

UNIVERSITE DE LIMOGES

FACULTE DE MEDECINE

ANNEE 2012

THESE N°

LE MODELE PSYCHOBIOLOGIQUE DE CLONINGER
POUR EVALUER LA PERSONNALITE DU PATIENT DOULOUREUX :
ETUDE EN MEDECINE GENERALE

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

présentée et soutenue publiquement

le 26 juin 2012

par

Erika Marie MORLON

née le 13 novembre 1983, à Limoges

EXAMINATEURS DE LA THESE

M. le Professeur CLEMENT Jean-Pierre.....Président
Mme le Professeur TEISSIER Marie-Pierre.....Juge
Mme le Docteur VERGNE-SALLE Pascale.....Juge
Mme le Docteur DUMOITIER NathalieJuge
Mme le Docteur DRUET-CABANAC AnnieMembre Invité

UNIVERSITE DE LIMOGES

FACULTE DE MEDECINE

ANNEE 2012

THESE N°

LE MODELE PSYCHOBIOLOGIQUE DE CLONINGER
POUR EVALUER LA PERSONNALITE DU PATIENT DOULOUREUX :
ETUDE EN MEDECINE GENERALE

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

présentée et soutenue publiquement

le 26 juin 2012

par

Erika Marie MORLON

née le 13 novembre 1983, à Limoges

EXAMINATEURS DE LA THESE

M. le Professeur CLEMENT Jean-Pierre.....Président
Mme le Professeur TEISSIER Marie-Pierre.....Juge
Mme le Docteur VERGNE-SALLE Pascale.....Juge
Mme le Docteur DUMOITIER NathalieJuge
Mme le Docteur DRUET-CABANAC AnnieMembre Invité

DOYEN DE LA FACULTE : Monsieur le Professeur Denis VALLEIX

ASSESEURS : Monsieur le Professeur Marc LASKAR
Monsieur le Professeur Jean-Jacques MOREAU
Monsieur le Professeur Pierre-Marie PREUX

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS :

ABOYANS Victor	CARDIOLOGIE
ACHARD Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
ADENIS Jean-Paul (CS)	OPHTALMOLOGIE
ALAIN Sophie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
ALDIGIER Jean-Claude	NEPHROLOGIE
ARCHAMBEAUD Françoise (CS)	MEDECINE INTERNE
ARNAUD Jean-Paul	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
AUBARD Yves (C.S.)	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
BEDANE Christophe	DERMATOLOGIE-VENEREOLOGIE
BERTIN Philippe (CS)	THERAPEUTIQUE
BESSEDE Jean-Pierre (CS)	O.R.L.
BONNAUD François	PNEUMOLOGIE
BONNETBLANC Jean-Marie (CS)	DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE
BORDESSOULE Dominique (CS)	HEMATOLOGIE
CHARISSOUX Jean-Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
CLAVERE Pierre (CS)	RADIOTHERAPIE
CLEMENT Jean-Pierre (CS)	PSYCHIATRIE D'ADULTES
COGNE Michel (CS)	IMMUNOLOGIE

COLOMBEAU Pierre (SUR. 31.08.2014)	UROLOGIE
CORNU Elisabeth	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
COURATIER Philippe (C.S.)	NEUROLOGIE
DANTOINE Thierry	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT
DARDE Marie-Laure (C.S.)	PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
DAVIET Jean-Christophe	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
DESCAZEAUD Aurélien	UROLOGIE
DESSPORT Jean-Claude	NUTRITION
DRUET-CABANAC Michel (CS)	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL
DUMAS Jean-Philippe (C.S.)	UROLOGIE
DUMONT Daniel (SUR. 31.08.2012)	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL
ESSIG Marie	NEPHROLOGIE
FAUCHAIS Anne-Laure	MEDECINE INTERNE
FEISS Pierre (SUR. 31.08.2013)	ANESTHESIOLOGIE- REANIMATION
FEUILLARD Jean (CS)	HEMATOLOGIE
FOURCADE Laurent (CS)	CHIRURGIE INFANTILE
FUNALOT Benoît	BIOCHIMIE et BILOGIE MOLECULAIRE
GAINANT Alain (C.S.)	CHIRURGIE DIGESTIVE
GUIGONIS Vincent	PEDIATRIE
JACCARD Arnaud	HEMATOLOGIE
JAUBERTEAU-MARCHAN M. Odile	IMMUNOLOGIE
LABROUSSE François (CS)	ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
LACROIX Philippe	MEDECINE VASCULAIRE
LASKAR Marc (C.S.)	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
LIENHARDT-ROUSSIE Anne (CS)	PEDIATRIE
LOUSTAUD-RATTI Véronique	HEPATOLOGIE

MABIT Christian (CS)	ANATOMIE
MAGY Laurent	NEUROLOGIE
MARQUET Pierre	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
MATHONNET Muriel	CHIRURGIE DIGESTIVE
MAUBON Antoine (CS)	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
MELLONI Boris (CS)	PNEUMOLOGIE
MERLE Louis (CS)	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
MONTEIL Jacques (CS)	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
MOREAU Jean-Jacques (C.S.)	NEUROCHIRURGIE
MOULIES Dominique (SUR. 31.08.2013)	CHIRURGIE INFANTILE
MOUNAYER Charbel	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
NATHAN-DENIZOT Nathalie (CS)	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
PARAF François	MEDECINE LEGALE et DROIT de la SANTE
PLOY Marie-Cécile (CS)	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
PREUX Pierre-Marie	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
ROBERT Pierre-Yves	OPHTALMOLOGIE
SALLE Jean-Yves (C.S.)	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
SAUTEREAU Denis (CS)	GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
STURTZ Franck (CS)	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre	ENDOCRINOLOGIE , DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES
TREVES Richard	RHUMATOLOGIE
TUBIANA-MATHIEU Nicole (CS)	CANCEROLOGIE
VALLAT Jean-Michel (SUR. 31.08.2014)	NEUROLOGIE
VALLEIX Denis	ANATOMIE CHIRURGIE GENERALE

VERGNEGRE Alain (CS)	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE et PREVENTION
VIDAL Elisabeth (C.S.)	MEDECINE INTERNE
VIGNON Philippe	REANIMATION
VIROT Patrice (CS)	CARDIOLOGIE
WEINBRECK Pierre (C.S)	MALADIES INFECTIEUSES
YARDIN Catherine (C.S)	CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AJZENBERG Daniel	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
ANTONINI Marie-Thérèse (CS)	PHYSIOLOGIE
BOURTHOUMIEU Sylvie	CYTOLOGIE et HISTOLOGIE
BOUTEILLE Bernard	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
CHABLE Hélène	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
DURAND-FONTANIER Sylvaine	ANATOMIE (CHIRURGIE DIGESTIVE)
ESCLAIRE Françoise	BIOLOGIE CELLULAIRE
FUZIER Régis	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
HANTZ Sébastien	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
LAROCHE Marie-Laure	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
LE GUYADER Alexandre	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
MARIN Benoît	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
MOUNIER Marcelle	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE
PICARD Nicolas	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
QUELVEN-BERTIN Isabelle	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
TERRO Faraj	BIOLOGIE CELLULAIRE
VERGNE-SALLE Pascale	THERAPEUTIQUE
VINCENT François	PHYSIOLOGIE

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

CAIRE François

NEUROCHIRURGIE

P.R.A.G

GAUTIER Sylvie

ANGLAIS

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS

BUCHON Daniel

MEDECINE GENERALE

BUISSON Jean-Gabriel

MEDECINE GENERALE

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

DUMOITIER Nathalie

MEDECINE GENERALE

MENARD Dominique

MEDECINE GENERALE

PREVOST Martine

MEDECINE GENERALE

A Monsieur le Professeur CLEMENT Jean-Pierre,
Professeur des Universités, Psychiatrie adulte
Psychiatre des Hôpitaux

Vous me faites l'honneur d'être mon Directeur de thèse et Président de jury. Je vous remercie de votre aide précieuse, de votre écoute et de votre disponibilité. Recevez ici l'expression de ma sincère admiration et de ma profonde gratitude.

A Madame le Professeur TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre,
Professeur des Universités
Praticien Hospitalier

Nous sommes très honorés de vous compter parmi nos juges. Nous vous exprimons notre profond respect et notre gratitude.

A Madame le Docteur VERGNE-SALLE Pascale,
Maitre de conférences universitaire
Praticien Hospitalier
Rhumatologue des Hôpitaux

Nous vous remercions d'avoir accepté de lire et de juger notre travail. Veuillez trouver dans ce travail l'expression de notre reconnaissance et de notre profond respect.

A Madame le Docteur DUMOITIER Nathalie,

Maitre de conférences associée de Médecine Générale

Nous vous sommes reconnaissants d'avoir accepté de lire et de juger notre travail. Recevez ici le témoignage de notre respect et de notre gratitude.

A Madame le Docteur DRUET-CABANAC Annie,

Docteur en Santé Publique et Neuro-Epidémiologie

Merci pour ton aide précieuse, tes explications, ta patience et ta pédagogie.

A ma famille et particulièrement à mes parents, mon petit frère Aymeric et ma grand-mère Suzanne. Merci pour votre soutien indéfectible. Vous m'avez encouragée tout au long de mes études et vous avez toujours cru en moi ; vous m'avez soutenue, même dans les moments les plus difficiles.

A tous ceux qui nous ont quittés trop tôt : mes pensées se tournent vers eux.

A Marc. Merci de m'avoir soutenue (au sens propre comme au figuré) durant ces années. Soit sur de mon affection.

A Marielle. Merci de ton écoute et de toutes ces après-midi détente « thé/step ».

A Ugo. Une rencontre inattendue. Merci pour ton aide, tes conseils avisés et ton flegme. Tu as su m'apaiser et me rendre plus sereine.

A mes amies de médecine, particulièrement Gaëlle et Agnès : vous avez su être là quand j'en avais besoin.

A Alexandra FOUCHER : merci pour ton travail et ton aide.

