*	6,9	*6,3*	*7,3*
Attachement affectif (RD2)	5,6	*4,8*	*5,9*	4,3	*4,2*	*4,4*
Besoin de soutien (RD4)	4,2	*3,9*	*4,3*	3,0	*2,9*	*3,1*
Persistance (P)	**5,5***	*5,2*	*5,6*	**4,6***	*4,7*	*4,6*
Autodétermination (SD)	**32,8****	*32,8*	*32,8*	**31,9****	*32,7*	*31,4*
Sens des responsabilités (SD1)	6,6	*6,7*	*6,6*	6,0	*6,1*	*5,8*
Volonté d'aboutir (SD2)	6,2	*6,1*	*6,2*	5,3	*5,5*	*5,1*
Ressources individuelles (SD3)	3,8	*3,9*	*3,8*	3,5	*3,6*	*3,4*
Acceptation de soi (SD4)	7,2	*6,9*	*7,3*	8,0	*8,0*	*8,0*
Habitudes bénéfiques (SD5)	9,0	*9,2*	*8,9*	9,2	*9,4*	*9,0*
Maturité sociale (C)	**33,7***	*33,8*	*33,6*	**31,7***	*31,3*	*32,0*
Tolérance sociale (C1)	6,9	*6,8*	*6,9*	6,7	*6,7*	*6,8*
Empathie (C2)	5,4	*5*	*5,6*	4,6	*4,4*	*4,7*
Solidarité (C3)	6,4	*6,6*	*6,3*	5,7	*5,6*	*5,8*
Indulgence (C4)	7,6	*7,8*	*7,4*	7,7	*7,7*	*7,7*
Probité (C5)	7,4	*7,5*	*7,4*	6,9	*6,7*	*7,0*
Transcendance (ST)	**11,2***	*11,7*	*10,9*	**13,7***	*13,0*	*14,2*
Sens du spirituel (ST1)	4,1	*3,8*	*4,2*	5,2	*5,1*	*5,3*
Détachement de soi (ST2)	4,6	*5,3*	*4,3*	3,8	*3,6*	*3,9*
Croyance universelle(ST3)	2,4	*2,6*	*2,4*	4,7	*4,3*	*5,0*

* différence significative p<0,0001 ** différence significative p<0,05
*** différence non significative p=0,42

Thèse de Frédéric Jumelle © 2005

II-G.2.1. Précautions :
Il va de soi qu'il ne faut comparer que ce qui est comparable. Toutefois et dans l'attente de données d'une meilleure qualité, nous avons procédé à la comparaison de deux groupes qui seront ici considérés comme représentatifs de la population dont ils sont issus. Le but de cette comparaison n'est pas formellement statistique mais sert plutôt de support à une analyse proto-sociologique et comportementale des relations entre ces 2 groupes, compte tenu des résultats obtenus par ces 2 groupes lors des sondages opérés en 2000 sur la population générale et en 2005 sur les étudiants.

II-G.2.2. La différence de composition entre les deux groupes : le groupe des étudiants en médecine en formation et l'échantillon représentatif de la population générale française est significative.
L'analyse de la composition des deux groupes (étudiants, population) et leur comparaison statistique en termes de variables obtenues (moyennes et pourcentages) à l'issue du test TCI, ont montré que :

- les résultats obtenus par chaque groupe en termes de scores bruts obéissent à une loi normale et ont montré une différence statistiquement significative dans tous les scores à l'exception de l'évitement du danger (HA) qui est similaire dans les deux populations et qui pourrait être considéré comme un marqueur structurel de la population française ;
- la répartition des pourcentages de chacun des 8 tempéraments de Cloninger dans chaque groupe, le pourcentage représentant les individus « normaux » et la répartition des pourcentages dans chaque groupe de chacun des 8 personnalités immatures obéissent à une loi normale et ont montré une différence significative lors de la comparaison des deux groupes de population.

Médecins : Le profil moyen de l'étudiant en médecine est le tempérament passif agressif (NS+HS+RD), un tempérament qui est caractérisé sur un besoin d'opposition et le rejet de l'autorité autant qu'une tendance à se considérer comme victime de la malveillance des autres. La morbidité théorique est de 16,1%.

Population : Le profil moyen de tempérament de la population française est le tempérament explosif ou borderline ou émotionnellement labile (NS+HA+rd). Ce tempérament est caractérisé par la peur du rejet, les comportements auto-agressifs, hétéro-agressifs et addictifs, des difficultés dans la coopération et la concentration, une co-morbidité psychiatrique élevée. La morbidité théorique est de 24%. [25]

La différence de composition observée entre les deux groupes concerne d'abord le score de recherche de récompense affective (RD), qui est fort chez les médecins et faible dans la population générale. Cette différence pourrait être expliquée par les modalités de sélection qui opèrent entre les deux groupes compte tenu de l'image sociale de la médecine, de la promotion sociale qu'elle permet, des revenus qu'elle apporte, de la responsabilité et de la reconnaissance qu'elle fournit.
La différence pour le score NS reflète la différence d'âge moyen entre les deux groupes.

La différence de composition concerne également la maturité globale (SD+C) qui est plus forte chez les médecins. La maturité globale est la somme de la motivation

Thèse de Frédéric Jumelle © 2005

intrinsèque, la force du moi, et des capacités intellectuelles et de coopération sociale nécessaires, par exemple, à la réussite du concours de première année de médecine. Cette différence de maturité observée entre les deux populations explique le surcroît de morbidité théorique retrouvé en population générale.

II-G.2.3. Cette analyse de la différence de composition des deux groupes apporte des informations essentielles concernant la relation médecin/malade en France.

Elle situe avant tout les enjeux de cette relation au niveau de la recherche de récompense affective, forte chez les médecins ce qui les rend susceptibles au rejet, et faible dans la population générale ce qui la rend peu coopérante aux prescriptions médicales.
Elle situe aussi le cadre commun de cette relation comme celui d'une anxiété généralisée qui consiste en un évitement élevé du danger et de la douleur, et qui n'est pas propice à une gestion comptable de la santé. Les médecins devraient pouvoir utiliser leur maturité forte pour maîtriser les dérives anxieuses de la population, mais ils se heurtent au principe de précaution et à ses injonctions contradictoires.

Cette analyse médico-psychologique s'appuie sur une base chiffrée et va dans le même sens que les analyses citées en références. [32] [33] [34] [35]

II-G.3. Comparaison des résultats obtenus par tous les étudiants en médecine en formation à Nancy avec ceux obtenus par un échantillon représentatif de jeunes français niveau Bac et plus : [25]

II-G.3.1. Précaution : Cette comparaison est de type informatif.

	Etudiants en médecine H+F	**Jeunes français de niveau Bac+ H+F**
Age	22,2	23,97
n	174	37
NS	**19,4**	**17,9**
HA	16,5	15,6
RD	**16,8**	**14,9**
P	5,5	4,5
SD	32,8	31,4
C	33,7	32,1
ST	11,2	12,5

H+F=hommes et femmes ; n=nombre ; NS=recherche de nouveauté ; HA=évitement du danger ; RD=recherche de récompense ; P=persistance ; SD=autodirectivité ; C=coopération sociale ; ST= autotranscendance.

Thèse de Frédéric Jumelle © 2005

II-G.3.2. Comparaison :

Elle montre que les français qui ont un niveau d'étude supérieur au baccalauréat ont obtenu des scores différents de ceux des étudiants en médecine, et par ailleurs plus proches de ceux obtenus par la population générale française de référence.

Cette analyse apporte des indices qui pourraient confirmer l'adéquation de la sélection et la spécificité de la population des étudiants en médecine par rapport à la population générale française.

II-G.4. Comparaison des résultats de l'échantillon des étudiants en médecine en formation à Nancy avec ceux d'un échantillon d'étudiants en médecine américains : [26]

II-G.4. 1. Précautions :

Cette comparaison est de type informatif. Elle doit tenir compte des différences socioculturelles qui existent entre la France et les USA (NS plus fort et HA plus faible) et qui ont un impact réel sur les scores obtenus par les deux groupes.

	Etudiants en médecine Université de Chicago H+F	**Etudiants en médecine Université de Nancy H+F**
Age	27,5	22,2
Nombre	406	174
Hommes %age	236 – 58,1%	56 – 32,2%
Femmes %age	156 – 38,4%	118 – 67,8%
NS	20,9	19,5
HA	**12,2**	**16,5**
RD	17,0	16,8
P	5,8	5,5
SD	34,1	32,8
C	34,9	33,7
ST	13,6	11,2

H+F=hommes et femmes ; n=nombre ; NS=recherche de nouveauté ; HA=évitement du danger ; RD=recherche de récompense ; P=persistance ; SD=autodirectivité ; C= coopération sociale ; ST= autotranscendance.

II-G.4. 2. Comparaison :

Les scores obtenus par les résidents de Nancy sont assez proches de ceux obtenus par les internes américains. Les internes américains testés sont plus âgés, ils ont un score d'anxiété (HA) plus bas que les français, une différence qui est retrouvée dans l'ensemble de la population générale américaine et elle donne à l'interne américain plutôt un tempérament de type histrionique. Ce type est plus adapté à la fonction que le type passif agressif retrouvé en France.

Thèse de Frédéric Jumelle © 2005

II-G.5. Comparaison des résultats des résidents en médecine en formation à Nancy 1 avec ceux des internes américains inscrits en « primary care specialties » à Chicago: [26]

II-G.5.1. Précautions :

Cette comparaison est de type informatif. Elle tient compte des remarques déjà exposées à propos des différences socioculturelles qui existent entre la France et les USA, et qui ont un impact réel sur les scores obtenus par les deux groupes.

	Résident Médecine Nancy 1	**Médecine de famille USA**	**Médecine Interne USA**	**Pédiatrie générale USA**
NS	19,5	18,4	18,2	19,9
HA	**16,5**	**10,1**	**14,4**	**12,2**
RD	16,8	17,8	16,6	18,7
P	5,5	6,2	5,8	6,1
SD	32,8	37,5	33,3	36,9
C	33,7	37,2	33,7	36,6
ST	11,2	16,0	15,0	13,5

NS=recherche de nouveauté ; HA=évitement du danger ; RD=recherche de récompense ; P=persistance ; SD=autodirectivité ; C=coopération sociale ; ST=autotranscendance.

II-G.5.2. Comparaison :

Les scores obtenus par les résidents de Nancy sont proches de ceux obtenus par les internes de Médecine interne américains.

Mais compte tenu de la différence identifiée concernant le score d'anxiété (HA), les résultats des résidents sont à considérer comme proches de ceux des trois filières américaines de premiers recours que sont la médecine de famille, la médecine interne et la pédiatrie générale. Il serait logique de former ensemble tous les étudiants destinés à ces trois filières. Les efforts qui ont abouti à la mise en place d'une filière de médecine générale spécialisée vont dans ce sens mais semblent insuffisants.

Le choix de spécialité aux Etats-Unis, comme dans d'autres pays mais au contraire du système français, est basé sur la motivation et l'engagement individuel. De ce fait, il y a de meilleures chances pour que les tempéraments décrits dans ces pays soient plus proches des nécessités des spécialités choisies.
La participation à ce sondage de Cloninger en 2004 est d'ailleurs exemplaire, elle atteint 74,6% des étudiants. Un tel résultat est à méditer car il pourrait aussi refléter la satisfaction des étudiants qui font le métier qu'ils veulent et qu'ils ont pu choisir librement.

Thèse de Frédéric Jumelle © 2005

II-G.6. Comparaison des résultats des résidents en médecine en formation à Nancy 1 avec ceux des internes américains inscrits en « primary care or surgical specialties » : [26]

II-G.6.1. Précautions :

Cette comparaison est de type informatif. Elle tient compte des remarques déjà exposées à propos des différences socioculturelles qui existent entre la France et les USA, et qui ont un impact réel sur les scores obtenus par les deux groupes.

	Résident Médecine Nancy 1	**Médecine Urgences USA**	**Chirurgie générale USA**	**Gynécologie Obstétrique USA**
NS	19,5	22,9	21,4	21,3
HA	**16,5**	**8,5**	**9,6**	**14,1**
RD	16,8	17,3	15,8	17,5
P	5,5	5,3	6,3	6,2
SD	32,8	34,9	35,4	35,2
C	33,7	35,9	34,0	36,3
ST	11,2	15,1	12,0	13,6

NS=recherche de nouveauté ; HA=évitement du danger ; RD=recherche de récompense ; P=persistance ; SD=autodirectivité ; C=coopération sociale ; ST=autotranscendance.

II-G.6.2. Comparaison :

Les scores obtenus par les résidents de Nancy sont assez proches de ceux obtenus par les internes en gynécologie/obstétrique américains, mais très différents des scores obtenus par les internes en service d'urgence et en chirurgie générale.
Cette analyse apporte des informations importantes quant à l'inadéquation de notre système qui ne forme pas les urgentistes comme des spécialistes à part entière. Les médecins qui sont tentés par l'urgence sortiront du pool de la médecine générale après avoir fait l'expérience de l'ennui. Un ennui qui peut conduire à la dépression et à l'usage de toxiques.

Il faut répéter que le choix de spécialité aux Etats-Unis comme dans d'autres pays est basé sur la motivation et l'engagement individuel, il y a donc de meilleures chances que les tempéraments décrits soient ceux qui sont les plus adaptés aux spécialités choisies.

Une mesure qui consisterait à former les urgentistes précocement (dès la deuxième année de médecine générale par exemple) éviterait l'ennui et ses complications éventuelles à ces médecins.

Thèse de Frédéric Jumelle © 2005

II-G.7. Analyse et discussion sociologique des résultats

Nous pensons que notre analyse des résultats est restée au niveau proto-sociologique dans le sens où il ne s'agissait pas de faire une thèse de sociologie et que les moyens mis à notre disposition pour cette étude ont été trop limités pour permettre une analyse vraiment sociologique des résultats.

II-G.7.1. Discussion sociologique et éléments d'analyse des implications sociales :

La discussion sociologique qui suit s'est appuyée sur le postulat que l'analyse de l'échantillon vaut recensement de la population des médecins en formation.

Sur la base de cet équivalence, il est possible d'attribuer à cette thèse une première utilité sociale qui est celle de remettre en cause la réputation « inoxydable » des médecins, professionnels de la santé toujours en bonne santé. Elle a révélé l'existence théorique de personnalités immatures dans une population de jeunes médecins en formation. Elle a nommé ces personnalités et décrit les contours de la population étudiée. Elle a apporté des données chiffrées qui peuvent servir de point de départ à une discussion plus approfondie sur le sujet dérangeant de la santé des médecins. La morbidité psychiatrique des médecins peut être raisonnablement expliquée par la prévalence théorique de personnalités immatures dans ce groupe. Cette prévalence est forte et pourrait être inquiétante si l'évaluation clinique des sujets dépistés venait à la confirmer. Les personnalités immatures de type obsessionnel, celles de type antisocial chez l'homme et celles de type explosif chez la femme ont été les plus fréquemment repérées chez les médecins. Il est donc possible de douter de la capacité des médecin-malades à jouer leur rôle et à traiter correctement les patients qui souffrent ou demandent simplement de l'aide. La population des médecins ne semble pas beaucoup plus « saine » que la population générale et devrait donc faire l'objet d'une évaluation médico-psychologique, au moins initiale, dans le sens où les médecins sont désignés par la société pour effectuer un contrôle social et moral sur ladite société.

La seconde utilité sociale de cette thèse est de décortiquer la relation médecin/malade d'un point de vue psychosocial, à la suite de l'identification des tempéraments et des personnalités de Cloninger repérés chez les médecins. D'abord, la confrontation de personnalités pathologiques est inévitable dans une société qui recense théoriquement 24% de personnalités immatures en population générale et 16% chez ses médecins. Les personnalités repérées chez les médecins, les types obsessionnel-rigide, antisocial-détaché et explosif-borderline, ne peuvent que générer des conflits. Dans l'hypothèse où les cas repérés soient confirmés par la clinique, il faut préciser que ce sont des troubles graves qui s'appuient sur des schémas cognitifs très solides et rendent les comportements rigides. Ces personnes sont aussi très résistantes au traitement tant elles sont persuadées d'avoir raison et perçoivent leurs schémas pathologiques comme faisant partie de leur identité. Elles ne se remettent pas en question et ont tendance à chercher à imposer aux autres leur vision tronquée et dysfonctionnelle du monde. Ainsi, les troubles de la personnalité devraient être repérés, les sujets repérés convoqués en entretien et les sujets malades invités à se traiter.

Si l'on considère par ailleurs la simple confrontation des tempéraments normaux identifiés chez les médecins avec ceux identifiés dans la population française, il est possible d'en faire une interprétation psychosociale qui serve la profession et la société. Le tempérament moyen du médecin est le tempérament passif agressif caractérisé par une méfiance envers

Thèse de Frédéric Jumelle © 2005

l'autorité et un besoin d'opposition. Le tempérament moyen de la population est le tempérament explosif ou émotionnellement labile caractérisé par une peur du rejet. La relation qui met en dyade un opposant avec un anxieux du rejet est forcément à l'origine d'un certain degré de dysfonctionnement. Elle s'apparente à la relation qui a été décrite entre le parent punitif et l'enfant vulnérable. Les schémas cognitifs mis en œuvre entre ces deux modes pourraient être analysés dans le cadre de toute relation médecin/malade et faire l'objet d'un protocole théorique à l'usage des médecins. Ce type de protocole relationnel pourrait aussi être intégré dans une formation spécifique des médecins visant à la maîtrise des dysfonctionnements prévisibles de la relation médecin/malade.

II-G.7.2. Bilan autocritique et traduction pré-opérationnelle des résultats :

Cette étude, il fallait la faire. Il semblait souhaitable d'ouvrir une fenêtre sur cette complexité que constitue l'équilibre psychologique du soignant confronté à la misère des autres qu'il prend en charge, et s'il n'y prend garde prend à sa charge.
Il semblait également intéressant de se livrer à une tentative de compréhension/explication holistique de certains aspects de la condition étudiante, avec ce qu'il faut de narcissisme. Et au-delà de cette possible fonction cathartique, il fallait aussi faire ce travail pour les autres (la profession, les confrères, les maîtres, la communauté scientifique, le public, les malades etc.) ; et pas seulement parce que c'est une première, mais parce que c'est une tentative de rupture de l'isolement disciplinaire, de préparation de collaborations interdisciplinaires et d'éclairage de l'action collective dans les champs de la santé et de la médecine. Cette étude pourrait servir de point de départ à une réflexion pragmatique sur la santé des étudiants et des médecins.

Cette thèse nous a demandé de l'engagement et du courage, celui d'une part d'affronter nos convictions et d'autre part celui d'affronter nos propres peurs et blessures.
Nous avons dû lutter contre notre réticence naturelle envers le courant actuel qui cherche à évaluer tout et parfois n'importe quoi.
Nous avons dû lutter contre la maîtrise complète des données, nous avons dû lâcher prise à un moment où l'illusion de tenir une vérité nous passait par l'esprit.
Nous avons dû nous garder de juger nos confrères alors que nous détenions des informations sur leur profil psychologique théorique.
Mais nous avons aussi regretté de ne pas pouvoir aller plus loin dans l'analyse sociologique des résultats par manque de moyen et par insuffisance de formation. Il y a dans le champ de la santé une composante sociologique si vaste qu'il nous semble presque indécent que les médecins en soient tenus à l'écart.

Cette thèse pourrait être une chance pour la profession, une chance de s'ouvrir au monde, d'avouer ses faiblesses, de rompre la solitude du soignant. Elle pourrait être aussi l'occasion de replacer le professionnel dans un univers concret, sa pratique dans une logique pragmatique, de remiser enfin les attributs magico-religieux qui ont été à l'origine de la profession mais qui ne la servent plus.

Cette thèse évoque enfin un sujet dérangeant, peut-être tabou, le caractère iatrogène de la personnalité du médecin. Le médecin fait partie du soin, il se prescrit comme un médicament et pour le faire bien, il doit se connaître, s'aimer, faire preuve de tolérance et d'empathie avec lui-même avant d'être capable de le faire avec les autres. Il ne faut jamais oublier que la maladie est surtout une construction sociale avant d'être, quelquefois, une réalité biologique.

Thèse de Frédéric Jumelle © 2005

II-H. CONCLUSION DE L'ÉTUDE

II-H.1. Concernant les étudiants en médecine

C'était la première étude de repérage faite en France sur des médecins en formation selon une méthode biopsychosociale. Cette étude transversale a concerné 174 répondants sur une population de 454 candidats, le taux de réponse global a été de 38%, le sex-ratio de 2,1 femmes pour 1 homme. 146 personnalités normales et 28 personnalités immatures ont été repérées, soit une morbidité théorique instantanée de 16,1%.
Cette étude a mis en évidence les tempéraments spécifiques des 174 médecins en formation : le médecin standardisé est de type passif agressif, l'homme médecin étant plutôt de type histrionique ou antisocial et la femme médecin étant plutôt de type passif agressif ou passif dépendant. Le tempérament du français moyen standardisé (échantillon Sofres 2000) était déjà identifié comme explosif (borderline).
Parmi les 28 personnalités immatures repérées, la personnalité obsessionnelle a été la plus fréquente.

II-H.2. Concernant la relation médecin/malade

La prévalence théorique des personnalités immatures donnée par cette étude a été de 16,1%, elle est inférieure à celle obtenue dans l'échantillon de population générale française testée par Pélissolo en 2000 (24%).
Ces résultats permettent d'approcher une compréhension de la forte morbidité psychiatrique des médecins. Les troubles de l'axe I identifiés et décrits par les récents rapports 2003 et 2004 de la Carmf pourraient être rattachés aux personnalités immatures repérées dans cette étude si la clinique venait à les confirmer chez ces futurs médecins. L'avenir des pathologies psychiatriques chez les médecins semble être assuré si rien n'est fait pour dépister, poser le diagnostic et traiter les troubles de la personnalité.

Ces résultats permettent aussi d'appréhender les modalités de communication mises en œuvre dans le cadre de la relation médecin/malade et les éventuels dysfonctionnements de cette relation qui résulteraient de la confrontation de personnalités en souffrance.
Il est ici raisonnable de penser que la société puisse connaître l'état de santé physique et mentale de ses médecins, comme elle devrait l'être des autres entrepreneurs moraux : juges, policiers, responsables du culte et enseignants.
Cette disposition n'est pourtant pas applicable en l'état car elle viendrait enfreindre le code de déontologie médicale et ses articles concernant le respect du secret médical.

Mais il n'est pas interdit de réfléchir à l'avancée sociale que pourrait constituer l'évaluation systématique de la santé mentale des personnes amenées à effectuer un contrôle social et moral sur autrui.

Le principe de l'autoévaluation par des tests de repérage, comme le TCI, pourrait être retenu pour son innocuité.

Thèse de Frédéric Jumelle © 2005

III- CONCLUSION GÉNÉRALE :

III-A. PERSPECTIVES

(1) Qualité des soins : Les troubles de la personnalité sont souvent basés sur des schémas précocement acquis qui entraînent souvent des dysfonctionnements importants et durables des modes de communication de sorte qu'ils peuvent affecter la qualité des soins apportés aux malades.

(2) Conséquences : Les troubles de la personnalité et les affections psychiatriques qui leur succèdent ou s'y associent, ont un impact négatif sur la relation médecin/malade et représentent un risque tant d'un point de vue thérapeutique qu'économique.

(3) Fréquence : Les troubles de la personnalité sont en théorie fréquents. La méthode du TCI de Cloninger a permis d'approcher la prévalence théorique des personnalités immatures dans la population générale française (24% en 2000) et dans une population d'étudiants en médecine (16,1% dans cette étude). Par ailleurs, les affections psychiatriques sont la première cause d'invalidité des médecins français et leur second motif d'arrêt de travail.

(4) Gravité : Les troubles de la personnalité sont graves et constituent des facteurs de risque reconnus de présenter, en incidence vie entière, des troubles psychiatriques de l'axe I du DSM IV ou du chapitre V (F) de la CIM 10. Un médecin-malade n'est plus un médecin traitant car « le médecin fait partie du soin, il se prescrit comme un médicament ». (Balint)

(5) Autres expériences similaires : Des études de prévalence théorique des tempéraments et des personnalités immatures utilisant le TCI de Cloninger, ont déjà été réalisées sur des médecins, aux Etats-Unis par exemple, dans le but d'améliorer les modalités de choix professionnel des étudiants et aussi les pratiques professionnelles.

(6) Intervention : Le groupe professionnel a obtenu avec cette étude des données théoriques concernant l'état de santé et les modalités de fonctionnement des médecins en formation. Il pourrait chercher à les confirmer et, le cas échéant, modifier légitimement et durablement les modalités de sélection (évaluation psychologique) et de formation (à la gestion des conflits) des futurs médecins.