A mes anciens collègues de l'entreprise CATALENT, avec qui j'ai appris le travail en équipe et la prise de responsabilités.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	15
PARTIE 1: GENERALITES	16
I. PERSONNALITE	17
1. <i>Définition</i>	17
2. <i>Modèles théoriques de la personnalité</i>	21
A. Approche psychanalytique	21
a. Système du Ça	22
b. Système du Surmoi.....	22
c. Système du Moi.....	22
B. Théorie néo-analytique.....	23
C. Approche humaniste.....	24
D. Approche behavioriste ou comportementale	25
E. Approche cognitive	26
F. Approche factorielle de la personnalité ou perspective des dispositions.....	27
G. Approches socioculturelles	28
H. Approche psychobiologique	28
a. Tempérament.....	31
b. Caractère	34
II. DOULEUR.....	37
1. <i>Définition, philosophie et éthique</i>	37
2. <i>Mécanismes générateurs du phénomène douloureux</i>	39
A. Excès de nociception.....	40
B. Douleur de désafférentation neurogène	40
C. Douleur d'origine psychologique	41
3. <i>Composantes de la douleur</i>	41
A. Composante socio-économique	41
B. Composante sensitivo-discriminative.....	42
C. Composante affectivo-émotionnelle	42
D. Composante cognitive	42
E. Composante comportementale.....	43
4. <i>Syndrome douloureux chronique</i>	43
A. Définition	43
B. Démarche étiologique en fonction de la douleur chronique	44
C. Approche du patient douloureux chronique	45
D. Manifestations physiques et psychologiques induites par la douleur chronique .	47
a. Sur le plan physique	47
b. Sur le plan psycho-comportemental	47

5.	<i>Evaluation de la douleur : méthodes</i>	49
A.	Echelles numériques (Annexe 11).....	49
B.	Echelles visuelles analogiques (Annexe 12).....	49
C.	Echelles comportementales.....	50
D.	Questionnaires de la douleur.....	51
6.	<i>Evaluation et suivi du malade douloureux chronique</i>	51
PARTIE 2 : ETUDE CLINIQUE.....		54
I.	OBJECTIFS ET HYPOTHESES	55
II.	METHODOLOGIE	56
1.	<i>Type d'étude</i>	56
2.	<i>Population de l'étude</i>	56
A.	Critères de sélection	56
B.	Critères de non sélection	56
C.	Recrutement de la population	56
D.	Taille de l'échantillon	57
3.	<i>Instruments d'évaluation</i>	57
A.	TCI-125 (Pélissolo et al, 1992).....	57
B.	Echelle visuelle de la douleur (Boureau , 1988)	58
C.	Questionnaire de Bourrhis (Bourrhis et al, 1970)	58
4.	<i>Analyse statistique</i>	58
III.	RESULTATS	59
1.	<i>Caractéristiques de la population générale</i>	59
2.	<i>Caractéristiques générales de sujets douloureux et non douloureux</i>	60
3.	<i>Comparaison entre sujets douloureux et non douloureux</i>	61
4.	<i>Comparaison entre sujets douloureux fonctionnels et organiques</i>	64
5.	<i>Comparaison entre sujets non douloureux et douloureux fonctionnels</i>	67
6.	<i>Comparaison entre sujets non douloureux et douloureux organiques</i>	70
IV.	DISCUSSION.....	72
V.	CONCLUSION	75
ANNEXES		77
BIBLIOGRAPHIE.....		101
SERMENT D'HIPPOCRATE.....		113

INTRODUCTION

Au cours de son histoire, l'homme a souvent utilisé son corps pour traduire un mal-être. « La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite en des termes évoquant une telle lésion » (International Association of The Study of Pain, IASP ; 1997). Cette définition médicale rattache la douleur au corps ; néanmoins, elle ne se limite pas à une conception de corps purement organique, objectivable. La douleur est reconnue comme subjective : l'expert de la douleur est celui qui l'éprouve.

La douleur est une expérience globale, individuelle et subjective ; elle a donc une répercussion sur l'ensemble de l'individu. Le médecin généraliste est le premier interlocuteur ayant accès à cette plainte par l'interrogatoire du patient. Même si la douleur est une des plaintes les plus fréquemment rencontrées en médecine générale, elle n'en demeure pas moins l'une des plus difficiles à évaluer, en raison du grand nombre de causes possibles, de la variété des réactions individuelles et des facteurs subjectifs qui l'influencent. Toutes ces variations dépendent de très nombreux facteurs tels que l'âge, le sexe, la culture ou encore la personnalité.

La douleur est un phénomène pluridimensionnel : à la fois psychologique et neurophysiologique. Elle ne relève pas uniquement de systèmes neurobiologiques spécifiques de la nociception ; elle est également en rapport avec des systèmes cérébraux complexes d'adaptation tels que ceux impliqués dans la mémoire, les émotions ou les affects. C'est pour cette raison qu'il était intéressant de travailler sur ces concepts subjectifs de douleur et de personnalité et ainsi voir s'il pouvait exister un lien entre les deux.

Cette étude retrace l'évolution des concepts de personnalité et de douleur au fil des années. Elle a été réalisée au plus près des patients dans les cabinets de médecine générale, à la recherche d'un éventuel lien entre ces deux concepts en perpétuel évolution. Il s'agissait de sensibiliser les acteurs de la médecine de soins primaires à la prise en charge globale des patients, en tenant aussi bien compte du somatique que du psychique.

PARTIE 1: GENERALITES

I. Personnalité

1. Définition

Personnalité est dérivée du mot latin *persona*. A l'origine, il signifiait « les masques portés par les comédiens des pièces dramatiques dans l'ancienne Grèce. » C'est la façon dont on se montre, c'est-à-dire le personnage social que l'on est, l'apparence extérieure que l'on offre aux autres (Debray et Nollet, 1995). Ainsi, on appartient à un groupe dont on adopte les manières, les réflexes, les coutumes ; dès lors, on réalise un personnage, un rôle social avec ses privilèges et ses attitudes.

La personnalité est l'objet le plus complexe étudié par la psychologie. En effet, c'est un terme polysémique dont il existe de nombreuses définitions. Dès 1937, Allport en recense 50 différentes. Il existe donc à l'heure actuelle de très nombreuses définitions de la personnalité et quasiment tous les grands psychologues en ont donné une.

Selon Allport (1937), la personnalité est une organisation dynamique au sein de l'individu de systèmes psychophysiologiques qui déterminent son comportement caractéristique et ses pensées. La personnalité est une entité unique qui traduit la façon dont une personne pense, réfléchit, agit et se comporte dans différentes situations. C'est une organisation dynamique c'est-à-dire qu'elle n'est pas le fruit d'un élément passif, mais elle est constituée par de nombreuses pièces qui interagissent entre elles et avec l'environnement.

Cattell (1950) définit la personnalité comme ce qui permet une prédiction de ce que va faire une personne dans une situation donnée.

D'après Eysenck (1953), la personnalité est une organisation plus ou moins ferme et durable du caractère, du tempérament, de l'intelligence et du physique d'une personne. Cette organisation détermine son adaptation unique au milieu.

En 1955, Kelly définit la personnalité comme un ensemble de constructions mentales personnelles que nous établissons pour interpréter le monde.

Pour Byrne (1966), la personnalité est une combinaison de toutes les dimensions relativement durables de différences individuelles qui peuvent être mesurées.

Beck et Freeman (1990) définissent la personnalité comme une organisation relativement stable composée de schémas cognitifs qui attachent une signification personnelle aux événements.

En 1993, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) propose de définir la personnalité comme l'ensemble des patterns implantés de pensées, sentiments et comportements qui caractérisent le style de vie particulier à un individu et son mode d'adaptation. Ils résultent de facteurs constitutionnels, développementaux et du vécu social.

Pour Cottraux et Blackburn (1995), la personnalité est une interaction stable et individualisée d'un ensemble de comportements, d'émotions et de cognitions. Elle correspond aux modes de réaction émotives, cognitives et comportementales qui caractérisent chaque individu.

De cette multitude de définitions concernant le concept de personnalité, il en ressort des points communs : la totalité, l'unité, la stabilité et l'individualité.

La totalité signifie qu'il y a une cohérence au sein de conduites qui peuvent être très différentes pour une même personnalité.

L'unité signifie qu'il existe une cohérence au sein de conduites de même nature.

La personnalité est une unité stable ; le terme de personnalité introduit la notion de permanence, de stabilité de l'individu. Même si elle peut connaître des évolutions au fil du temps, la personnalité se caractérise par une certaine invariance des principaux traits qui la composent. Tout au long de la vie, l'individu tend à réagir de manière semblable à des situations analogues.

Elle est une entité unique ; la personnalité est ce qui fait d'un individu un sujet unique, distinct de tous les autres.

Ainsi, la personnalité n'est pas une juxtaposition de pièces mais une organisation. Elle est active. C'est un processus dynamique à l'intérieur de l'individu. Il s'agit d'un concept psychologique dont les bases sont physiologiques. C'est une force interne qui détermine comment les individus vont se comporter.

Selon André Lalande (1988), la personnalité est « la fonction psychologique par laquelle un individu se considère comme un Moi, un et permanent ».

La personnalité individuelle se retrouve sous diverses influences (familiale ou professionnelle). L'influence familiale demeure la plus importante et la plus durable : selon Gaston Berger (1965), elle s'exerce la première et reste sans concurrence pendant plusieurs années. L'enfant reçoit de sa famille des habitudes, des croyances, des attitudes, des systèmes de valeur qui modèlent sa personnalité, fortement déterminée également par les conflits familiaux et les frustrations subies. Plus tard, d'autres influences apportées par le

milieu professionnel, le cadre religieux ou les rencontres de la vie s'y associent afin de façonner la personnalité adulte.

La personnalité s'élabore donc en double mouvement : une construction à l'aide d'un comportement neurobiologique et génétique et une adaptation aux règles culturelles environnantes. Berger écrit : « Le concept de personnalité recouvre ainsi deux idées différentes ; celle d'intégration, elle est l'ensemble ou le système de tout ce qu'il y a en moi, et celle de l'individualité : la forme que prennent en moi les éléments qui y figurent m'appartient en propre et me distingue des autres. Parler de personnalité humaine c'est dire, en somme, que chaque homme est un et qu'il est unique » (Berger, 1965).

De plus, il existe d'autres termes recouvrant celui de la personnalité qu'il convient de décrire pour plus de clarté. La *constitution* d'un individu est la structure biologique permanente de son organisme qui s'applique à l'ensemble des qualités physiques et psychiques.

Le terme de *caractère*, issu de l'imprimerie, désigne les aspects invariants du comportement. Ce sont les manières, les façons de réagir, les attitudes qui sont propres à un individu et qui permettent de le distinguer d'un autre. Il serait déterminé par l'apprentissage social et l'apprentissage cognitif et serait influencé par les facteurs héréditaires. Ainsi, le caractère correspondrait à des dispositions durables et modulerait les tempéraments de base (modèle psychobiologique de Cloninger, 1993).