(7) Solution : Il existe des moyens efficaces de traitement des troubles de la personnalité (thérapies cognitives et comportementales, thérapies des schémas). Il existe des modalités de formation à la gestion des conflits.

(8) Pertinence : Cette étude transversale a évalué théoriquement les tempéraments et les personnalités immatures présents chez les médecins. La prévalence théorique des personnalités immatures a été de 16,1% dont 40% d'obsessionnel compulsif. Il n'a pas été question de poser des diagnostics, l'évaluation clinique du sujet repéré est la seule procédure en mesure de poser un diagnostic. Le tempérament normal moyen a été de type passif agressif. La variabilité tempéramentale est plus faible chez les médecins que dans la population générale. Les médecins forment probablement une population spécifique qui a des modalités de communication spécifiques. Ces modalités ont pu être approchées à l'aide des études et ouvrages consultés dans le domaine des psychothérapies cognitives et

Thèse de Frédéric Jumelle © 2005

comportementales. Ces thérapies offrent l'avantage de proposer des modalités thérapeutiques en ce qui concerne les troubles de la personnalité.

(9) Difficultés : ont été de 3 ordres :

- les étudiants en médecine comme les médecins n'aiment pas la contrainte et ont fait preuve de méfiance vis-à-vis de cette étude;
- ils se décrivent sûr d'eux voire infaillibles et ont été un peu hostiles à cette étude. Leur participation a été bien inférieure à celle des études américaines ;
- nous avons espoir que les résultats de cette étude seront pris en compte.

Le but de cette thèse tant dans sa fonction de recherche que dans sa fonction d'audit a été atteint.
Elle a apporté des informations pertinentes concernant les tempéraments de médecins en formation et la prévalence des personnalités immatures dans cette population.
Elle a apporté des informations pertinentes et fait des propositions pragmatiques concernant l'évaluation, la sélection et la formation des étudiants en médecine.
Elle a apporté des informations pertinentes concernant les modalités de fonctionnement de ce groupe professionnel au sein d'une société qui l'utilise à des fins de contrôle.
Les étudiants dépistés avec une personnalité immature devraient faire l'objet d'une convocation à un entretien. L'évaluation clinique est la seule procédure permettant de poser un diagnostic mais elle n'a pas été prévue par le protocole de cette étude.
Les résultats, malgré leur caractère théorique, vont dans le sens d'une nouvelle hypothèse qui voudrait que l'évaluation clinique des personnalités immatures repérées par le TCI soit faite, et que le traitement des troubles avérés soit systématiquement proposé. Cette attitude pragmatique pourrait avoir un impact significatif sur la qualité de vie de ces futurs médecins, sur la gestion affective de la relation médecin/malade et finalement sur la qualité et le coût des soins.
Cette nouvelle hypothèse pourrait être en partie testée lors d'une intervention sur le sous-groupe des PCEM2.

III-B. PROPOSITION D'UNE ÉTUDE LONGITUDINALE PROSPECTIVE CONCERNANT LES ÉTUDIANTS EN PCEM2

L'intervention pourrait consister à suivre et à former à la gestion des conflits les étudiants de PCEM2 ayant un tempérament normal et à convoquer pour une évaluation clinique puis à faire des propositions de traitement, le cas échéant, à ceux qui ont été repérés comme immature.
Ce suivi se ferait jusqu'en DCEM4 et serait l'objet chaque année d'un protocole comprenant un TCI, un questionnaire sociologique et, le cas échéant, une évaluation clinique.
Les problèmes éthiques posés par cette nouvelle étude devraient bien sûr être discutés entre les étudiants et les autorités universitaires, et faire l'objet d'un accord.

Thèse de Frédéric Jumelle © 2005

IV- REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

(Par ordre d'apparition chronologique dans le document)

1. Matillon Y. *L'évaluation des pratiques professionnelles en médecine ambulatoire L'audit médical*, Paris : ANAES, 1993.
2. Bouet P, Bernard-Catinat M, Delga ME, Grillet G, Monier B, Pouillard J. *Liberté d'installation, liberté d'exercice Quelle médecine pour quels médecins ?* Rapport de la Commission nationale permanente adopté lors des Assises du Conseil national de l'Ordre des médecins du 14 juin 2003.
3. Féline A., Guelfi JD, Hardy P. *Les troubles de la personnalité*, Paris : Médecine-Sciences Flammarion, 2002.
4. Chanoit PF, Lermuzeaux Ch. *Sociogénèse des troubles mentaux*, Paris : EMC-Psychiatrie, 1995.
5. Lansier C, Olivier-Martin R, *Personnalités pathologiques*, Paris : EMC-Psychiatrie, 1993.
6. Debray Q, Nollet D. *Les personnalités pathologiques - Approche cognitive et thérapeutiques*, Paris : Masson, 2001.
7. Fontaine O, Cottraux J, Ladouceur R. *Cliniques de thérapie comportementale*, Liège : Pierre Mardaga Éditeur, 1989.
8. Brusset B. *Le développement libidinal*, Paris : PUF, 1992.
9. Moreno, JL. *Psychothérapie de groupe et psychodrame*, Paris : PUF-Quadrige, 1970.
10. Guelfi JD, Pull CB. *DSM IV - Critères diagnostiques en version française*, Paris : Masson 1996.
11. Baud F. *Physionomie et caractère*, Paris : PUF, 1954.
12. Delay J. *La psycho-physiologie humaine*, Paris : PUF, 1951.
13. *Les neuro-médiateurs*, Confrontations Psychiatriques N° 22, Paris : Spécia, 1983.
14. Prades J. *Durkeim*, Paris : PUF, 1990.
15. Mormin G, Viguier R. *Adler et l'Adlerisme*, Paris : PUF, 1990.
16. Laffont-Bompiani. *Le nouveau dictionnaire des œuvres 1994* et Dictionnaire *des auteurs1990*, Paris : Robert Laffont Bouquins.
17. Samak FH. *De la psychanalyse à l'hypnose Eriksonienne*, Nice : Multimed Press, 1992.
18. Corneau G. *La guérison du cœur*, Paris : Réponses/Robert Laffont, 2000.
19. Lemperière T. *Dépression et troubles anxieux généralisés*, PRID, Paris : ETICOM-Masson, 2003.
20. Gaarder S. *Le monde de sophie*, Paris : Seuil, 1995.
21. Freidson E. *La profession médicale*, Paris : Payot, 1984.-369p.
22. Pélissolo A, Lépine JP. *Traduction française et première étude de validation du questionnaire de personnalité TCI*, Ann. Méd. Psychol. 1997, 155: 497-508.
23. OMS Pull CB. *CIM 10 – Chapitre V (F)*, Masson, Paris, 1993.
24. Cloninger, CR. *Personality and psychopathology*, Washington DC : American Psychiatric Press Inc., 1999.-524p.
25. Pélissolo A, Lépine JP. *Normative data and factor structure of the Temperament and Character Inventory (TCI) in the french version*, Psychiatry research, 2000, 94: 67-76.
26. Vaidya NA, Sierles FS, Raida MD, Fakhoury FJ, Prztbeck TR, Cloninger CR. *Relationship between specialty choice and medical student temperament and character assessed with Cloninger Inventory*, Teach Learn Med., 2004 Spring; 16(2):150-156.
27. Balland V, Rousseau D. *L'accès aux dossiers personels*, Supplément au n°2317 des Actualités Sociales Hebdomadaires du 27 juin 2003.
28. Rumeau-Rouquette C, Bréard G, Padieu R. *Méthodes en épidémiologie*, Flammarion Médecine Sciences, Paris, 1981.

Thèse de Frédéric Jumelle © 2005

29. Morrell D. *L'épidémiologie en médecine générale*, Editions Frison-Roche, Paris, 1993.
30. Richter J, Eisemann M, Zgonnikova E. *Personality characteristics of physicians and end-of-life decisions in Russia*, General Medicine Journal July 12, 2001.
31. *Transmission,* Confrontations Psychiatriques N° 44, Paris : C.P., 2003.
32. Le Borgne C. *Burn-out : un numéro vert pour aider les médecins,* Le concours médical, 1 Juin 2005 ; Tome 127-21 : 1155-1156.
33. Le Pen C. *Politique de santé : Organisation des urgences en Europe,* Le concours médical, 18 Mai 2005 ; Tome 127-19 : 1030.
34. Jung G. *Médecin traitant-médecin généraliste,* Le concours médical, 1 Juin 2005 ; Tome 127-21 : 1116.
35. Poindron PY. *Soignants : les attentes déçues,* Le concours médical, 15 Juin 2005 : Tome 127-23 : 1288-1289.
36. Reimen M. *Most drug users suffer from mental health problems,* European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), Lisbonne, 12 Janvier 2005.
37. Maudrux G. *Informations de la Carmf,* Décembre 2004 N° 51.
38. Young J, Klosko J, Weishaar M, traduction par Bernard Pascal. *La thérapie des schémas, Approche cognitive des troubles de la personnalité,* Bruxelles : De Boeck & Larcier, 2005.-564p.

Thèse de Frédéric Jumelle © 2005

ANNEXES

Thèse de Frédéric Jumelle © 2005

ANNEXE 1 : VERSION FRANÇAISE DU TCI DE CLONINGER

TESTEZ VOTRE PERSONNALITE par le TCI*

Nom :..... Prénom :..... Date :..../..../..... Code :.....
Adresse :.....Age :.....ans
Année d'étude :..... Homme o Femme o Email :.....@.....

Vous allez trouver dans ce questionnaire des affirmations sur les opinions, les réactions ou les sentiments personnels.
Pour **chaque** affirmation vous devrez répondre vous-même par Vrai ou Faux, en choisissant **une seule** des deux réponses.
Dans cette version, vous devrez donc entourer la réponse que vous choisissez.
Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, choisissez uniquement la réponse qui vous ressemble le plus.
Lisez attentivement chaque affirmation, mais ne passez pas trop de temps pour décider de la réponse.
Répondez à toutes les questions, même si vous n'êtes pas très sûr(e) de la réponse. (**Temps de remplissage : environ 30'**)

* Temperament and Character Inventory – Questionnaire de personnalité - Version 9 (1992) © CR Cloninger.
Traduction française 1996-2 (A.Pélissolo, M.Téhérani, R.-M.Bourgault, C.Musa, J.-P.Lépine)

	VRAI	FAUX	
Exemple : pour répondre Vrai	(V)	F	
J'essaie souvent des choses nouvelles uniquement pour le plaisir ou pour avoir des sensations fortes, même si les autres estiment que c'est une perte de temps.....	V	F	1
J'ai habituellement confiance dans le fait que tout ira bien, même dans des situations qui inquiètent la plupart des gens.....	V	F	2
Je suis souvent très ému(e) par un beau discours ou par une poésie.....	V	F	3
J'ai souvent l'impression d'être victime des circonstances.....	V	F	4
Habituellement j'accepte les autres tels qu'ils sont, même s'ils sont très différents de moi.....	V	F	5
Je crois aux miracles.....	V	F	6
Je prends plaisir à me venger des gens qui m'ont fait du mal.....	V	F	7
Lorsque je me concentre sur quelque chose, je ne vois plus le temps passer.....	V	F	8
J'ai souvent l'impression que ma vie n'a pas de but ou manque de sens.....	V	F	9
J'aime aider les autres à résoudre leurs problèmes.....	V	F	10
J'en aurais probablement les capacités, mais je ne vois pas l'intérêt de faire plus que le strict minimum.....	V	F	11
Je me sens souvent tendu(e) et inquiet(e) dans des situations nouvelles même lorsque les autres pensent qu'il y a peu de soucis à se faire.....	V	F	12
Je fais souvent les choses selon mon impression du moment sans tenir compte des méthodes habituelles.....	V	F	13
Je fais habituellement les choses à ma façon plutôt qu'en fonction des souhaits des autres.....	V	F	14
Je me sens souvent très proche des gens qui m'entourent, comme si rien ne nous séparait.....	V	F	15

Thèse de Frédéric Jumelle © 2005

Généralement, je n'aime pas les gens qui ont des idées différentes des miennes..... V F 16

Dans la plupart des situations, de bons réflexes me permettent de réagir facilement..... V F 17

Je suis prêt(e) à tout, dans les limites de la légalité, pour devenir riche et célèbre même au risque de perdre la confiance de nombreux vieux amis..... V F 18