Le terme de *tempérament* fait référence aux correspondances physiques du caractère. C'est l'ensemble des particularités physiologiques et morphologiques innées qui différencient les individus entre eux et agissent sur leur caractère. Il est à l'origine des dispositions naturelles à se comporter d'une manière plutôt que d'une autre. Les tempéraments sont des traits innés de la personnalité qui apparaissent dès l'enfance mais qui peuvent être modifiés par l'expérience (Buss et Plomin, 1984). On retrouve l'idée d'une base biologique des tempéraments dès l'Antiquité ; Empédocle a décrit les quatre tempéraments correspondant aux quatre humeurs : le tempérament phlegmatique à la lymphe, le tempérament sanguin au sang, le tempérament mélancolique à la bile noire et le tempérament colérique à la bile jaune. Galien reprit cette classification dont il approfondit les aspects psychologiques : le phlegmatique est apathique, le sanguin est optimiste, le mélancolique est triste, le colérique est irascible, fort et combattif. D'autres auteurs ont résumés les tempéraments en trois domaines différents : l'émotionnalité ou la tendance à manifester des réactions physiologiques dans divers contextes, l'activité ou dimension énergétique de l'individu et la sociabilité.

La notion de *trait de personnalité* représente une caractéristique durable, celle d'une disposition à se conduire d'une manière particulière dans des conditions diverses. Le trait de personnalité (ou sous dimension) est considéré comme un continuum allant d'un extrême à l'autre de deux qualificatifs opposés.

Le *type de personnalité* ou dimension de personnalité englobe plusieurs traits spécifiques de personnalité (par exemple, l'Extraversion englobe les traits de sociabilité, dominance, assertivité, activité et nervosité). A l'heure actuelle, il n'existe pas d'accord concernant le nombre de dimensions nécessaires et suffisantes pour spécifier la personnalité. Le modèle de cinq dimensions de personnalité ou modèle du « Big Five » fait l'objet d'un certain consensus et permet à l'individu de se situer dans cinq dimensions qui sont appelées névrotisme, extraversion, ouverture à l'expérience, agréabilité et caractère consciencieux selon le modèle de Costa et McCrae (1992) (Annexe 1).

La notion de *structure de personnalité* se réfère à l'organisation psychique profonde, stable et définitive du sujet.

Enfin, la notion de *trouble de la personnalité* ou de personnalité pathologique, apparue dans le DSM-III (APA, 1980) est une notion difficile à appréhender. En effet, la distinction entre une personnalité normale et une personnalité pathologique n'est pas facile à déterminer. Pour le DSM-III, les troubles de la personnalité sont déclenchés par des structures internes et ils sont caractérisés par une persistance de réponses inadaptées. La personnalité ne devient pathologique que lorsqu'elle se rigidifie, entraînant des réponses inadaptées, source d'une souffrance ressentie par le sujet ou d'une altération significative du fonctionnement social. La définition qu'en propose l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) dans la dixième révision de la Classification Internationale des Maladies (CIM-10) (Annexe 2) est la suivante : « Modalités de comportement profondément enracinées et durables consistant en des réactions inflexibles à des situations personnelles et sociales de nature très diverses. Ils représentent des déviations extrêmes ou significatives des perceptions, des pensées, des sensations et particulièrement des relations avec autrui par rapport à celle d'un individu moyen d'une culture donnée ». Le caractère pathologique d'une personnalité se manifeste habituellement dès l'adolescence et persiste durant toute la vie de l'individu. Il n'existe pas de consensus définitif sur le regroupement par catégories des différentes personnalités pathologiques. Les premières classifications des troubles de la personnalité opposaient les personnalités névrotiques aux personnalités psychotiques ; les personnalités psychopathiques et borderline étant à part. Actuellement, la classification du DSM-IV (Annexe 3) distingue:

- le cluster A, qui inclut les personnalités paranoïaques, schizoïdes et schizotypiques (sujets bizarres ou excentriques).
- le cluster B, qui inclut les personnalités antisociales, borderline, histrioniques et narcissiques (sujets d'apparence théâtrale, émotifs et capricieux).
- le cluster C, qui inclut les personnalités évitantes, dépendantes et obsessionnelles compulsives (sujets anxieux et craintifs). Il correspond aux personnalités névrotiques.

2. Modèles théoriques de la personnalité

Il existe autant d'approches de la personnalité que de définition de son concept. Chaque époque a vu naître une théorie de la personnalité différente.

Certains auteurs proposent des modèles explicatifs du développement et du fonctionnement de la personnalité, de la naissance à l'âge adulte : théorie psychanalytique et néo-analytique, théorie behavioriste, cognitive, psychobiologique...

D'autres proposent une approche descriptive qui vise à caractériser la personnalité à l'aide d'items descriptifs regroupés au sein d'instruments d'auto- ou d'hétéro-évaluations. Ainsi, par l'analyse factorielle de termes ou d'adjectifs qualificatifs, on tente de dégager des dimensions de personnalité (théorie de Cattell ou modèle des cinq facteurs).

A. Approche psychanalytique

Elaborée il y a un siècle, cette théorie freudienne est encore aujourd'hui le socle de la psychologie dynamique. Cette approche repose sur la théorie des instincts selon laquelle les pulsions sont des forces physiologiques qui poussent l'individu à accomplir une activité. Un comportement donné peut correspondre à des motivations diverses chez des personnes différentes ou s'expliquer par tout un éventail de motivations chez un même individu. Par exemple, manger peut servir à assouvir sa faim ou à combler un manque d'amour.

La première théorie freudienne est développée en 1900 dans son livre « L'interprétation des rêves ». Il élabore un modèle pour décrire la vie psychique en fonction du degré de conscience que nous avons des phénomènes : la conscience se rapporte aux phénomènes dont nous sommes conscients à un moment donné, le préconscient aux

phénomènes dont nous pouvons être conscients si nous y prêtons attention, et l'inconscient aux phénomènes qui sont inconscients et dont la prise de conscience est impossible sauf dans des circonstances spéciales.

Sa deuxième théorie, développée en 1923, distingue dans l'appareil psychique trois instances : le système du Ça, du Surmoi et du Moi.

a. Système du Ça

Il est inconscient ; c'est le siège des pulsions primaires (innées), des représentations refoulées (fantasmes inconscients). Ces désirs, ces pulsions cherchent à se réaliser c'est-à-dire qu'ils ne sont soumis qu'au seul principe de plaisir (satisfaction immédiate des besoins).

b. Système du Surmoi

Il est inconscient et représente l'instance qui s'oppose au système du ça et qui force le Moi à dominer. C'est une instance d'autorité, instance morale, interdictive. Il s'agit d'une partie du psychisme renfermant les idéaux que nous essayons d'atteindre et les punitions (culpabilité) que nous prévoyons de recevoir lorsque nous ne respectons pas notre code d'éthique. Cette partie de notre psychisme modère notre comportement conformément aux règles établies par la société, offre des récompenses (amour, fierté) par la bonne conduite et des punitions (culpabilité, système d'infériorité) par la mauvaise conduite.

c. Système du Moi

Il est conscient mais comporte une partie inconsciente (système de défense). C'est le lieu où se réalise un compromis entre les pressions du ça, les exigences du surmoi et les contraintes de la réalité. Alors que le Ça cherche le plaisir et le Surmoi la perfection, le Moi est en quête de réalité. Le rôle du Moi consiste à exprimer les désirs du Ça conformément à la réalité et aux exigences du Surmoi et à les satisfaire.

Pour Freud, la personnalité se développe principalement au cours des cinq premières années de vie et passe par cinq stades que l'on nomme stades psycho-sexuels car ils sont reliés à différentes zones érogènes (stades oral, anal, phallique, période de latence et stade génital). Cette théorie, ayant apporté des éléments nouveaux sur le fonctionnement de l'esprit comme l'Inconscient, reste une fonction importante à l'heure actuelle.

B. Théorie néo-analytique

Cette théorie découle de plusieurs auteurs fortement influencés par la théorie psychanalytique de Freud mais qui s'en écartent soit parce qu'ils pensaient que l'importance de la sexualité était surestimée dans le développement de la personnalité, soit parce qu'ils estimaient que la prédominance accordée aux mécanismes inconscients était trop grande.

Pour Jung (1933), les individus peuvent être classés en deux catégories d'après deux attitudes générales fondamentales : l'extraversion et l'introversion. Parallèlement à ces deux attitudes du Moi, il définit quatre fonctions psychologiques : la pensée, les impressions, les sensations et les intuitions qui déterminent quatre types de personnalités : les types pensée, impression, intuitif et sensation. Ces fonctions psychologiques se combinent avec les deux attitudes du Moi pour donner naissance à un modèle à huit types de personnalité. Selon lui, la personnalité se développe selon un mécanisme d'individualisation. C'est un processus par lequel une personne devient un individu psychologique, c'est-à-dire une unité indivisible, entière et unique. Ainsi, l'individu passe par quatre stades de développement : l'enfance, la jeunesse, le « Middle Age » et le stade du « Old Age ». Pour lui, l'Inconscient est divisé en deux entités différentes : d'une part, l'Inconscient personnel qui correspond à des traces mnésiques et des sentiments propres aux individus qui ont été un jour dans la conscience, mais qui sont maintenant inaccessibles parce qu'ils sont soit oubliés soit réprimés ; d'autre part, l'Inconscient collectif qui correspond aux expériences ancestrales communes à tous les individus et qui est composé d'éléments appelés archétypes, représentant des expériences universelles qui prédisposent les individus à réagir d'une certaine manière dans des contextes divers.

Pour Erikson (1968), le développement de la personnalité se déroule selon huit stades psychosociaux allant de l'âge du nourrisson à la vieillesse (au-delà de 65ans). A chaque stade, la personne est soumise à des forces négatives et positives qui s'opposent et elle doit arriver à s'approcher des forces positives pour résoudre la crise. Le terme psychosocial fait référence à la relation qui existe entre le développement psychologique de l'individu et le contexte social dans lequel le développement se produit. Autrement dit, un individu ne se développera pas de la même manière dans deux environnements différents.

La théorie d'Erikson a eu un impact important sur le grand public et le monde scientifique ; elle a permis de faire abandonner l'idée que la personnalité se construit une fois pour toute dans les premières années de la vie.

C. Approche humaniste

Cette théorie s'intéresse principalement aux forces intérieures subjectives de l'être humain et ce, selon une vision optimiste de sa nature profonde. Ce courant n'est ni génétique ni sociogénétique ; il défend la notion de liberté et de responsabilité.

Cette approche est issue de deux courants philosophiques: le courant existentialiste et le courant phénoménologique. Le courant existentialiste s'intéresse aux expériences immédiates des personnes, à leurs conditions d'existence et estime qu'il est nécessaire d'exercer un libre choix dans ce monde chaotique. Le courant phénoménologique implique une attitude de recherche qui prend en compte l'expérience subjective qu'a un individu d'une réalité, en partant du principe que la réalité est appréhendée de manière unique par chaque individu.

Cette approche est développée par deux psychologues humanistes américains : Carl Rogers et Abraham Maslow.

Maslow (1962, 1968, 1970) considère les individus comme fondamentalement bons, conscients et rationnels. Ils sont acteurs de leur destinée et de leur évolution. Il estime que les facteurs motivationnels sous-tendent la personnalité. Sa théorie repose sur les notions de motivations et de besoins. Il hiérarchise les besoins de l'homme; sa hiérarchie des besoins signifie que l'homme n'atteint le plein développement de son psychisme que s'il est satisfait sur tous les plans: besoins physiologiques, de sécurité, d'appartenance et d'amour, d'estime et d'accomplissement de soi. Même si potentiellement tout le monde est capable d'accéder à l'accomplissement de soi, Maslow estime que certaines personnes y arrivent mieux que d'autres. Pour illustrer sa théorie, il a créé une pyramide des besoins (Annexe 4).

L'approche de Rogers (1961, 1969) est centrée sur la personne et met l'accent sur la qualité de la relation entre le thérapeute et le patient (écoute empathique, authenticité et non jugement). Il considère l'individu dans son entièreté, prône la créativité, l'intentionnalité, le libre choix, la spontanéité et soutient l'idée que les personnes sont capables de résoudre leurs problèmes psychologiques. Il accorde une place importante à la notion de Soi qui définit comment les expériences sont vécues et comment le monde est appréhendé. Selon lui, la personnalité se développe de manière satisfaisante si l'environnement comprend trois facteurs primordiaux : l'empathie, le regard positif et les relations congruentes. L'élément central devient l'image que l'on se fait de soi et cette image doit s'imposer et être telle que les autres ne la voit pas d'un œil critique (Rogers, 1996).

D. Approche béhavioriste ou comportementale

Sous ce terme sont rassemblées des théories qui ont en commun :

- Les mécanismes essentiels du développement et du fonctionnement de la personnalité sont les réactions à des stimulations.
- Admettre une approche objective de la personnalité c'est-à-dire l'étude de ses réactions observables en ne prenant pas en compte l'étude du vécu du patient.

Rotter (1954) fut l'un des premiers à accorder une place considérable à l'environnement et à ses conséquences sur les comportements : il pense que l'environnement peut contrôler les comportements ; ainsi, la plupart des comportements des sujets sont dictés par leurs attentes. Il distingue des individus avec des lieux de contrôle (locus of control) internes, qui attribuent le lien entre leurs comportements et leurs renforcements à des variables personnelles, et des individus avec des lieux de contrôle externes qui attribuent le lien entre les comportements et leurs conséquences à des facteurs externes.

Par la suite, Bandura (1969) a introduit des facteurs sociaux et cognitifs dans les théories de l'apprentissage. L'apprentissage est défini comme la modification adaptative du comportement au cours d'épreuves répétées. Le terme « modification » implique le changement, le terme « adaptative » implique un ajustement à l'environnement. Les épreuves répétées vont entretenir l'apprentissage et le conditionnement. Pour lui, la plupart des renforcements sont des renforcements sociaux, comme l'attention des autres, les sourires, l'approbation, l'intérêt et l'acceptation. Le point central de sa théorie est l'apprentissage par observation. A partir de l'observation des comportements d'autrui, l'individu se fait une idée de la façon dont les nouveaux comportements sont produits. Plus tard, cette information sert de guide pour l'action. Les individus sont capables d'apprendre ce qu'il faut faire à partir d'exemple vus, au moins de façon approximative, avant de produire le comportement en question.

Enfin, Skinner (1971, 1979, 1987) estime que l'environnement détermine la plupart de nos réponses et qu'en fonction de leurs conséquences, elles seront soit reproduites, soit éliminées. Il pense que les individus ne sont pas libres de leurs comportements car ils sont en grande partie fonction de l'environnement dans lequel ils évoluent. Il s'agit d'un apprentissage par conditionnement opérant. Il adopte le principe que la personnalité est déterminée exclusivement par les expériences de la vie et il n'accorde aucune place aux processus cognitifs. Pour lui, les comportements répondent à des lois et il est possible de les

prédire et de les contrôler par des manipulations de l'environnement. Il rejette donc les explications biologiques et génétiques des comportements et de la personnalité : ce que nous sommes c'est ce que nous faisons et ce que nous faisons c'est ce que le milieu nous fait faire.

E. Approche cognitive

La cognition est l'ensemble des activités par lesquelles toutes les informations sont traitées par un appareil psychique, comment il les reçoit, les sélectionne, les transforme et les organise, et construit des représentations de la réalité et élabore des connaissances (Codol, 1989).

Cette théorie met l'accent sur le rôle des processus de pensées (contenu et mécanisme de pensée) dans le développement de la personnalité.

Pour Kelly (1955), les processus cognitifs sont la caractéristique dominante de la personnalité. Chaque individu décode la réalité comme un scientifique intuitif qui tente de comprendre, expliquer, anticiper et contrôler son environnement direct pour s'y adapter le mieux possible. Pour cela, l'individu formule des attentes que Kelly appelle des constructs personnels permettant une catégorisation rapide de l'information pertinente. Sa théorie est basée sur le fait que les individus ont besoin de prédire les événements qu'ils expérimentent.

A l'inverse, Mischel (1977, 1979, 1990) rejette la notion de traits de personnalité au sens strict du terme. Sa théorie vise à concilier les données contradictoires que sont la stabilité des traits de personnalité et la variabilité des comportements dans différents contextes. Pour lui, une théorie adéquate sur la personnalité doit tenir compte de cinq variables cognitives : les compétences, les stratégies d'encodage, les attentes, les valeurs subjectives et les systèmes d'autorégulation. Sa théorie explique les différences individuelles en fonction des variables cognitives qui s'expriment différemment selon le contexte (Mischel et Shoda, 1995, 1998).

Cette théorie s'intéresse donc aux processus mentaux qui sous-tendent l'acquisition de l'information : on parle alors de traitement de l'information. Ce qui est important, c'est la façon dont les informations sont stockées dans la mémoire et leur organisation afin d'être réutilisables.

F. Approche factorielle de la personnalité ou perspective des dispositions

Ces théories postulent que les individus possèdent des prédispositions (traits) à répondre d'une certaine manière dans des situations diverses et que chaque personne est unique en fonction de ses traits de personnalité.

Allport (1937) est le premier à parler de traits de personnalité. Il distingue des traits communs et des traits individuels ou dispositions personnelles. En 1961, il définit le développement de la personnalité en sept stades qui se terminent à la fin de l'adolescence et qui sont caractérisés par des modifications du Moi. Une évolution vers une personnalité mature s'observe si les adultes répondent à six critères : autonomie, relation chaleureuse avec les autres, tolérance à la frustration, perceptions réalistes et aptitudes, insight et humour et le fait d'avoir des buts dans la vie (autodétermination).

La théorie de Cattell (1950, 1957, 1965) est avant tout basée sur l'observation et s'intéresse à la prédiction de la personnalité. Pour lui, la personnalité est ce qui permet la prédiction de ce que va faire une personne dans une situation donnée. Il utilise l'analyse factorielle qui est une méthode statistique permettant de réduire de nombreuses variables en un nombre restreint de facteurs. Les traits constituent la dimension de base de la personnalité d'un individu. Ces traits sont des entités permanentes héritées qui se développent pendant la vie de l'individu et façonnent son comportement. Il a créé une hiérarchie des traits et a isolé seize facteurs ou traits, sources à partir desquelles il a élaboré le 16-Personality Factor questionnaire (16-PF) (Annexe 5).

Une autre théorie de la personnalité basée sur une analyse factorielle a été élaborée par Eysenck (1947); elle comprenait initialement deux dimensions de personnalité: l'extraversion et le névrosisme, représenté par les lettres E et N. La troisième dimension, psychoticisme, a été ajoutée au modèle de la fin des années 70. Il a été élaboré un questionnaire, l'EPQ (Eysenck Personality Questionnaire) qui permet de mesurer les trois dimensions qu'Eysenck a décrites (Annexe 6).

L'alternative majeure au modèle à trois dimensions d'Eysenck est un modèle qui fait usage de cinq personnalités plus large, appelé le Big Five (Costa & McCrae, 1985).

Il comprend les dimensions suivantes :

- *Ouverture à l'expérience* : appréciation de l'art, de l'émotion, de l'aventure, des idées peu communes, curiosité et imagination
- *Conscience* : autodiscipline, respect des obligations, organisation plutôt que spontanéité ; orienté vers des buts

- *Extraversion* : énergie, émotions positives, tendance à chercher la stimulation et la compagnie des autres, fonceur
- *Agréabilité* : tendance à être compatissant et coopératif plutôt que soupçonneux envers les autres
- *Névrosisme* : contraire de stabilité émotionnelle : tendance à éprouver facilement des émotions désagréables comme la colère, l'inquiétude ou la dépression, vulnérabilité

Ils constituent non une théorie mais un repère pour la description et l'étude théorique de la personnalité. Ces cinq dimensions constituent un minimum pour décrire dans son entier le caractère d'une personne. Des questionnaires ont été développés pour évaluer ces cinq dimensions fondamentales, dont le plus utilisé est le NEO PI-R (Neuroticism Extraversion Openness Personality Inventory-Revised).

G. Approches socioculturelles

Les environnements social et culturel sont des facteurs prédominants de l'organisation psychologique individuelle.

L'approche ethnologique et l'anthropologie culturelle ont mis l'accent sur le rôle des nécessités de la vie sociale qui répriment et devient les pulsions dans les faits de culture.

L'unité fonctionnelle liant les besoins de l'individu et les réponses qu'apportent les sociétés a été mis en avant par l'approche fonctionnaliste.

Le culturalisme a privilégié l'influence des faits socioculturels dans le développement de la personnalité. Pour Alfred Adler (1990), c'est la lutte pour atteindre un niveau social supérieur qui constitue l'instinct primordial. Chacun essaie d'atteindre le but ainsi fixé et l'échec, s'il survient, conduit au complexe d'infériorité.