Je suis beaucoup plus réservé(e) que la plupart des gens..... V F 19

Je dois souvent m'interrompre dans une activité car je m'inquiète facilement de ce qui pourrait ne pas aller..... V F 20

J'aime discuter de mes expériences et de mes sentiments ouvertement avec des amis plutôt que de les garder pour moi-même..... V F 21

J'ai moins d'énergie et je me fatigue plus vite que la plupart des gens..... V F 22

On dit souvent que je suis "dans la lune" quand je suis absorbé(e) dans une activité car je perds alors le contact avec toute autre chose..... V F 23

Je me sens rarement libre de mes choix..... V F 24

Je prends souvent en compte les sentiments des autres autant que mes propres sentiments..... V F 25

Le plus souvent, j'aimerais mieux faire quelque chose d'un peu risqué (comme conduire une voiture dans des virages dangereux et en montagne) plutôt que de rester au calme à ne rien faire pendant quelques heures..... V F 26

J'évite souvent de rencontrer des inconnus parce que je manque de confiance face aux gens que je ne connais pas..... V F 27

J'aime faire plaisir aux autres autant que je le peux..... V F 28

Je préfère les méthodes traditionnelles et sûres aux méthodes modernes et améliorées..... V F 29

Lorsque je manque de temps, je ne parviens généralement pas à faire les choses selon mes priorités personnelles..... V F 30

Je fais souvent des choses pour la protection des animaux et des plantes en voie de disparition..... V F 31

J'ai souvent le désir d'être la personne la plus intelligente..... V F 32

Ça me fait plaisir de voir mes ennemis souffrir..... V F 33

J'aime être très organisé(e) et fixer des règles aux autres autant que je le peux..... V F 34

Il m'est difficile de conserver longtemps les mêmes centres d'intérêt, car mon attention passe souvent à autre chose..... V F 35

L'expérience m'a permis d'acquérir de bonnes habitudes qui sont plus fortes que les croyances et les impulsions passagères..... V F 36

Ma détermination me permet habituellement de poursuivre une tâche longtemps après que les autres ont abandonné..... V F 37

Je suis fasciné(e) par tous les phénomènes qui ne peuvent être expliqués scientifiquement..... V F 38

J'ai beaucoup de mauvaises habitudes que je souhaiterais perdre..... V F 39

Thèse de Frédéric Jumelle © 2005

J'attends souvent des autres qu'ils trouvent une solution à mes problèmes..... V F 40

Je dépense souvent de l'argent au point de ne plus en avoir ou de m'endetter à force de vivre à crédit..... V F 41

Je pense que j'aurai beaucoup de chance dans l'avenir..... V F 42

Je me remets plus lentement que les autres de maladies mineures ou d'événements stressants..... V F 43

Ça ne me gênerait pas d'être seul(e) tout le temps..... V F 44

J'ai souvent des éclairs inattendus d'intuition ou de compréhension quand je me détends..... V F 45

Je ne me soucie pas tellement du fait que les autres m'aiment
ou qu'ils approuvent ma manière de faire..... V F 46

Habituellement je pense d'abord à mon propre intérêt
car de toute façon il n'est pas possible de satisfaire tout le monde..... V F 47

Je n'ai pas de patience avec les gens qui n'acceptent pas mes points de vue..... V F 48

J'ai l'impression de ne pas bien comprendre la plupart des gens..... V F 49

Il est possible de réussir en affaire sans être malhonnête..... V F 50

Parfois je me sens tellement en accord avec la nature
que tout me semble faire partie d'un même organisme vivant..... V F 51

Dans les conversations, je suis bien meilleur(e) lorsque j'écoute que lorsque je
parle..... V F 52

Je perds mon sang-froid plus rapidement que la plupart des gens..... V F 53

Quand je dois rencontrer un groupe d'inconnus, je suis plus timide que la plupart des gens..... V F 54

Je suis plus sentimental(e) que la plupart des gens..... V F 55

On dirait que j'ai un "sixième sens" qui me permet parfois de savoir ce qu'il va se passer..... V F 56

Quand quelqu'un m'a fait du mal, j'essaie en général de me venger..... V F 57

Mes opinions sont en grande partie influencées par des éléments que je ne contrôle pas..... V F 58

Chaque jour j'essaie de faire un pas vers mes objectifs..... V F 59

Je souhaite souvent être plus fort(e) que tous les autres..... V F 60

Je préfère réfléchir longtemps avant de prendre une décision..... V F 61

Je suis plus travailleur(-euse) que la majorité des gens..... V F 62

J'ai souvent besoin de faire la sieste ou de me reposer car je me fatigue facilement..... V F 63

J'aime rendre service aux autres..... V F 64

Quel que soit le problème que j'aie à résoudre, je pense toujours que les choses évolueront bien..... V F 65

Je dépense difficilement de l'argent pour mon plaisir, même si j'ai beaucoup d'économies..... V F 66

Thèse de Frédéric Jumelle © 2005

Habituellement, je reste calme et confiant(e) dans des situations que la plupart des gens trouveraient physiquement dangereuses ..... V F 67

Je préfère garder mes problèmes pour moi ..... V F 68

Je préfère rester chez moi plutôt que de voyager ou d'explorer de nouveaux lieux ..... V F 69

Je ne pense pas que ce soit une bonne idée d'aider les gens faibles qui ne peuvent pas s'aider eux-mêmes ..... V F 70

Je n'ai pas la conscience tranquille si je traite d'autres gens de manière injuste, même s'ils n'ont pas été justes avec moi ..... V F 71

Les gens me confient habituellement leurs sentiments ..... V F 72

Il m'arrive souvent de souhaiter rester jeune éternellement ..... V F 73

J'ai parfois eu l'impression d'appartenir à quelque chose sans limite dans le temps et dans l'espace ..... V F 74

Je ressens parfois un contact spirituel avec d'autres personnes que je ne peux pas exprimer avec des mots ..... V F 75

J'essaie de respecter les sentiments des autres, même lorsqu'ils ont été injustes avec moi auparavant ..... V F 76

J'apprécie que les gens puissent faire ce qu'ils veulent sans règles ni contraintes strictes ..... V F 77

Je resterais probablement détendu(e) en rencontrant des inconnus, même si on m'avait prévenu qu'ils étaient inamicaux ..... V F 78

Je suis fréquemment plus préoccupé(e) que la plupart des gens par l'idée que les choses pourraient mal se passer dans l'avenir ..... V F 79

D'habitude, j'examine tous les détails d'un problème avant de prendre une décision ..... V F 80

Je pense qu'il est plus important d'être sympathique et compréhensif à l'égard des autres plutôt que dur et réaliste ..... V F 81

Je ressens souvent un sentiment profond d'unité avec tout ce qui m'entoure ..... V F 82

Il m'arrive souvent de souhaiter avoir des pouvoirs spéciaux comme Superman ..... V F 83

Les autres me contrôlent trop ..... V F 84

J'aime partager ce que j'ai appris avec les autres ..... V F 85

Des expériences religieuses m'ont aidé à comprendre le sens réel de ma vie ..... V F 86

J'apprends beaucoup des autres ..... V F 87

Dans de nombreux domaines, l'entraînement m'a permis de me perfectionner et donc de réussir ..... V F 88

Je suis souvent capable de convaincre les autres, même de choses que je sais exagérées ou fausses ..... V F 89

J'ai besoin de repos, de soutien ou de réconfort pour récupérer de légers problèmes de santé ou de situations stressantes ..... V F 90

Je sais qu'il y a des règles dans la vie que personne ne peut violer sans en souffrir un jour ou l'autre ..... V F 91

Je ne souhaite pas être la personne la plus riche ..... V F 92

Thèse de Frédéric Jumelle © 2005

Je risquerais volontiers ma propre vie pour rendre le monde meilleur..... V F 93

Même si je réfléchis longtemps sur un problème,
j'ai appris à suivre davantage mon intuition qu'un raisonnement logique..... V F 94

Parfois, j'ai eu l'impression que ma vie était dirigée
par une force spirituelle supérieure à tout être humain..... V F 95

Souvent, je prends plaisir à être méchant(e) avec ceux qui l'ont été avec moi..... V F 96

J'ai la réputation d'être quelqu'un de très réaliste qui n'agit pas sous le coup des émotions..... V F 97

Il m'est facile d'ordonner mes idées lorsque je parle à quelqu'un..... V F 98

Je suis très sensible aux "bonnes causes"(lorsqu'on demande d'aider des enfants handicapés par exemple)..... V F 99

Je me pousse habituellement plus durement que la plupart des gens parce que je veux faire du mieux possible..... V F 100

J'ai tellement de défauts que je ne m'aime pas beaucoup..... V F 101

Je manque de temps pour rechercher des solutions durables à mes problèmes..... V F 102

Souvent je n'arrive pas à affronter certains problèmes car je n'ai aucune idée sur la manière de m'y prendre..... V F 103

Je voudrais souvent interrompre le cours du temps..... V F 104

Je déteste prendre des décisions uniquement à partir de mes premières impressions..... V F 105

Je préfère dépenser de l'argent plutôt que de le mettre de côté..... V F 106

Je parviens souvent à déformer la réalité afin de raconter une histoire
plus drôle ou de faire une farce à quelqu'un..... V F 107

Je me remets très vite d'avoir été embarrassé(e) ou humilié(e)..... V F 108

Il m'est très difficile de m'adapter à des changements dans mes activités habituelles car je deviens alors tendu(e), fatigué(e) ou inquiet(e)..... V F 109

En général, il me faut de très bonnes raisons pratiques pour accepter de modifier mes habitudes..... V F 110

J'ai besoin de beaucoup d'aide de la part des autres pour acquérir de bonnes habitudes..... V F 111

Je pense que la perception extra-sensorielle existe réellement
(la télépathie ou les prémonitions par exemple)..... V F 112

J'aimerais avoir presque toujours autour de moi des amis intimes et chaleureux..... V F 113

Le plus souvent, je suis capable de rester rassuré(e) et détendu(e)
même lorsque presque tout le monde est inquiet..... V F 114

Je trouve les chansons et les films tristes plutôt ennuyeux..... V F 115

Les circonstances m'obligent souvent à faire des choses malgré moi..... V F 116

Il m'est difficile de tolérer les gens qui sont différents de moi..... V F 117

Thèse de Frédéric Jumelle © 2005

Je pense que la plupart des événements que l'on prend pour des miracles ne surviennent en réalité que par hasard ..... V F 118

Lorsque quelqu'un me blesse, je préfère rester aimable plutôt que me venger ..... V F 119

Je suis souvent si absorbé(e) par ce que je fais que j'en deviens perdu(e) comme si je me détachais de l'espace et du temps ..... V F 120

Je ne pense pas avoir réellement un but dans la vie ..... V F 121

J'essaie de coopérer avec les autres autant que possible ..... V F 122

Je suis satisfait(e) de ce que je réalise et je n'ai pas vraiment envie de faire mieux ..... V F 123

Je me sens souvent tendu(e) et inquiet(e) dans des situations non familières, même si les autres pensent qu'il n'y a rien à craindre ..... V F 124

J'obéis souvent à mon instinct ou à mon intuition, sans réfléchir à tous les détails de la situation ..... V F 125

Les autres pensent souvent que je suis trop indépendant(e) car je ne fais pas ce qu'ils voudraient que je fasse ..... V F 126

Je me sens souvent en forte communion spirituelle ou émotionnelle avec les gens qui m'entourent ..... V F 127

Il m'est généralement facile d'apprécier les gens qui ont des valeurs différentes des miennes ..... V F 128

Certaines bonnes habitudes sont devenues naturelles chez moi, elles sont presque toujours automatiques et spontanées ..... V F 129

Cela ne me dérange pas que les autres en sachent souvent plus que moi sur un sujet ..... V F 130

J'essaie souvent de m'imaginer à la place des autres afin de vraiment les comprendre ..... V F 131

Les principes tels que la justice et l'honnêteté jouent peu de rôle dans ma vie ..... V F 132

Je suis plus efficace que la plupart des gens pour mettre de l'argent de côté ..... V F 133

Même si les autres pensent que ce n'est pas important, j'insiste souvent pour que les choses soient faites de manière précise et ordonnée ..... V F 134

Je me sens très confiant(e) et sûr(e) de moi dans presque toutes les situations sociales ..... V F 135

Mes amis trouvent qu'il est difficile de connaître mes sentiments car je leur confie rarement mes pensées intimes ..... V F 136