H. Approche psychobiologique

Les théories psychobiologiques se veulent être des modèles causaux des différences individuelles. Des variables psychobiologiques ont été mises en relation avec certaines différences individuelles.

La théorie de Gray (1970, 1980) a vu le jour à partir d'observations de comportements animaux placées dans des conditions particulières de récompense et de punition. Sa théorie est fondée sur trois facteurs : l'anxiété, l'impulsivité, le système

fight/flight. Il suppose qu'un mécanisme psychophysiologique, appelé système d'inhibition comportementale contrôle le niveau d'anxiété et qu'un système de facilitation comportementale contrôle l'impulsivité.

Le modèle de Tellegen (1985) comprend trois dimensions : émotion positive, émotion négative et contrainte. Il a créé un questionnaire multidimensionnel de la personnalité afin d'appréhender ces dimensions (Tellegen et Walker, 1991). Des données psychobiologiques suggèrent que l'émotion positive est associée au système de facilitation comportementale via des systèmes dopaminergiques, que l'émotion négative est en relation avec l'activité du locus coeruleus via des noyaux noradrénergiques et que la contrainte (et plus particulièrement la sous-dimension de contrôle de l'impulsivité) est en relation avec l'activité sérotoninergique ; la sérotonine inhibant la facilitation comportementale induite par la dopamine.

Zuckerman (1988, 1991, 1994) a créé un modèle à trois facteurs comprenant la sociabilité, l'émotionnalité et la recherche impulsive de sensations à caractère antisocial. Selon lui, les neuromédiateurs monoaminergiques et les hormones exercent un impact important sur la personnalité.

Ayant fortement été influencé par la génétique comportementale et par la psychiatrie biologique, Cloninger (1986, 1987, 1988, 1993) propose un modèle biosocial de la personnalité s'articulant autour du tempérament et du caractère. Il s'agit d'une approche dimensionnelle de la personnalité ; la spécificité de ce modèle est de créer des liens entre les dimensions originales de la personnalité et les systèmes neurobiologiques.

L'approche de Cloninger se pose comme une alternative par rapport aux positions des autres psychomotriciens, puisqu'il proposa une organisation théorique issue de la recherche en psychiatrie génétique.

Dans un premier temps, il a effectué un travail de synthèse d'informations à partir d'études familiales et de jumeaux, d'études neuropharmacologiques et neurocomportementales d'apprentissage, mais aussi d'études psychométriques classiques. Il a abouti à un premier modèle en 1987, exploré par le TQP (Tridimensional Personality Questionnaire), dont les dimensions sont supposées être génétiquement indépendantes. Le TQP était un questionnaire d'auto-évaluation composé de 100 items à choix binaire forcé (vrai/faux) qui permettait d'évaluer les trois dimensions initiales : recherche de nouveauté, évitement du danger et dépendance à la récompense. Conformément à son système

d'hypothèses psychobiologiques, les dimensions de tempérament étaient supposées stables, indépendantes génétiquement et gouvernées par des systèmes neurobiologiques.

En 1994, après avoir extrait une dimension supplémentaire par analyse factorielle du TQP (la persistance), il obtient le TCI (Temperament and Character Inventory) (Annexe 7) qui représente la version finalisée de son modèle psychobiologique : questionnaire à choix forcé (vrai/faux) constitué initialement de 240 items, dont la structure est formée de 7 facteurs ; il existe pour chaque facteur des sous-dimensions.

C'est un outil dimensionnel de mesure de la personnalité reposant sur le modèle psychobiologique développé par Cloninger. Le TCI dans ses différentes versions est validé dans différents pays.

Le TCI 240 - Cette version du TCI est la 9^{ème} (Version 9 - Revised october/26/92) du TCI avec 240 items par rapport auxquels le choix de réponse est forcé. Cette version est principalement utilisée en par les anglo-saxons. 238 items sont utilisés pour la cotation des réponses et obtenir les dimensions de personnalité, deux items étant destinés à la validation interne.

Le TCI 226 - Cette version est utilisée en France. Celle-ci a été traduite par Pélissolo et ses collaborateurs (1996) et validée par Pélissolo & Lépine, (1997, 2000). Hansenne et collaborateurs (2001) l'ont validé pour la Belgique.

Le TCI 125 - La version abrégée la plus utilisée, quoique encore marginale, comprend 125 items avec aussi un choix de réponse forcée. Le TCI 125 est un outil validé en France (Chakroun-Vinciguerra *et al.*, 2005).

Le TCI 56 a été proposé par Rigozzi & Rossier (2004). Cette version du TCI à 56 items a été validée auprès de deux échantillons indépendants composés de jeunes, fumeurs et non fumeurs.

Les résultats peuvent être exprimés soit en scores bruts (total des items de chaque dimension) soit en scores pondérés (scores bruts divisés par le nombre d'items de la dimension et multiplié par 100).

Les scores obtenus aux dimensions de caractère permettent d'identifier les sujets ayant un niveau d'adaptation médiocre à leur milieu, définissant l'existence d'un trouble de la personnalité.

La combinaison des scores obtenus aux dimensions de tempérament permettent secondairement d'obtenir un profil descriptif.

La base de cette approche biopsychologique repose sur deux notions (Annexe 8) : le tempérament et le caractère. Cloninger montre que le tempérament et le caractère sont en relation avec deux types d'apprentissage différents et qu'ils correspondent à deux processus mnésiques distincts. Le tempérament engendre des réactions passives et prédéterminées devant différents stimuli, alors que le caractère induit des réactions conscientes en étroite relation avec des processus cognitifs évolués comme la formation de concepts. Son modèle n'est donc pas la réduction de la psychologie humaine à la simple expression de son métabolisme biologique de la neurotransmission puisqu'il développe également un modèle du caractère pour aborder la dynamique qui existerait entre l'individu biologiquement prédéterminé et les influences extérieures de son environnement, familial, social, ...

a. Tempérament

Facette héréditaire de la personnalité qui se manifeste tôt dans la vie; il est considéré comme relativement stable tout au long de la vie, peu importe la culture ou l'apprentissage social, et se comportant comme une contrainte biologique dans l'évolution du sujet au niveau de l'apprentissage. Il se situe à un niveau de conscience automatique et fait appel aux processus d'apprentissage procéduraux, dépendants des systèmes de la mémoire perceptuelle : pour un stimulus donné, on obtient des réponses automatiques soumises au conditionnement associatif. Celles-ci nécessitent certes des expériences perceptives directes, mais ne font pas intervenir de processus conscients pour modifier le comportement.

Cloninger définit quatre tempéraments de base en étroite relation avec les systèmes de neurostimulation:

- Recherche de nouveauté (RN) ou Novelty Seeking (NS) : tendance à répondre par l'excitation ou l'exaltation à des stimuli nouveaux. Le sujet répond à ces stimuli en cherchant activement une récompense possible et en essayant d'éviter la monotonie ou les punitions. Elle est en relation avec le système dopaminergique et l'émotion de base est la colère. Il est postulé qu'une note élevée à cette dimension est associée à un taux de base faible de dopamine. La tendance comportementale est l'activation du comportement ; c'est-à-dire, qu'une personne ayant un haut niveau de recherche de nouveauté aurait les traits suivants : excitation exploratoire, impulsivité, extravagance et désordre.

Recherche de Nouveauté (NS : Novelty Seeking) : 40 items et 4 sous-dimensions

NS1 : Besoin de soutien

NS2 : Impulsivité (distractibilité, contrôle pulsionnel bas, excitabilité)

NS3 : Dépense (extraversion, difficultés pour économiser)

NS4 : Anticonformisme (irritabilité, intolérance aux règles)

NS HAUT :

Emporté, curieux, excité

Exubérant, enthousiaste

Dépensier

Instable, facilement lassé, désordonné

NS BAS :

Calme, discret

Tempéré, réservé

Econome

Tolérant

- Evitement du danger (ED) ou Harm Avoidance (HA) : tendance que manifeste un individu à répondre plus ou moins intensément à des stimuli aversifs, avec une réponse d'inhibition pour éviter les punitions, la nouveauté et les frustrations. Il est en relation avec le système sérotoninergique et l'émotion de base est la crainte. Une note élevée pour cette dimension traduirait une libération accrue de sérotonine. La tendance comportementale est une inhibition des comportements; c'est-à-dire, qu'un individu ayant un haut niveau d'évitement du danger aurait les traits suivants: timidité, pessimisme, inquiétude et fatigabilité.

Evitement du Danger (HA : Harm Avoidance) : 35 items et 4 sous-dimensions

HA1 : Inquiétude (pessimisme)

HA2 : Peur de l'inconnu (et des étrangers)

HA3 : Timidité

HA4 : Fatigabilité (asthénie psychique et physique, mauvaise récupération post stress)

HA HAUT :

Pessimiste

Craintif, hésitant

Timide, inhibé

Fatigable

HA BAS :

Optimiste, rassuré

Brave, audacieux

Détendu

Energique

- Dépendance à la récompense (DR) ou Reward Dependence (RD) : propension à répondre sans cesse de manière intense à des signaux de récompense, comme l'approbation sociale et interpersonnelle et à éviter la punition. Elle est en relation avec le système noradrénergique et l'émotion de base est l'amour. Le modèle de Cloninger postule qu'une note élevée à cette dimension est associée à un taux de base faible de noradrénaline. La tendance comportementale est le maintien des comportements et l'attachement social; c'est-à-dire, qu'un individu ayant un haut niveau de dépendance à la récompense aurait les traits suivants: sentimental, chaleureux, attaché émotionnellement.

Dépendance à la Récompense (RD : Reward Dependence) : 24 items et 3 sous-dimensions

RD1 : Sentimentalité (attirait pour les situations à potentiels affectifs élevé)

RD2 : Attachement affectif (sensibilité, recherche de proximité)

RD3 : Dépendance à autrui, besoin de soutien et de l'approbation

RD HAUT :

Sensible, aimant

Chaleureux

Dévoué, susceptibilité

RD BAS :

Insensible, inamical

Froid, solitaire

Indépendant

- Persistence (P) : notion rajoutée plus récemment dont on ne connaît que peu de choses et qui est encore en cours d'exploration. C'est la tendance d'un individu à poursuivre un comportement sans prendre ses conséquences en considération et se retrouverait chez des individus travailleurs, courageux et tenaces ; on suppose qu'elle est en relation avec le glutamate mais il n'y a pas encore d'émotion de base de définie. La tendance comportementale serait le renforcement partiel ; c'est-à-dire, qu'une personne ayant un haut niveau de persistance aurait les traits suivants : enthousiasme, affinité pour le travail, ambition, perfectionnisme. Elle recouperait les notions d'entêtement et d'opiniâtreté.

b. Caractère

Composante de la personnalité qui se développe sous l'influence de l'expérience, des apprentissages et des relations interpersonnelles, c'est une composante beaucoup moins stable. La maturation du caractère résulterait de processus cognitifs élaborés, se situant dans le domaine du conscient, liés à l'introspection et à la réorganisation conceptuelle de l'expérience personnelle dans un but adaptatif. Il est sous la dépendance du tempérament puisqu'il semble apparaître et évoluer après l'acquisition des apprentissages pré-conceptuels. Il fait appel à des domaines tels que l'apprentissage verbal, l'abstraction

symbolique et la conceptualisation, ainsi que la réalisation de stratégies personnelles d'apprentissage.

Les traits de caractère subissent peu d'influences génétiques contrairement aux traits de tempérament.

Cloninger associe à chaque facteur de caractère un type de maturité ; puisque le caractère est un facteur qui se développe dans l'interaction avec l'environnement et au fil des expériences, on utilise le terme « maturité » pour parler de la qualité qui ressort du développement d'un facteur de caractère donné.

Il définit trois dimensions de caractère :

- Individuelle dite Détermination (Self-Directedness, SD) : aptitude d'un individu à contrôler, réguler, adapter ses comportements pour faire face à une situation en accord avec ses valeurs et ses orientations personnelles. Elle correspond à la maturité individuelle.

Détermination (SD : Self Determination) : 44 items et 5 sous-dimensions

SD1 : Sens des responsabilités (acceptation que l'on est responsable de ses choix)

SD2 : Volonté d'aboutir

SD3 : Ressources individuelles : développement de capacités pour résoudre ses problèmes

SD4 : Acceptation de soi : auto-estime

SD5 : Habitudes bénéfiques (congruence des habitudes avec les principes personnels)

SD HAUT :

Maturité

Efficacité

Bonne estime de soi

Acceptation de la critique

Capacité de différer une gratification pour achever un but

SD BAS :

Immaturité

Mauvaise estime de soi

Réactivité importante

Attribution de leurs difficultés à autrui

- Sociale dite Coopération (Cooperativeness, C) : prise en considération et acceptation des autres ; un individu coopérant est tolérant, sociable, empathique, prêt à aider et compatissant. Elle correspond à la maturité sociale.

Coopération (C) : 42 items et 5 sous-dimensions

C1 : Tolérance sociale

C2 : Empathie

C3 : Solidarité

C4 : Indulgence

C5 : Probité

C HAUT :

Tolérance sociale

Compassion importante et empathique

Fraternité et don de soi

C BAS :

Intolérance

Rancunier

Egoïste

- Spirituelle dite Transcendance (Self-Transcendence, ST) : c'est une dimension spirituelle de la personnalité qui est unique car de nombreuses personnes possèdent des croyances très diverses. Elle correspond à la maturité spirituelle. Elle est probablement la dimension de personnalité la plus difficile à cerner tant sa signification peut dépendre de la culture d'appartenance.

Transcendance (ST) : 33 items et 3 sous-dimensions

ST1 : Sens du spirituel

ST2 : Détachement de soi (identification transpersonnelle, capacité de méditation)

ST3 : Croyance universelle : impression d'unité universelle

ST HAUT :

Ambigüité

Pensée magique

ST BAS :

?

II. Douleur

1. Définition, philosophie et éthique

« La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite en des termes évoquant une telle lésion » (International Association of The Study of Pain, IASP ; 1997). La dernière partie de cette définition signifie que tous les types de douleur sont ressentis comme si un tissu était lésé : le fait qu'une lésion réelle existe ou non ne modifie pas le ressenti de la douleur. Par exemple, une douleur lombaire causée par un problème mental sera ressentie avec le même degré de réalité qu'une douleur causée par une lésion vertébrale. Il serait inexact de parler de « douleur imaginaire » dans un cas et de « douleur réelle » dans l'autre cas.

Selon l'anthropologue David Le Breton (1945), « la douleur n'est pas seulement un fait physiologique mais d'abord un fait d'existence. Ce n'est pas le corps qui souffre mais l'individu en son entier. Elle n'est pas seulement la mesure d'une lésion ou d'une affection, mais la rencontre intime d'une situation potentiellement pénible et d'un homme immergé dans une condition sociale et culturelle ayant son histoire propre ».

Comme le mot amour, le mot douleur recouvre une variété infinie de sens, ce qui n'en facilite pas l'analyse : douleur physique, morale, affective avec d'innombrables variantes. Même si l'on s'en tient à la douleur physique, la souffrance est liée à la vie, comme l'ombre à la lumière. Combien d'années-douleur, de siècles-douleur jalonnent l'histoire des hommes ?

L'enseignement médical en général conçoit et organise la connaissance de la douleur dans le cadre des maladies. La douleur est un symptôme infiniment fréquent qui impose d'être analysée, rattachée à sa cause particulièrement, lorsque intense, récidivante et/ou chronique, elle envahit l'univers affectif du patient au point de devenir sa préoccupation principale.

On distingue classiquement la douleur aiguë de la douleur chronique ; elles ont toutes deux des mécanismes initiateurs, des buts, des composantes différentes (Annexe 9). Alors, quel est le sens de la douleur ?

« La douleur », écrivait Magendie en 1847, « par cela même quelle est dans les lois de l'organisme, doit avoir un but ». La question se pose donc : quelle est sa finalité ? Doit-elle être respectée ou faut-il la traiter ? Est-elle utile, inutile, nuisible ?

Elle est, disent certains, naturelle, physiologique, inscrite dans le patrimoine humain depuis le péché originel, la douleur de l'accouchement par exemple. Elle peut être dans une

certaines mesures utiles pour la charge séméiologique d'alarme qu'elle comporte, parfois révélatrice d'un mal sournois ; le type, le siège, les irradiations, l'horaire d'une douleur permettent d'en préciser la cause ; obligatoire et nécessaire, ont longtemps pensé les chirurgiens, formatrice si l'on en croit les stoïciens, rédemptrice et purificatrice pour certains mystiques, source de plaisir même pour les masochistes et les sadiques.

Pour d'autres, la douleur est inutile ; elle n'a pas de fonction, c'est un non-sens.

En vérité, la douleur est nuisible ; source de réflexes nociceptifs, productrice de médiateurs agressifs, cause de désordres d'abord fonctionnels puis lésionnels, la douleur qui se prolonge tarabuste le corps, envahit le champ de conscience, renferme le malade sur lui-même, l'isole, l'épuise, l'avilit, l'humilie. Quoi qu'il en soit, d'un point de vue éthique, la douleur se doit d'être traitée ; c'est même l'une des obligations majeures du médecin : l'article 20 du code de déontologie est un des moins contestés : « Le médecin doit s'efforcer d'apaiser les souffrances de son malade ».

Une douleur aiguë a pour simple finalité d'avertir l'individu que l'intégrité de son organisme est menacée. Mais une fois remplie cette fonction biologique d'alerte, la douleur doit cesser car une douleur qui persiste peut avoir des effets délétères sur l'organisme. Souvent la douleur vient se surajouter à une pathologie concomitante dont elle est un symptôme ; elle devient ainsi en elle-même une véritable maladie. Ainsi, dans sa forme pathologique dite chronique (plus de 6 mois), la douleur a perdu sa fonction biologique, elle s'impose au malade comme une force maléfique, ainsi qu'à la famille et enfin, à la communauté. En effet, la douleur chronique représente un coût énorme pour la société, en médicaments, en journées de travail perdues, en journées d'hospitalisation ; de plus, elle représente l'une des plus fréquentes causes d'incapacités et expose au risque iatrogène d'une consommation anarchique d'antalgiques.

En revanche, la définition de la douleur chronique est variable selon les auteurs. L'état chronique se définit après 3 à 6 mois d'évolution. L'IASP n'en a pas donné de définition précise. De même, la classification internationale de l'OMS (CIM-10) n'a donné aucune précision pour la douleur chronique qui apparaît dans les items « R52.1 Douleur chronique irréductible » et « R52.2 Autres douleurs chroniques ». Aucun texte explicatif n'aide le praticien pour cette classification. La douleur chronique a été simplement opposée à l'item « R52.0 Douleur aiguë ».

L'OMS a défini la douleur chronique : « La douleur qui dure longtemps ou qui est permanente ou récurrente est appelée douleur chronique quand elle dure plus de 6 mois ».

L'American Society of Anesthesiologists (IASP) a donné la définition suivante : « Douleur persistante ou épisodique d'une durée ou d'une intensité qui affecte de façon péjorative le comportement ou le bien-être du patient, attribuable à toute cause non maligne ». On relève ici que la notion de douleur chronique, qui au départ est fondée sur une durée d'évolution, sous-entend en fait d'autres dimensions. Le terme fait aussi appel à une notion de douleur destructrice, inutile, ayant perdu son rôle d'alerte initiale, avec des répercussions majeures et multiples sur le vécu de l'individu. La douleur « envahit le patient ». On peut parler en fait de la douleur chronique en tant que « syndrome douloureux chronique » avec ses retentissements psychologiques et comportementaux qui font la gravité de la douleur chronique.

Ainsi le syndrome douloureux chronique ou « Chronic Pain Syndrom » (CPS) a été défini comme « une douleur persistante qui peut concorder avec les données physiques et qui est associée avec au moins deux des conditions suivantes :

- Une détérioration progressive de la capacité fonctionnelle au domicile, sur un plan social et au travail
- Une augmentation progressive de la demande et du recours à des médicaments ou à des procédures médicales invasives
- Un trouble de l'humeur
- De la colère ou de l'hostilité significatives

La définition proposée par la Haute Autorité de Santé (HAS) combine celle de l'IASP, celle de l'OMS et celle de l'ASA, associant à la notion d'évolution temporelle celle d'impact négatif sur l'individu : « Une douleur chronique est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle, ou décrite en termes évoquant une telle lésion, évoluant depuis plus de 3 à 6 mois et/ou susceptible d'affecter de façon péjorative le comportement ou le bien-être du patient, attribuable à toute cause non maligne ».