Je déteste changer mes habitudes même si beaucoup de gens me disent qu'il existe une nouvelle méthode plus efficace ..... V F 137

Je pense qu'il n'est pas sage de croire aux choses qui ne peuvent pas être expliquées scientifiquement ..... V F 138

J'aime imaginer que mes ennemis souffrent ..... V F 139

J'ai plus d'énergie et me fatigue moins vite que la plupart des gens ..... V F 140

J'aime porter une attention particulière aux détails dans tout ce que je fais ..... V F 141

Thèse de Frédéric Jumelle © 2005

L'inquiétude me pousse souvent à interrompre mes activités, même si mes amis me disent que tout ira bien..... V F 142

J'ai souvent le désir d'être plus puissant(e) que n'importe qui..... V F 143

Habituellement, je suis libre de mes choix..... V F 144

Je suis souvent si absorbé(e) dans ce que je fais que pendant un moment j'en oublie où je suis..... V F 145

Les membres d'une équipe sont rarement récompensés de manière équitable..... V F 146

Généralement, j'aimerais mieux faire quelque chose de risqué (comme faire du delta-plane ou sauter en parachute) plutôt que d'avoir à rester calme et inactif(ve) pendant quelques heures..... V F 147

Comme je dépense souvent trop d'argent sur des coups de tête, il m'est difficile d'en mettre de côté même pour des projets particuliers comme les vacances..... V F 148

Je ne sors pas de ma route pour faire plaisir aux autres..... V F 149

Je ne suis pas du tout timide avec des inconnus..... V F 150

Je vais souvent dans le sens des souhaits de mes amis..... V F 151

Je passe la plupart de mon temps à faire des choses qui semblent nécessaires mais qui ne sont pas en fait réellement importantes pour moi..... V F 152

Je ne pense pas que les principes religieux ou moraux concernant le bien et le mal doivent avoir beaucoup d'influence sur les décisions d'affaires..... V F 153

J'essaie souvent de mettre mes propres jugements de côté afin de mieux comprendre ce que les autres vivent..... V F 154

Beaucoup de mes habitudes m'empêchent d'obtenir de bons résultats..... V F 155

J'ai fait de réels sacrifices personnels pour que le monde soit meilleur (lutter contre la guerre, la pauvreté ou l'injustice par exemple)..... V F 156

Je ne m'inquiète jamais de choses terribles qui pourraient arriver dans l'avenir..... V F 157

Je ne suis pratiquement jamais excité(e) au point de perdre le contrôle de moi-même..... V F 158

J'abandonne souvent un travail s'il prend beaucoup plus de temps que je le pensais au départ..... V F 159

Je préfère initier les conversations plutôt que d'attendre que les autres m'adressent la parole..... V F 160

En général, je pardonne rapidement à ceux qui me font du mal..... V F 161

Mes actes sont largement influencés par des choses que je ne contrôle pas..... V F 162

Je préfère attendre que quelqu'un d'autre décide de ce qui doit être fait..... V F 163

En général, je respecte les opinions des autres..... V F 164

J'ai eu des expériences qui ont rendu le sens de ma vie si évident que je me suis senti(e) très ému(e) et heureux(-euse)..... V F 165

C'est un plaisir pour moi de m'acheter des choses..... V F 166

Je crois avoir eu moi-même des perceptions extra-sensorielles..... V F 167

Mon comportement m'est dicté par certains objectifs que je me suis fixés dans la vie..... V F 168

Thèse de Frédéric Jumelle © 2005

En général, il est absurde de contribuer au succès des autres..... V F 169

Il m'arrive souvent de souhaiter pouvoir vivre éternellement..... V F 170

En général j'aime rester froid(e) et détaché(e) vis-à-vis des autres..... V F 171

J'ai plus tendance à pleurer devant un film triste que la plupart des gens..... V F 172

Je me rétablis plus rapidement que la plupart des gens
de légers problèmes de santé ou de situations stressantes..... V F 173

J'enfreins souvent les lois et les règlements lorsque je pense ne pas risquer de sanction..... V F 174

J'ai encore de bonnes habitudes à acquérir pour réussir à résister aux tentations..... V F 175

Je souhaiterais que les autres parlent moins qu'ils ne le font..... V F 176

Chacun devrait être traité avec respect et dignité,
même les gens qui semblent sans importance ou mauvais..... V F 177

J'aime prendre des décisions rapidement afin de poursuivre mes activités..... V F 178

En général, j'ai de la chance dans tout ce que j'entreprends..... V F 179

Habituellement, je peux faire facilement des choses que la plupart des gens considèrent comme
dangereuses (comme conduire rapidement une voiture sur une route mouillée ou verglacée..... V F 180

J'aime explorer de nouvelles méthodes pour faire les choses..... V F 181

J'aime mettre de l'argent de côté plutôt que le dépenser pour des divertissements ou des sensations
fortes..... V F 182

Les droits individuels sont plus importants que les besoins de n'importe quel groupe..... V F 183

J'ai eu des expériences personnelles au cours desquelles
je me suis senti(e) en communion avec une force divine et spirituelle merveilleuse..... V F 184

J'ai eu des moments de grand bonheur au cours desquels j'ai eu soudainement
la sensation claire et profonde d'une communauté avec tout ce qui existe..... V F 185

Mes habitudes me permettent de faire les choses plus facilement..... V F 186

La plupart des gens semblent être plus efficaces que moi..... V F 187

Les autres ou les circonstances sont souvent responsables de mes difficultés..... V F 188

Aider les autres me fait plaisir, même s'ils m'ont mal traité(e)..... V F 189

J'ai souvent la sensation de faire partie de la force spirituelle dont toute la vie dépend..... V F 190

Même avec des amis, je préfère ne pas trop me confier..... V F 191

En général, je peux rester actif(ve) toute la journée sans avoir à me forcer..... V F 192

J'examine presque toujours tous les détails avant de prendre
une décision, même si on me demande une réponse rapide..... V F 193

J'ai du mal à m'en sortir lorsque je suis surpris(e) en faute..... V F 194

Je suis plus perfectionniste que la plupart des gens..... V F 195

Thèse de Frédéric Jumelle © 2005

La vérité sur un sujet n'est qu'une question d'opinion personnelle..... V F 196

Je pense que mon comportement naturel est en général
en accord avec mes principes et mes objectifs de vie..... V F 197

Je crois que toute vie dépend d'un certain ordre ou pouvoir spirituel
qui ne peut pas être complètement expliqué..... V F 198

.

Je pense pouvoir rester confiant(e) et détendu(e) en rencontrant des inconnus,
même si je suis prévenu(e) qu'ils sont en colère contre moi..... V F 199

Les gens estiment qu'il est facile de venir me voir pour trouver de l'aide,
de la sympathie et de la compréhension..... V F 200

J'ai plus de mal que la plupart des gens à m'enthousiasmer
pour de nouvelles idées ou de nouvelles activités..... V F 201

J'ai du mal à mentir même pour préserver les sentiments de quelqu'un d'autre..... V F 202

Je ne souhaite pas être admiré(e) plus que les autres..... V F 203

Souvent quand je regarde certaines choses de la vie courante, j'ai une sensation
d'émerveillement comme si je les voyais d'un œil nouveau pour la première fois..... V F 204

La plupart des gens que je connais ne pensent qu'à eux, sans se préoccuper des difficultés des autres..... V F 205

Je me sens souvent tendu(e) et inquiet(e) lorsque je dois faire quelque chose d'inhabituel pour moi..... V F 206

Je me pousse souvent jusqu'à l'épuisement ou j'essaie de faire plus que je ne le peux réellement..... V F 207

Certaines personnes pensent que je suis trop près de mon argent..... V F 208

Les expériences mystiques ne sont probablement que des désirs pris pour des réalités..... V F 209

Ma volonté est trop faible pour résister aux tentations très fortes,
même si je sais que je souffrirai de leurs conséquences..... V F 210

Je déteste voir n'importe qui souffrir..... V F 211

Je sais ce que je veux faire de ma vie..... V F 212

Je prends souvent le temps de savoir si ce que je fais est bien ou mal..... V F 213

Souvent, les choses tournent mal pour moi sauf si je fais très attention..... V F 214

Si je n'ai pas le moral, je préfère être entouré(e) d'amis plutôt que de rester seul(e)..... V F 215

Je ne pense pas qu'il soit possible de partager les sentiments
de quelqu'un qui n'a pas vécu les mêmes expériences que soi..... V F 216

Souvent, les autres pensent que je suis dans un autre monde car je suis
complètement détaché(e) des choses qui se passent autour de moi..... V F 217

Je souhaiterais être la personne la plus belle..... V F 218

En général, je me tiens à l'écart des situations sociales où je peux
rencontrer des inconnus, même si on m'assure qu'ils seront amicaux..... V F 219

J'aime l'éclosion des fleurs au printemps autant que de revoir un vieil ami..... V F 220

Thèse de Frédéric Jumelle © 2005

Habituellement, je considère une situation difficile comme un défi ou une bonne occasion..... V F 221

Les gens qui travaillent avec moi doivent apprendre à faire les choses selon mes méthodes..... V F 222

La malhonnêteté ne pose des problèmes que si l'on se fait surprendre..... V F 223

Habituellement, je me sens beaucoup plus confiant(e) et dynamique que la plupart des gens, même après de légers problèmes de santé ou des événements stressants..... V F 224

Je préfère tout lire en détail avant de signer n'importe quel papier..... V F 225

Lorsque rien de nouveau ne se passe, je recherche en général quelque chose de passionnant ou d'excitant à faire..... V F 226

FIN DU QUESTIONNAIRE

VERIFIEZ QUE VOUS AVEZ REPONDU A TOUTES LES QUESTIONS SUR TOUTES LES PAGES ET SANS DOUBLE REPONSE
(Il faut toujours choisir V ou F)

MERCI DE RETOURNER TOUTES LES PAGES DE CE TEST A :

Association R. A. O. U. L.
Faculté de médecine de Nancy
Bâtiment D – rez-de-chaussée – B. P. 184
9, avenue de la forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE – les – Nancy – Cedex

Thèse de Frédéric Jumelle © 2005

VOTRE PROFIL DE PERSONNALITE

| TCI de personnalité | | |

ANNEXE 2 : DÉTAILS DE L'ANALYSE STATISTIQUE

II-E.1. Distribution et données statistiques de base (position et variabilité):

II-E.1.1. Taux de réponse, sex-ratio des étudiants sondés :

Proportion des répondants : 174/454=38,3%
Proportion des non-répondants : 280/454=61,7%
Sex-ratio :

- Hommes de l'échantillon : 56/174=32,18%
- Femmes de l'échantillon : 118/174=67,82%
- Hommes dans la population sondée : 193/454=42,51%
- Femmes dans la population sondée : 261/454=57,49%

Pour le **Sexe Féminin : Echantillon versus population** des étudiants sondés par test chi2, p=0,018, il existe une différence significative au seuil de 5%.

II-E.1.2. Scores bruts :

- Score brut **NS** : nombre 174 ; distribution normale ; moyenne à 19,46 ; déviation standard (écart-type) 5,26 ; médiane à 19 ; variance 27,7

- Score brut **HA** : nombre 174 ; distribution normale ; moyenne à 16,52 ; déviation standard 6,85 ; médiane à 17 ; variance 46,91

- Score brut **RD** : nombre 174 ; distribution normale ; moyenne à 16,76 ; déviation standard 3,94 ; médiane à 17 ; variance 15,52

- Score brut **P** : nombre 174 ; distribution normale ; moyenne à 5,48 ; déviation standard 2,04 ; médiane à 6 ; variance 4,15

- Score brut **SD** : nombre 174 ; distribution normale ; moyenne à 32,82 ; déviation standard 5,96 ; médiane à 34 ; variance 35,53

- Score brut **C** : nombre 174 ; distribution normale ; moyenne à 33,68 ; déviation standard 4,9 ; médiane à 35 ; variance 23,97

- Score brut **ST** : nombre 174 ; distribution normale ; moyenne à 11,18 ; déviation standard 5,4 ; médiane à 10,5 ; variance 29,19

II-E.2. Intervalles de confiance [IC] et comparaison statistique à $p<0,05$

II-E.2.1. Test t de Student et variables quantitatives :

Comparaison PCEM2 (n=102) versus TCMG (n=65) :

- PCEM2 - Score brut **NS** : moyenne 18,97 ; IC à 95% [19,91 – 18,03]
- TCMG - Score brut **NS** : moyenne 20,06 ; IC à 95% [21,49 – 18,64]

Pour le score **NS : PCEM2 versus TCMG** par test t, p=0,19, la différence n'est pas significative au seuil de 5%.