2. Mécanismes générateurs du phénomène douloureux

La douleur est un phénomène neuropsychologique complexe et multidimensionnel qui pose un problème de définition. Chaque professionnel de santé peut avoir sa propre représentation de la douleur et il n'est pas toujours certain que les différents protagonistes parlent de la même chose.

La description de la symptomatologie douloureuse peut difficilement se réduire à un seul code, à un seul facteur. La nature individuelle de la douleur justifie un abord clinique fondé sur une évaluation globale du malade et pas uniquement de sa maladie. Toute douleur difficile à soulager doit être appréhendée à la fois du point de vue psychologique et somatique.

La démarche diagnostique doit permettre de préciser non seulement l'existence et la nature du processus pathologique en cours mais aussi de comprendre le mécanisme générateur de la douleur. Le traitement symptomatique découle pour une large part d'une compréhension satisfaisante de ce mécanisme.

Classiquement, on distingue trois types de mécanismes : excès de nociception, douleur de désafférentation neurogène et douleur d'origine psychologique.

A. Excès de nociception

C'est le mécanisme le plus habituel. C'est un mécanisme d'hyperstimulation douloureuse. Le message douloureux provient de lésions périphériques (processus inflammatoires, traumatiques, ischémiques) et d'une façon générale, de lésion comportant des destructions ou des anomalies cellulaires aboutissant à des perturbations métaboliques loco-régionales. Une démarche somatique guidée par l'analyse des caractéristiques sensorielles et topographiques de la douleur, aidée par les examens complémentaires est souvent suffisante pour aboutir au diagnostic. Au plan thérapeutique, il est légitime d'agir sur le processus périphérique lui-même ou d'en limiter les effets par la prescription d'antalgiques périphériques.

B. Douleur de désafférentation neurogène

Elle succède à l'atteinte d'un nerf périphérique (section, amputation, zona...) ; la douleur est rapportée à un territoire amputé ou hypoesthésique. Il s'agit de douleur apparaissant le plus souvent dans les semaines ou les mois qui suivent la lésion. Elle se manifeste soit de façon paroxystique (décharge électrique, élancement), soit de façon continue (sensation de brûlure, de fourmillement) et elle est accompagnée de troubles neurologiques objectifs. Au plan thérapeutique, on propose des antalgiques centraux ou de la neurostimulation.

C. Douleur d'origine psychologique

Même si la nature sine materia d'une douleur peut être suspectée précocement, c'est souvent à un stade tardif que l'origine psychogène finit par être évoquée. Force est d'admettre que le diagnostic de douleur psychogène est évoqué avant tout sur la négativité des bilans clinique et paraclinique. Il ne devrait pourtant pas s'agir d'un diagnostic d'élimination reposant sur une séméiologie psychopathologique positive. Divers cadres nosographiques peuvent ainsi être évoqués :

- Lors de la dépression masquée, où la douleur (véritablement physique) s'accompagne de signes participant au syndrome dépressif : trouble du sommeil, de la libido, anxiété, irritabilité, perte d'intérêt pour les activités.
- Lors de la névrose hystérique ou de la névrose anxieuse de type hypochondriaque.
- Lors de certains états psychiatriques délirants ou schizophréniques.

Quel que soit son mécanisme initiateur, la douleur constitue dans tous les cas une expérience subjective, un phénomène central modulé par des apprentissages antérieurs, des motivations actuelles, des anticipations. La dichotomie somatique/psychologique concerne donc le mécanisme initiateur, mais non le phénomène douloureux lui-même qui est toujours de nature neuropsychologique.

3. Composantes de la douleur

La douleur, qu'elle soit aiguë ou chronique, est complexe ; c'est un modèle multidimensionnel constitué de cinq composantes : socio-économique, sensitivo-discriminative, affectivo-émotionnelle, cognitive et comportementale.

L'ensemble de ces dimensions est lui-même sous l'influence de facteurs environnementaux, professionnels, familiaux, sociaux et culturels, passés ou présents. Un autre facteur peut jouer un rôle important : il s'agit de la durée de la douleur en fonction de laquelle on oppose la douleur aiguë à la douleur chronique.

A. Composante socio-économique

Il s'agit d'évaluer l'existence d'un lien entre une douleur persistante et la situation socio-économique (situation professionnelle...) car elle fixe le cadre de la réhabilitation.

B. Composante sensitivo-discriminative

Elle correspond aux mécanismes neuropsychologiques qui permettent le décodage de la qualité, de la durée, de l'intensité et de la localisation des messages nociceptifs. Pour le clinicien, l'écoute attentive de la description de la sensation douloureuse (qualité, topographie, variation des niveaux de douleur selon certains facteurs, évolution dans le temps, recherche de douleur provoquée) est une étape indispensable de l'évaluation de tout malade. Lorsque ces éléments de base manquent, il peut être impossible de décider une stratégie appropriée pour un malade, même si l'on connaît par ailleurs le diagnostic somatique.

C. Composante affectivo-émotionnelle

La douleur aiguë est souvent vécue comme désagréable, pénible, parfois insupportable et peut se prolonger vers des états émotionnels tel l'anxiété (qui a ici une fonction d'alarme). Avec le temps, l'arrivée permanente d'informations négatives (douleur) entraîne un déplacement de l'humeur : irritabilité, diminution des capacités physiques et intellectuelles, repli sur soi, isolement, culpabilité. La dépression est une conséquence presque obligatoire de la douleur chronique.

La composante affective est déterminée non seulement par le stimulus nociceptif lui-même, mais aussi par le contexte dans lequel le stimulus est appliqué. La signification de la maladie, l'incertitude sur son évolution sont autant de facteurs qui vont venir moduler la composante affective de la douleur en clinique.

D. Composante cognitive

Elle correspond à l'ensemble des processus mentaux susceptibles d'influencer la perception d'un stimulus et les réactions comportementales qu'elle détermine : processus d'attention et de détournement de l'attention, interprétations et valeurs attribuées à la douleur, anticipation sur l'évolution, capacité à faire face (coping), décisions sur le comportement à adopter, référence à des expériences douloureuses antérieures personnelles ou observées.

Une étude de Beecher (1957) a permis de souligner l'influence de la signification accordée à la maladie. En étudiant deux groupes de blessés militaires et civils qui présentaient des lésions identiques, il a observé que les militaires réclamaient moins d'analgésiques que les civils. L'explication principale de cette différence serait que, dans les

deux groupes, le traumatisme et son contexte revêtent des significations tout à fait différentes, positives pour les militaires (vie sauve, fin des combats, considération du milieu social), négatives pour les civils (perte d'emploi, pertes financières, désinsertion sociale).

E. Composante comportementale

Elle englobe l'ensemble des manifestations verbales et non verbales observables chez la personne qui souffre (plainte, gémissement, mimiques, postures antalgiques). Ces manifestations réactionnelles assurent pour une part une fonction de communication avec l'entourage ou de recherche d'aide.

4. Syndrome douloureux chronique

A. Définition

Leriche (1940), Bonica (1953) et Sternbach (1974) ont été parmi les premiers à attirer l'attention sur l'opposition douleur-symptôme et douleur-syndrome.

Cette notion de syndrome douloureux chronique a été reprise par Boureau (1988) : la douleur-symptôme y est remplacée par la douleur-syndrome, véritable maladie en soi dont les nombreux déterminants y compris psychosociaux doivent être envisagés dans un modèle pluridimensionnel interactif mettant à mal la séparation entre causes et conséquences, ainsi que l'opposition classique entre étiologies somatique et psychique. Dans cette optique, souffrances psychologiques et psychiques sont intriquées, la dimension psychologique pouvant représenter selon la situation individuelle en cause un facteur de vulnérabilité ou de maintien de la douleur, en être un déterminant essentiel ou un modulateur.

Pour Sternbach (1974), « la douleur chronique détruit l'individu physiquement, psychologiquement et socialement ». En espérant un soulagement, le patient douloureux chronique multiplie les consultations auprès de nombreux spécialistes, avec quelquefois des détours par les médecines parallèles. Chaque médecin repense le cas, complète les investigations complémentaires. Les différents traitements sont d'autant d'échecs qui se succèdent et chaque nouvelle tentative est une attente déçue. Au fil des consultations, la relation médecin-malade se détériore, le malade perd confiance dans le corps médical et le médecin commence à douter de la réalité des plaintes du patient, suggérant une possible origine psychologique, confortant le patient dans une attitude de déni catégorique de toute implication psychologique dans ses douleurs.

De façon conventionnelle, on fixe entre 3 et 6 mois la limite séparant une douleur aiguë d'une douleur chronique ; ce repère temporel arbitraire est là pour inciter à rechercher une évolution vers un syndrome douloureux chronique chaque fois qu'une douleur devient rebelle. Une plainte douloureuse correspond donc à une douleur permanente évoluant depuis plus de 6 mois. En fait, la douleur n'est pas réellement permanente mais le patient ne discrimine plus les variations. Il vit dans un perpétuel souvenir des douleurs passées et dans l'anticipation anxieuse des douleurs à venir. Il s'agit d'un patient ayant bénéficié de nombreux traitements, tous inefficaces. Il en découle un handicap fonctionnel exagéré et une polymédication.

B. Démarche étiologique en fonction de la douleur chronique

Quel que soit son *primum movens*, lorsqu'une douleur tend à persister, de multiples retentissements physiques, psychologiques et comportementaux viennent s'y rajouter et rendre la prise en charge plus difficile. Dans ce cas, la douleur-symptôme est devenue une douleur-maladie. Il ne suffit plus de découvrir, si elle existe, l'affection causale (lésions/troubles neurologiques, vasculaires, lésions articulaires ou cancéreuses), mais il faudra reconnaître, évaluer, apprécier la part des différents facteurs interactifs, qui jouent un rôle plus ou moins important dans l'entretien de la douleur. Il convient donc de prendre en considération un ensemble de facteurs s'influençant l'un l'autre. La connaissance de ces facteurs additifs et interactifs est d'autant plus importante qu'ils ont souvent considérablement modifiés les caractéristiques et l'intensité de la douleur initiale; la pathologie initiale ayant même parfois disparu. Il ne peut plus être question, ici, de la recherche de la cause organique d'une douleur, mais d'une évaluation pluridimensionnelle d'un syndrome douloureux multifactoriel.

Dès lors, trois questions se posent au praticien :

- Quel est le type exact de la douleur et son profil syndromique ?
- De quel mécanisme douloureux s'agit-il ?
- Quelles sont les parts respectives des différentes composantes de ce syndrome douloureux chronique ?