- PCEM2 - Score brut **HA** : moyenne 17,41 ; IC à 95% [18,75 – 16,07]
- TCMG - Score brut **HA** : moyenne 15,40 ; IC à 95% [17,13 – 13,67]

Pour le score **HA : PCEM2 versus TCMG** par test t, p=0,068, la différence n'est pas significative au seuil de 5% mais il existe une différence.

Thèse de Frédéric Jumelle © 2005

- PCEM2 - Score brut **RD** : moyenne 16,51 ; IC à 95% [17,30 – 15,72]
- TCMG - Score brut **RD** : moyenne 17,06 ; IC à 95% [18,02 – 16,11]

Pour le score **RD : PCEM2 versus TCMG** par test t, p=0,38, la différence n'est pas significative au seuil de 5%

Comparaison tous Étudiants (n=174) versus Population générale (n=602) [25]:

- Étudiants - Score brut **NS** : moyenne 19,47 ; IC à 95% [20,25 – 18,68]
- Population - Score brut **NS** : moyenne 16,40

Pour le score **NS : Étudiants versus Population** par test t, p<0,0001, la différence est significative au seuil de 10^{-4}.

Cas particulier du score brut **HA** :

- Étudiants - Score brut **HA** : moyenne 16,52 ; IC à 95% [17,54 – 15,49]
- Population - Score brut **HA** : moyenne 16,10

Pour le score **HA : Étudiants versus Population** par test t, p=0,42, la différence n'est pas significative au seuil de 5%.

- PCEM2 - Score brut **HA** : moyenne 17,40 ; n=102
- Population - Score brut **HA** : moyenne 16,10 ; n=602

Pour le score **HA : PCEM2 versus Population** par test de comparaison de moyenne, p=0,05, la différence est significative au seuil de 5%.

- TCMG - Score brut **HA** : moyenne 15,40 ; n=65
- Population - Score brut **HA** : moyenne 16,10 ; n=602

Pour le score **HA : TCMG versus Population** par test de comparaison de moyenne, p=0,42, la différence n'est pas significative au seuil de 5%.

- Femmes - Score brut **HA** : moyenne 18,53 ; écart-type 5,81 ; n=118
- Hommes - Score brut **HA** : moyenne 12,29 ; écart-type 14,16 ; n=56

Pour le score **HA : Femmes versus Hommes** par test t, p<0,0001, la différence est significative au seuil de 10^{-4}.

Cas particulier du score brut **RD** :

- Étudiants - Score brut **RD** : moyenne 16,76 ; IC à 95% [17,35 – 16,17]
- Population - Score brut **RD** : moyenne 14,20

Pour le score **RD : Étudiants versus Population** par test t, p<0,0001, la différence est significative au seuil de 10^{-4}.

- Femmes - Score brut **RD** : moyenne 17,60 ; écart-type 3,77 ; n=118
- Hommes - Score brut **RD** : moyenne 15,00 ; écart-type 3,74 ; n=56

Pour le score **RD : Femmes versus Hommes** par test t, p<0,0001, la différence est significative au seuil de 10^{-4}.

- Étudiants - Score brut **P** : moyenne 5,48 ; IC à 95% [5,79 – 5,18]
- Population - Score brut **P** : moyenne 4,60

Pour le score **P : Étudiants versus Population** par test t, p<0,0001, la différence est significative au seuil de 10^{-4}.

- Étudiants - Score brut **SD** : moyenne 32,82 ; IC à 95% [33,71 – 31,93]
- Population - Score brut **SD** : moyenne 31,90

Thèse de Frédéric Jumelle © 2005

Pour le score **SD : Étudiants versus Population** par test t, p=0,043, la différence est significative au seuil de 5%.

- Étudiants - Score brut **C** : moyenne 33,68 ; IC à 95% [34,41 – 32,95]
- Population - Score brut **C** : moyenne 31,70

Pour le score **C : Étudiants versus Population** par test t, p<0,0001, la différence est significative au seuil de 10^{-4}.

- Étudiants - Score brut **ST** : moyenne 11,18 ; IC à 95% [11,99 – 10,38]
- Population - Score brut **ST** : moyenne 13,70

Pour le score **ST : Étudiants versus Population** par test t, p<0,0001, la différence est significative au seuil de 10^{-4}.

II-E.2.2. Test du chi2 et variables qualitatives les plus significatives :

Comparaison PCEM2 versus TCMG :

- PCEM2 - % **Histrionique** : 23/102
- TCMG - % **Histrionique** : 22/65

Pour le tempérament **Histrionique : PCEM2 versus TCMG** par test chi2, p=0,11, la différence n'est pas significative au seuil de 5%.

- PCEM2 - % **Passif Agressif** : 28/102
- TCMG - % **Passif Agressif** : 10/65

Pour le tempérament **Passif Agressif : PCEM2 versus TCMG** par test chi2, p=0,07, la différence n'est pas significative au seuil de 5%, mais il y a une différence.

Comparaison tous Étudiants versus Population générale :

- Étudiants - % **Histrionique** : 49/174
- Population - % **Histrionique** : 93/602

Pour le tempérament **Histrionique : Étudiants versus Population** par test chi2, p=0,0001, la différence est significative au seuil de 10^{-4}.

- Étudiants - % **Passif Agressif** : 39/174
- Population - % **Passif Agressif** : 54/602

Pour le tempérament **Passif Agressif : Étudiants versus Population** par test chi2, p<0,0001, la différence est significative au seuil de 10^{-4}.

SCD-UHP - NANCY
BIBLIOTHÈQUE
MÉDECINE

Thèse de Frédéric Jumelle © 2005

ANNEXE 3 : DESCRIPTION DES TROUBLES SPÉCIFIQUES DE LA PERSONNALITÉ INSCRITS A L'AXE II DU DSM IV

Groupe A des troubles de la personnalité

▲ F60.0 [301.0] Personnalité paranoïaque

A. Méfiance soupçonneuse envahissante envers les autres dont les intentions sont interprétées comme malveillantes, qui apparaît au début de l'âge adulte et est présente dans divers contextes, comme en témoignent au moins quatre des manifestations suivantes :
   (1) le sujet s'attend sans raison suffisante à ce que les autres l'exploitent lui nuisent ou le trompent ;
   (2) est préoccupé par des doutes injustifiés concernant la loyauté ou la fidélité de ses amis ou associés ;
   (3) est réticent à se confier à autrui en raison d'une crainte injustifiée que l'information soit utilisée de manière perfide contre lui ;
   (4) discerne des significations cachées, humiliantes ou menaçantes dans des commentaires ou des événements anodins ;
   (5) garde rancune, c'est-à-dire ne pardonne pas d'être blessé, insulté ou dédaigné ;
   (6) perçoit des attaques contre sa personne ou sa réputation, alors que ce n'est pas apparent pour les autres, et est prompt à la contre-attaque ou réagit avec colère ;
   (7) met en doute de manière répétée et sans justification la fidélité de son conjoint ou de son partenaire sexuel.

B. Ne survient pas exclusivement pendant l'évolution d'une Schizophrénie, d'un Trouble de l'humeur avec caractéristiques psychotiques ou d'un autre Trouble psychotique et n'est pas dû aux effets physiologiques directs d'une affection médicale générale.

N. B. : Si les critères sont remplis avant l'apparition d'une Schizophrénie, indiquer « prémorbide », par exemple : « Personnalité paranoïaque (prémorbide) »

▲ F60.1 [301.20] Personnalité schizoïde

A. Mode général de détachement par rapport aux relations sociales et de restriction de la variété des expressions émotionnelles dans les rapports avec autrui, qui apparaît au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers, comme en témoignent au moins quatre des manifestations suivantes :
(1) le sujet ne recherche, ni n'apprécie, les relations proches y compris les relations intrafamiliales ;
(2) choisit presque toujours des activités solitaires ;
(3) n'a que peu d'intérêt pour les relations sexuelles avec d'autres personnes ;
(4) n'éprouve du plaisir que dans de rares activités, sinon dans aucune ;
(5) n'a pas d'amis proches ou de confidents, en dehors de ses parents au premier degré et semble indifférent aux éloges ou à la critique d'autrui ;
(6) fait preuve de froideur, de détachement, ou d'émoussement de l'affectivité.

B. Ne survient pas exclusivement dans l'évolution d'une Schizophrénie, d'un Trouble de l'humeur avec caractéristiques psychotiques, d'un autre Trouble psychotique ou d'un Trouble envahissant du développement et n'est pas dû aux effets physiologiques directs d'une affection médicale générale.

Thèse de Frédéric Jumelle © 2005

N. B. : Si les critères sont remplis avant l'apparition d'une Schizophrénie, indiquer « prémorbide », par exemple : « Personnalité schizoïde (prémorbide) »

▲ F21 [301.22] Personnalité schizotypique

A. Mode général de déficit social et interpersonnel marqué par une gêne aiguë et des compétences réduites dans les relations proches, par des distorsions cognitives et perceptuelles, et par des conduites excentriques. Le trouble apparaît au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers, comme en témoignent au moins cinq des manifestations suivantes :
(1) idées de référence (à l'exception des idées délirantes de référence) ;
(2) croyances bizarres ou pensée magique qui influencent le comportement et qui ne sont pas en rapport avec les normes d'un sous-groupe culturel (par exemple superstition, croyance dans un don de voyance, dans la télépathie ou dans un « sixième » sens, chez les enfants et les adolescents, rêveries ou préoccupations bizarres) ;
(3) perceptions inhabituelles, notamment illusions corporelles ;
(4) pensée et langage bizarres (par exemple : vagues, circonstanciés, métaphoriques, alambiqués ou stéréotypés) ;
(5) idéation méfiante ou persécutoire ;
(6) inadéquation ou pauvreté des affects ;
(7) comportement ou aspect bizarre, excentrique ou singulier ;
(8) absence d'amis proches ou de confidents en dehors des parents du premier degré ;
(10) anxiété excessive en situation sociale qui ne diminue pas quand le sujet se familiarise et qui est due à des craintes persécutoires plutôt qu'à un jugement négatif de soi-même.

B. Ne survient pas exclusivement dans l'évolution d'une Schizophrénie, d'un Trouble de l'humeur avec caractéristiques psychotiques, d'un autre Trouble psychotique ou d'un Trouble envahissant du développement.

N. B. : Si les critères sont remplis avant l'apparition d'une Schizophrénie, indiquer « prémorbide », par exemple : « Personnalité schizotypique (prémorbide) ».

Groupe B des troubles de la personnalité

▲ F60.2 [301.7] Personnalité antisociale

A. Mode général de mépris et de transgression des droits d'autrui qui survient depuis l'âge de 15 ans, comme en témoignent au moins trois des manifestations suivantes :
(1) incapacité à se conformer aux normes sociales qui déterminent les comportements légaux, comme l'indique la répétition de comportements passibles d'arrestation ;
(2) tendance à tromper par profit ou par plaisir, indiquée par des mensonges répétés, l'utilisation de pseudonymes ou des escroqueries ;
(3) impulsivité ou incapacité à planifier à l'avance ;
(4) irritabilité ou agressivité, indiquées par la répétition de bagarres ou d'agressions ;
(5) mépris inconsidéré pour sa sécurité ou celle d'autrui ;
(6) irresponsabilité persistante, indiquée par l'incapacité d'assumer un emploi stable ou d'honorer des obligations financières ;
(7) absence de remords, indiquée par le fait d'être indifférent ou de se justifier après avoir blessé, maltraité ou volé autrui.

Thèse de Frédéric Jumelle © 2005

B. Age au moins égal à 18 ans.

C. Manifestations d'un Trouble des conduites débutant avant l'âge de 15 ans.

D. Les comportements antisociaux ne surviennent pas exclusivement pendant l'évolution d'une Schizophrénie ou d'un Episode maniaque.

▲ F60.31 [301.83] Personnalité borderline

Mode général d'instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects avec une impulsivité marquée, qui apparaît au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers, comme en témoignent au moins cinq des manifestations suivantes :
(1) efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginés.
N. B. : Ne pas inclure les comportements suicidaires ou les automutilations énumérés dans le critère (5) ;
(2) mode de relations interpersonnelles instables et intenses caractérisés par l'alternance entre des positions extrêmes d'idéalisation excessive et de dévalorisation ;
(3) perturbation de l'identité : instabilité marquée et persistante de l'image et de la notion de soi ;
(4) impulsivité dans au moins deux domaines potentiellement dommageables pour le sujet (par exemple dépenses, sexualité, toxicomanie, conduite automobile dangereuse, crises de boulimie).
N. B. : Ne pas inclure les comportements suicidaires ou les automutilations énumérés dans le critère (5) ;
(5) répétition de comportements, de gestes ou de menaces suicidaires, ou d'automutilations ;
(6) instabilité affective due à une réactivité marquée de l'humeur (par exemple dysphorie épisodique intense, irritabilité ou anxiété durant habituellement quelques heures et rarement plus de quelques jours) ;
(7) sentiments chroniques de vide ;
(8) colères intenses et inappropriées ou difficulté à contrôler sa colère (par exemple fréquentes manifestations de mauvaise humeur, colère constante ou bagarres répétées) ;
(9) survenue transitoire dans des situations de stress d'une idéation persécutoire ou de symptômes dissociatifs sévères.

▲ F60.4 [301.50] Personnalité histrionique

Mode général de réponses émotionnelles excessives et de quête d'attention, qui apparaît au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers, comme en témoignent au moins cinq des manifestations suivantes :
(1) le sujet est mal à l'aise dans les situations où il n'est pas au centre de l'attention d'autrui ;
(2) l'interaction avec autrui est souvent caractérisée par un comportement de séduction sexuelle inadaptée ou une attitude provocante ;
(3) expression émotionnelle superficielle et rapidement changeante ;
(4) utilise régulièrement son aspect physique pour attirer l'attention physique sur soi ;
(5) manière de parler trop subjective mais pauvre en détails ;
(6) dramatisation, théâtralisme et exagération de l'expression émotionnelle ;
(7) suggestibilité, est facilement influencé par autrui ou par les circonstances ;
(8) Considère que ses relations sont plus intimes qu'elles ne le sont en réalité.

Thèse de Frédéric Jumelle © 2005

▲ F60.8 [301.81] Personnalité narcissique

Mode général de fantaisies ou de comportements grandioses, de besoin d'être admiré et de manque d'empathie qui apparaissent au début de l'âge adulte et sont présents dans des contextes divers, comme en témoignent au moins cinq des manifestations suivantes :

(1) le sujet a un sens grandiose de sa propre importance (par exemple surestime ses réalisations et ses capacités, s'attend à être reconnu comme supérieur sans avoir accompli quelque chose en rapport) ;
(2) est absorbé par des fantaisies de succès illimité, de pouvoir, de splendeur, de beauté ou d'amour idéal ;
(3) pense être « spécial » et unique et ne pouvoir être admis ou compris que par des institutions ou des gens spéciaux et de haut niveau ;
(4) besoin excessif d'être admiré ;
(5) pense que tout lui est dû : s'attend sans raison à bénéficier d'un traitement particulièrement favorable et à ce que ses désirs soient automatiquement satisfaits ;
(6) exploite l'autre dans les relations interpersonnelles : utilise autrui pour parvenir à ses propres fins ;
(7) manque d'empathie : n'est pas disposé à reconnaître ou à partager les sentiments et les besoins d'autrui ;
(8) envie souvent les autres, et croit que les autres l'envient ;
(9) fait preuve d'attitudes et de comportements arrogants et hautains.

Groupe C des troubles de la personnalité

▲ F60.6 [301.82] Personnalité évitante

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 quatre 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 ou 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 incompétent, 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.

▲ F60.7 [301.6] Personnalité dépendante

Besoin général et excessif d'être pris en charge qui conduit à un comportement soumis et « collant » et à une peur de la séparation, qui apparaît au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers, comme en témoignent au moins cinq des manifestations suivantes :

(1) le sujet a du mal à prendre des décisions dans la vie courante sans être rassuré ou conseillé de manière excessive par autrui ;

Thèse de Frédéric Jumelle © 2005

(2) a besoin que d'autres assument les responsabilités dans la plupart des domaines importants de sa vie ;
(3) a du mal à exprimer un désaccord avec autrui de peur de perdre son soutien ou son approbation.

N. B. : Ne pas tenir compte d'une crainte réaliste de sanctions ;

(4) a du mal à initier des projets ou à faire des choses seul (par manque de confiance en son propre jugement ou en ses propres capacités plutôt que par manque de motivation ou d'énergie) ;
(5) cherche à outrance à obtenir le soutien et l'appui d'autrui, au point de se porter volontaire pour faire des choses désagréables ;
(6) se sent mal à l'aise ou impuissant quand il est seul par crainte exagérée d'être incapable de se débrouiller ;
(7) lorsqu'une relation proche se termine, cherche de manière urgente une autre relation qui puisse assurer les soins et le soutien dont il a besoin ;
(8) est préoccupé de manière irréaliste par la crainte d'être laissé à se débrouiller seul.

▲ F60.5 [301.4] Personnalité obsessionnelle compulsive

Mode général de préoccupation pour l'ordre, le perfectionnisme et le contrôle mental et interpersonnel, aux dépens d'une souplesse, d'une ouverture et de l'efficacité, qui apparaît au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers, comme en témoignent au moins quatre des manifestations suivantes :

(1) préoccupation pour les détails, les règles, les inventaires, l'organisation ou les plans au point que le but principal de l'activité est perdu de vue ;
(2) perfectionnisme qui entrave l'achèvement des tâches (par exemple incapacité d'achever un projet parce que les exigences personnelles trop strictes ne sont pas remplies) ;
(3) dévotion excessive pour le travail et la productivité à l'exclusion des loisirs et des amitiés (sans que cela soit expliqué par des impératifs économiques évidents) ;
(4) est trop consciencieux, scrupuleux et rigide sur des questions morales, d'éthique ou de valeurs (sans que cela soit expliqué par une appartenance religieuse ou culturelle) ;
(5) incapacité de jeter des objets usés ou sans utilité même si ceux-ci n'ont pas de valeur sentimentale ;
(6) réticence à déléguer des tâches ou à travailler avec autrui à moins que les autres se soumettent exactement à sa manière de faire les choses ;
(7) se montre avare avec l'argent pour soi-même et les autres ; l'argent est perçu comme quelque chose qui doit être thésaurisé en vue des catastrophes futures ;
(8) se montre rigide et têtu.

▲ F60.9 [301.9] Trouble de la personnalité, *non spécifié*

Cette catégorie est réservée aux troubles de la personnalité qui ne remplissent pas les critères d'un trouble de la personnalité spécifique. Un exemple en est la présence de caractéristiques appartenant à plusieurs troubles de la personnalité, sans que les critères d'un Trouble particulier de la personnalité soient remplis (« personnalité mixte »), mais néanmoins responsables d'une souffrance cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement dans un ou plusieurs domaines importants (par exemple social ou professionnel). Cette catégorie peut aussi être utilisée lorsque le clinicien estime qu'un diagnostique spécifique de Trouble de la personnalité ne figurant pas dans la classification est approprié, par exemple : celui de personnalité dépressive ou de personnalité passive-agressive (voir l'annexe B du DSM IV pour les critères proposés pour la recherche).

Thèse de Frédéric Jumelle © 2005

SCD-UHP - NANCY
BIBLIOTHÈQUE
MÉDECINE

TABLE DES MATIÈRES

Thèse de Frédéric Jumelle © 2005

REFLET DE LA PAGE DE COUVERTURE

LISTE DES PROFESSEURS

DÉDICACES

SERMENT

SOMMAIRE

PRÉAMBULE

INTRODUCTION GÉNÉRALE

I- PREMIÈRE PARTIE – HISTOIRE DE LA MÉTHODE

I-A. INTRODUCTION DE LA MÉTHODE

I-A.1. La notion de normalité ne va pas de soi
I-A.2. La définition de la personnalité pathologique reste celle de Schneider
I-A.3. Foulds a proposé des points de repères différentiels
I-A.4. Le choix d'un test : le TCI

I-B. GÉNÉALOGIE DU CONCEPT BIOPSYCHOSOCIAL

I-B.1. PSYCHOLOGIE DES FACULTÉS MENTALES
PSYCHOLOGIE DE LA SANTÉ

I-B.1.1. Au 17ème siècle en Italie, la Commedia dell'Arte
I-B.1.2. René Descartes
I-B.1.3. « Les Caractères » de La Bruyère
I-B.1.4. Emmanuel Kant, Plattner
I-B.1.5. Hippolyte Taine, Théodore Ribot
I-B.1.6. Esquirol
I-B.1.7. La description du « *Psychopathe* » par l'Allemand Koch
I-B.1.8. La Morphopsychologie
I-B.1.9. Kurt Schneider en 1923
I-B.1.10. Cattell, Binet, Wechsler et Murray
I-B.1.11. Jerry Fodor
I-B.1.12. Hans Eysenck
I-B.1.13. Costa et McCrae en 1990
I-B.1.14. Le TCI de Robert Cloninger en 1993

I-B.2. SOCIOLOGIE, PSYCHOLOGIE SOCIALE

I-B.2.1.La Sociologie
I-B.2.2. L'évolutionnisme
I-B.2.3. Le Marxisme
I-B.2.4. Jung, Adler et Moreno
I-B.2.5. Erik Erikson
I-B.2.6. Margaret Mead, Lewin et Linton
I-B.2.7. Roger Bastide, Sullivan et Parson, Devereux
I-B.2.8. August Hollinghead et Frederick Redlich
I-B.2.9. Hochmann
I-B.2.10. Eliot Freidson

Thèse de Frédéric Jumelle © 2005

I-B.3. PSYCHOPHARMACOLOGIE COGNITIVE
I-B.3.1. La Neuropsychologie, Osler en 1913
I-B.3.2. Le Cognitivisme et les Neurosciences cognitives
I-B.3.3. La Psychologie cognitive
I-B.3.4. Découvertes des Neurotransmetteurs cérébraux
I-B.3.5. La psychopharmacologie cognitive
I-B.3.6. L'imagerie cérébrale fonctionnelle

I-B.4. EPIDÉMIOLOGIE ET PSYCHOLOGIE EXPÉRIMENTALE
I-B.4.1. Les apports de l'épidémiologie
I-B.4.2. Personnalités normale et pathologiques
I-B.4.3. Les troubles de la personnalité dans le DSM
I-B.4.4. Les troubles de la personnalité dans la CIM
I-B.4.5. Le cas de la personnalité Passive Agressive
I-B.4.6. Les tests : des examens complémentaires pour la psychiatrie
I-B.4.7. Epidémiologie des troubles de la personnalité

I-C. INVENTAIRE DES DIFFÉRENTS MODÈLES RÉCENTS D'APPROCHE DE LA PERSONNALITÉ
I-C.1. La recherche de sensations de Zuckermann et le SSS
I-C.2. Les travaux de Gray et le questionnaire d'Eysenck
I-C.3. L'échelle de Baratt et l'Impulsivity Rating Scale
I-C.4. Le 16-PF de Catell
I-C.5. Le MMPI de Hathaway et McKinley
I-C.6. Le MCMI de Millon
I-C.7. Le PAS de Tyrer
I-C.8. Le NEO PI-R de Costa et McCrae
I-C.9. Le TCI de Cloninger

I-D. CONCLUSION SUR LA MÉTHODE

II- DEUXIÈME PARTIE - ÉTUDE TRANSVERSALE

II-A. ARGUMENTS SOCIOLOGIQUES ET COMPORTEMENTAUX EN FAVEUR D'UNE ÉTUDE VISANT A APPROCHER PROFILS ET MORBIDITÉ DES MÉDECINS EN FORMATION
II-A.1. Une étude transversale descriptive concernant l'évaluation biopsychosociale des médecins en formation, pourquoi ?
II-A.1.1. Parce que la médecine contemporaine mérite plus que tout autre métier le nom de profession
II-A.1.2. Parce que les médecins sont investi d'une responsabilité sociale et morale
II-A.1.3. Parce que c'est le médecin qui définit la maladie
II-A.1.4. Parce que la maladie est une déviance biologique et sociale
II-A.1.5. Parce que le rapport 2003 de la commission permanente du conseil national de l'ordre des médecins
II-A.1.6. Parce que les Confrontations Psychiatriques n° 44-2003
II-A.1.7. Parce que les affections de nature psychiatrique sont au premier plan de l'état de santé des médecins
II-A.1.8. Parce que des études sur les choix d'études ou les profils psychologiques

Thèse de Frédéric Jumelle © 2005

II-A.2. Une étude transversale comparative qui confronte les résultats obtenus par un échantillon de médecins en formation avec ceux obtenus par un échantillon d'individus représentatif de la société dont ils sont issus et dans laquelle ils vont exercer, pourquoi ?

II-A.2.1. Parce que c'est le comportement du médecin traitant

II-A.2.2. Parce qu'une certaine similarité entre thérapeute et patient

II-A.2.3. Parce que les différents troubles de la personnalité sont parfois handicapants et évoluent selon des modes spécifiques

II-B.2.4. Parce que Beck et Freeman

II-A.2.5. Parce que la loi du 4 Mars 2002 relative aux droits des malades

II-A.2.6. Parce qu'il existe aussi de nombreuses études qui évaluent de manière pragmatique la personnalité des étudiants en médecine

II-B. HYPOTHÈSES

II-B.1. HYPOTHÈSE PRINCIPALE : les études de médecine sélectionnent et éduquent des tempéraments et des personnalités spécifiques à la fonction de médecin:

II-B.1.1. Le groupe formé par les étudiants en médecine est unique, homogène et spécifique de la fonction.

II-B.1.2. Les sous-groupes PCEM2 et TCMG sont uniques, homogènes et spécifiques du moment de formation dont ils sont issus

II-B.1.3. Cette différence de composition est explicable

II-B.1.4. Cette différence de composition est de nature

II-B.2. HYPOTHÈSE ALTERNATIVE : l'échantillon des étudiants en médecine constitue un groupe sélectionné et de nature différente de l'échantillon représentatif de la population générale française qu'il doit soigner :

II-B.2.1. Il existe une différence significative de composition entre ces 2 groupes

II-B.1.2 Cette différence de composition entre les deux groupes est explicable

II-B.1.3. Cette différence de composition est de nature

II-C. SUJETS ÉTUDIÉS

II-C.1. Constitution d'un échantillon formé de 2 cohortes de médecins en formation :

II-C.1.1. Les critères d'inclusion

II-C.1.2. Protocole et éthique de l'étude, accord officiel, soutien du DUMG et des Associations d'étudiants de premier, deuxième et troisième cycles

II-C.1.3. Recrutement, taille et représentativité de l'échantillon

II-C.2. Recherche et soutien logistique d'une biostatisticienne

II-D. MÉTHODES

II-D.1. Instrument d'évaluation : le questionnaire TCI

II-D.2. Les dimensions explorées par le TCI renvoient au modèle biopsychosocial et à l'approche psychobiologique de la personnalité de Cloninger :

II-D.2.1. Le Tempérament

II-D.2.2. Le Caractère

II-D.2.3. Le profil TCI de personnalité

II-D.2.4. Validité du questionnaire TCI

II-D.3. Le TCI est utilisé en recherche

II-D.4. Le TCI est utilisé en pratique clinique.

II-D.5. Utilisation du programme d'interprétation automatisé des TCI

II-E. ANALYSE STATISTIQUE

Thèse de Frédéric Jumelle © 2005

II-F. RÉSULTATS

II-F.1. L'échantillon de population

II-F.2. Données socio-démographiques des 2 sous-groupes

II-F.3. Les scores bruts (4 tableaux):

II-F.3.1. Les 7 scores principaux et les 24 sous scores du TCI (scores moyen, minimum, maximum et écart-types) obtenus dans la population des étudiants et médecins en formation à Nancy 1, influence du sexe :

II-F.3.2. Les 7 scores principaux du TCI et écart-types obtenus dans les 2 sous populations de médecins en formation à Nancy, PCEM2 et TCMG, influence de l'âge :

II-F.4. Prévalence théorique des tempéraments et des personnalités (6 tableaux):

II-F.4.1. Rappel de la définition théorique des tempéraments selon Cloninger

II-F.4.2. Rappel de la définition théorique des personnalités selon Cloninger

II-F.4.3. Prévalence théorique et distribution des Tempéraments et Personnalités (normale et immatures) dans la population des étudiants et médecins en formation à Nancy 1, influence du sexe

II-F.4.4. Prévalence théorique et distribution des Tempéraments et Personnalités (normale et immatures) dans les 2 sous populations de médecins en formation à Nancy 1, PCEM2 et TCMG, influence de l'âge :

II-G. DISCUSSION

II-G.1.Discussion de l'hypothèse principale concernant les étudiants :

II-G.1.1. Discussion portant sur l'ensemble de l'échantillon

II-G.1.2. L'analyse des biais

II-G.1.3. La différence de composition

II-G.2. Discussion d'une hypothèse alternative, le groupe des étudiants en Médecine est comparé à la population générale française dont il est issu et dans laquelle il sera amené à exercer:

II-G.2.1. Précautions

II-G.2.2. La différence de composition

II-G.2.3. Analyse de la différence de composition

II-G.3. Comparaison des résultats obtenus par tous les étudiants en médecine en formation à Nancy avec ceux obtenus par un échantillon représentatif de jeunes français de niveau baccalauréat et plus :

II-G.3.1. Précaution

II-G.3.2. Comparaison

II-G.4. Comparaison des résultats de l'échantillon des étudiants en médecine en formation à Nancy avec ceux d'un échantillon d'étudiants en médecine américains à Chicago:

II-G.4. 1. Précaution

II-G.4. 2. Comparaison

II-G.5. Comparaison des résultats des résidents en médecine en formation à Nancy 1 avec ceux des internes américains inscrits en « primary care specialties » à Chicago:

II-G.5.1. Précaution

Thèse de Frédéric Jumelle © 2005

II-G.5.2. Comparaison

II-G.6. Comparaison des résultats des résidents en médecine en formation à Nancy 1 avec ceux des internes américains inscrits en « primary care or surgical specialties » à Chicago :

II-G.6.1. Précaution

II-G.6.2. Comparaison

II-G.7. Analyse et discussion sociologique des résultats

II-G.7.1. Discussion sociologique et éléments d'analyse des implications sociales :

II-G.7.2. Bilan autocritique et traduction pré-opérationnelle des résultats :

II-H. CONCLUSION DE L'ÉTUDE

II-H.1. Concernant les étudiants en médecine

II-H.2. Concernant la relation médecin/malade

III- CONCLUSION GÉNÉRALE :

III-A. PERSPECTIVES

III-B. PROPOSITION D'UNE ÉTUDE LONGITUDINALE PROSPECTIVE CONCERNANT LES ÉTUDIANTS EN PCEM 2

IV- RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ANNEXES

ANNEXE 1 : VERSION FRANÇAISE DU TCI DE CLONINGER

ANNEXES 2 : DÉTAILS DE L'ANALYSE STATISTIQUE

ANNEXE 3 : DESCRIPTION DES TROUBLES SPÉCIFIQUES DE LA PERSONNALITÉ INSCRITS A L'AXE II DU DSM IV

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ EN ANGLAIS

PERMIS D'IMPRIMER

Thèse de Frédéric Jumelle © 2005

RÉSUMÉ EN ANGLAIS

This medium-scale prevalence study was designed to assess for the first time in France Temperament and Character of under graduated medical students by Cloninger Inventory (in a French version). Personality disorders (PD) are estimated by recent studies to a theoretic 13% of general population. They are identified risk factors of main psychiatric disorders, especially addictive and mood disorders. Otherwise, recent reports on medical doctors' (MD) health in France are pointing out the fact doctors are frequently interrupting activities for psychiatric motives. They are also asking consequently for allowance of impairment. Psychiatric motives have become the very first of MD impairment in France. This study had to be done for medical and social reasons.

174 students had successfully completed the inventory upon 454 candidates; filling rate was 38%, sex ratio 2.1 women for 1 man, mean age 22.2 years. 146 normal and 28 immature personalities have been reported. Theoretical morbidity was 16.1%, theoretical because TCI shows dimensions but no diagnosis. Raw Novelty seeking of students (NS) has been 19.5, Harm Avoidance (HA) 16.5, Reward dependency (RD) 16.8, global maturity (SD+C) 66.5. Both under-groups of students, PCEM2 (second year students) and TCMG (thesis level students), obtained similar results. To the contrary, there was a significant difference between results of students and those of general French population (Pélissolo, 2000), except for HA ($p=0.42$). Temperament type of a standardized French MD was passive aggressive; men being rather histrionic or antisocial, women being passive aggressive or passive dependent. General French population temperament was already known as explosive (borderline). Among immature personalities reported, obsessive-compulsive type was the most prevalent (10 cases). Though theoretical, prevalence of PD in MD population seemed high and clinical evaluation is surely indicated on reported cases.

However, these primary findings may help authorities to start thinking about situation of MD health in France, as reported by Carmf in 2003 and 2004. Including the future of the profession if nothing happens to improve the system. From another point of view, those results may bring clues about modal communication activated in patient-to-doctor relationships when party suffers of PD. Let us assume the risk to say that study's results may introduce the idea of an early (auto)evaluation of medical students' psychological balance in order to prevent these who suffer from choosing a risky career, and to treat those who are already in a specific field. That strategy should have a significant impact on MD quality of life as well as patients' treatment, and cost of healthcare.

Thèse de Frédéric Jumelle © 2005

VU

NANCY, le **17 novembre 2005**
Le Président de Thèse

Professeur J.P. KAHN

NANCY, le **17 novembre 2005**
Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur P. NETTER

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE

NANCY, le **23 novembre 2005**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1

Professeur **J.P. FINANCE**

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

Cette étude concerne le repérage par le TCI de Cloninger de la typologie et de la distribution des tempéraments et personnalités des médecins en formation à Nancy. Il ne s'agit pas d'une démarche diagnostique. Les troubles de la personnalité inscrits à l'axe II du DSM IV ont une prévalence théorique de 13% en population générale et sont des facteurs de risque identifiés des troubles de l'axe I. Les affections psychiatriques sont en France au premier plan de la morbidité des médecins. Il s'agit de la première étude française de ce genre.
Ce travail s'appuie sur une base statistique de 174 étudiants sur 454 candidats, soit un taux de réponse de 38%, un sex-ratio de 2,1 femmes pour 1 homme, un âge moyen de 22,2 ans. 146 personnalités normales et 28 personnalités immatures ont été recensées dans cet échantillon, soit une morbidité théorique de 16,1%. Les scores obtenus au TCI ont été les suivants : recherche de nouveauté (NS) 19,5 ; évitement du danger (HA) 16,5 ; recherche de récompense (RD) 16,8 ; maturité globale (SD+C) 66,5. Les deux sous groupes testés, PCEM2 et Troisième Cycle Médecine Générale, n'ont pas montré de différence. Mais, il existait une différence significative entre tous les scores des médecins et ceux de la population générale française (Pelissolo 2000), à l'exception de HA (p=0,42). Le tempérament du médecin standardisé issu du TCI a été le type passif agressif, les hommes étant plutôt de type histrionique ou antisocial et les femmes plutôt de type passif agressif ou passif dépendant. Le tempérament du français moyen standardisé était déjà repéré comme de type explosif (borderline). La personnalité de type obsessionnel a été la plus fréquemment repérée chez les médecins (10 cas). La prévalence théorique des personnalités immatures est forte chez les médecins et demande à être confirmée par l'évaluation clinique des sujets dépistés.
Les résultats de ce travail pourraient constituer des éléments de compréhension de la prévalence des maladies psychiatriques décrites dans les rapports 2003 et 2004 de la Carmf, mais aussi de leur origine et peut-être de leur avenir. Ces résultats pourraient permettre d'envisager les modalités de communication mises en œuvre dans la relation médecin/malade et les éventuels dysfonctionnements qui résulteraient de la confrontation de personnalités immatures et rigides. Ces résultats pourraient indiquer la nécessité d'évaluer précocement les étudiants en médecine dans le but de les aider à s'orienter ou à se traiter. Cette stratégie pourrait avoir un impact significatif sur la qualité de vie des médecins comme sur la qualité et le coût des soins.

TITRE EN ANGLAIS

Temperament and Character assessed with Cloninger Inventory of 174 Undergraduated Medical Students, studying medicine at University of Nancy 1 in France. (Theoretical Prevalence study)

THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE – ANNÉE 2005

Etude transversale visant à approcher par le TCI de Cloninger la prévalence théorique des tempéraments et des personnalités dans un échantillon de 174 médecins en formation à Nancy 1.

MOTS CLÉS :

Tempérament – Personnalité adulte – Prévalence – Etudiant médecine – Test personnalité

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'U.F.R. :

Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 – VANDOEUVRE LES NANCY Cédex