Il faudra donc tenter de comprendre le pourquoi et le comment d'une douleur chronique avant de commencer à la traiter en elle-même si l'on veut éviter un échec. La douleur chronique devient souvent un comportement et un langage explicite de ce comportement.

C. Approche du patient douloureux chronique

La prise en charge d'un patient douloureux chronique diffère de celle d'un patient présentant une douleur aiguë dans la mesure où il est impossible de privilégier un facteur étiologique unique dans une causalité linéaire. D'un point de vue psychopathologique, l'impact de la douleur est différent pour chaque patient, car le sens de la douleur à travers la biographie est unique pour chaque individu.

Devant toute douleur difficile à soulager et qui tend à durer, le médecin doit penser au risque d'évolution vers une douleur chronique. Il doit s'efforcer de détecter ce risque le plus tôt possible pour tenter de prévenir la chronicisation de la douleur. La douleur chronique doit être repérée. La plainte du patient doit être objectivée.

L'approche du douloureux chronique demande du temps mais aussi une organisation du déroulement de la consultation (Annexe 10). Ainsi, il est possible de dégager les repères essentiels au cours d'un entretien avec un patient douloureux chronique. La consultation avec le douloureux chronique est un acte médical et comme tel passe toujours par un interrogatoire. Cet interrogatoire peut être qualifié plus élégamment d'entretien et suivre une grille constituée d'items validés par le groupe de travail de l'HAS.

Il s'agit d'un entretien semi-structuré : l'entretien doit laisser le patient exprimer librement sa problématique tout en le réorientant vers les informations recherchées. Ainsi, l'interrogatoire se doit d'être précis sur le tout début de l'histoire douloureuse. Puis, il abordera la chronologie des consultations : consultations spécialisées, avis diagnostiques, examens réalisés, traitements antérieurs et en cours, évaluation du handicap douloureux et fonctionnel, prise en compte de l'environnement et du contexte socio-économique.

Le recueil de tous les éléments de cette grille demande du temps et peut être réalisé sur plusieurs consultations.

Tout au long de l'entretien, il semble important de garder à l'esprit les préoccupations suivantes :

- Donner au patient le sentiment d'être cru quant à la réalité de sa douleur et de sa souffrance
- Se garder de toute réaction d'agacement ou de suspicion vis-à-vis du patient, malgré le caractère rebelle de sa douleur
- Eviter de tomber dans le piège de certains préjugés :

- préjugés en faveur d'une organicité systématique, c'est-à-dire s'atteler à la seule tâche de rechercher un diagnostic somatique à tout prix
 - préjugés en faveur d'une cause psychologique systématique, c'est-à-dire décréter comme étant de nature psychologique toute douleur non associée à des symptômes objectifs et/ou des lésions décelables par des examens paracliniques
 - Préjugés consistant à interpréter les bénéfices secondaires (arrêt de travail, prise en charge à 100 %, pension...) comme jouant le rôle primordial dans la pérennisation de la douleur
- Expliquer la nature du mal en termes simples, en langage compréhensible pour le malade

Parallèlement à la démarche d'interrogatoire, il faudra tenter de répondre aux questions suivantes :

- Le diagnostic initial a-t-il été posé correctement et quelles explications ont été apportées au patient ?
- Quel est le mécanisme de la douleur (excès de nociception, désafférentation neurogène, psychologique) ?
- Quelle a été la nature du traitement étiologique ? du traitement antalgique ? les doses ont-elles été suffisantes et bien réparties sur le nycthémère ?
- Quelles sont les grandes composantes de cette douleur chronique (composante somatique, affectivo-émotionnelle, cognitive, comportementale) ?

Ainsi, au terme de l'entretien, on devrait être en mesure :

- De proposer au patient une explication en mots accessibles à la compréhension de son mal et de son mal-être ;
- De lui faire bien comprendre que douleur persistante n'est pas synonyme d'une affection qui évolue ;

- De commencer à pointer les intrications (malentendus divers) venues se greffer autour du problème initial ;
- De revaloriser le malade et de lui expliquer que la composante psycho-affective et émotionnelle de sa douleur est la preuve d'une grande sensibilité (au sens le plus noble du terme) et donc d'une personnalité riche.

Toute douleur doit donc être analysée de manière méthodique. La douleur chronique rebelle constitue petit à petit la douleur-maladie. Les différents retentissements physiques, psychologiques et comportementaux qui viennent s'y ajouter rendent son analyse difficile. Celle-ci doit tout de même avoir lieu (même si elle semble complexe et chronophage) car elle permet sinon de redresser un éventuel diagnostic erroné, d'analyser les composantes du syndrome douloureux. Car, le traitement de la douleur chronique nécessite toujours une prise en charge globale du patient. L'objectif de ce traitement sera le plus souvent de permettre au malade de mieux gérer son handicap.

D. Manifestations physiques et psychologiques induites par la douleur chronique

a. Sur le plan physique

Toute douleur s'accompagne d'un certain nombre de manifestations cliniques somatiques plus ou moins prononcées. Dans la douleur chronique, l'ensemble de ces manifestations revêt l'allure d'une incapacité fonctionnelle ou d'un handicap. Les différentes manifestations somatiques chez le patient douloureux chronique ne sont pas toujours en rapport avec le mécanisme initial de la douleur. Elles sont soumises à l'influence des réactions comportementales et psychologiques du patient, tout comme aux effets thérapeutiques des médicaments.

b. Sur le plan psycho-comportemental

Plusieurs types de troubles peuvent être constatés et vont moduler la douleur.

Les manifestations anxio-dépressives (composante émotionnelle) se rencontrent dans 20 à 80% des cas selon le type de pathologie initiale et selon l'intensité et l'ancienneté de la douleur. C'est de loin la manifestation la plus fréquemment retrouvée dans les syndromes douloureux chroniques : l'anxiété est un important modulateur de la plainte douloureuse. La plupart du temps, elle modifie la présentation de la plainte, qui se centre sur des craintes

quant à la signification de cette douleur, lorsque celle-ci est ressentie comme menaçant l'intégrité corporelle ou l'autonomie fonctionnelle. Elle amplifie également le vécu douloureux lorsqu'elle focalise l'attention du sujet sur sa douleur.

La composante névrotique (hypocondriaque) consiste en la somatisation de l'angoisse ressentie soit du fait de la douleur, soit du fait du stress engendré par sa signification.

La composante cognitive est basée sur les divers processus mentaux impliqués dans l'expérience douloureuse du malade. Elle dépend :

- De l'attention ou de la distractivité vis-à-vis des phénomènes sensoriels
- De la signification prêtée par le malade à sa douleur et ses pensées erronées et mal adaptées à la réalité
- Du contexte situationnel selon les circonstances de la vie du sujet, ses expériences pathologiques passées, personnelles ou familiales
- De l'analyse faite par lui de l'attitude de l'entourage familial et du milieu soignant

La composante comportementale s'étend à toutes les sphères d'activités du patient et affecte ses relations à l'environnement. Souvent, le patient se marginalise par rapport à la vie affective, se désinvestit de ses occupations habituelles, d'où un repli accru sur son corps : il a tendance à réduire le monde à sa douleur. Il faut donc tenir compte :

- Des modifications des relations environnementales au fil de l'évolution de la douleur dans le sens d'une attitude d'hyperprotection, d'assistance ou au contraire, dans le sens de réactions conflictuelles conjugales, familiales ou professionnelles.
- De l'attitude des médecins avec l'effet des prescriptions d'exams complémentaires, des prescriptions médicamenteuses et de repos, de l'augmentation de l'invalidité par la Sécurité Sociale.

5. Evaluation de la douleur : méthodes

A. Echelles numériques (Annexe 11)

Il s'agit d'échelles d'auto-évaluation, unidimensionnelle ou globale. Les échelles numériques discontinues permettent au patient de coter sa douleur, par exemple de 0 à 5 (ou même de 0 à 20). Les intervalles sont égaux mais l'attirance ou la préférence systématique des patients pour certaines valeurs (les chiffres « ronds ») ne donne donc pas une même chance aux différentes valeurs proposées. Les échelles numériques sont cependant réputées avoir une meilleure sensibilité que les échelles visuelles.

B. Echelles visuelles analogiques (Annexe 12)

Les échelles visuelles analogiques (EVA) sont les plus employées parce que les plus fiables et les plus sensibles. Elles représentent des segments de droite d'une longueur exacte de 100 mm dont les deux extrémités sont très nettement marquées avec, pour l'une, l'inscription « absence de douleur » et, pour l'autre, « douleur insupportable » ou mieux « douleur maximale imaginable ». Entre les deux, la ligne tracée représente le continuum douloureux. Et sur cette ligne, le patient fait une marque dont la position lui paraît le mieux correspondre à l'intensité de sa douleur. Cette intensité peut donc être ensuite mesurée par la distance, en millimètres, entre l'extrémité « absence de douleur » et la marque faite par le malade.

Plusieurs types d'EVA sont utilisées : échelles horizontales, verticales ; échelles assorties de qualitatifs (servant de points de repère au patient) étalés tout au long du segment de droite ou situés à intervalles réguliers ; échelles graduées, qui sont cause d'une « agglutination » préférentielle des réponses autour des qualificatifs ou de certaines graduations. La meilleure EVA est probablement, l'EVA horizontale, sans descriptif, ni graduation.

L'EVA ne pose guère de problème de compréhension ; elle est simple d'utilisation et peut même être utilisée chez l'enfant de plus de 5 ans. Néanmoins, ses limites sont bien connues :

- la sensibilité est moins bonne au milieu du segment (là où les marques ont tendance à s'agglutiner) que vers les extrémités
- l'état mental (un syndrome dépressif, par exemple) peut influencer sournoisement le résultat

- certains voient dans l'échelle verticale la figuration de leur rachis et cotent vers le « haut » s'il souffre du rachis cervical
- d'autres prennent le continuum de l'échelle horizontale pour la figuration du déroulement du nyctémère, et croient noter le moment de la journée où se produit le maximum douloureux
- il faut aussi compter sur les troubles visuels, les tremblements...

Il s'agit d'une échelle d'auto-évaluation de la douleur, unidimensionnelle ou globale ; elle est facile et rapide d'emploi et est l'une des échelles les plus fiables. En revanche, cette échelle est mal adaptée à l'évaluation, dans une mesure unique, de douleurs d'intensités différentes qui existent simultanément dans plusieurs localisations. De plus, les échelles unidimensionnelles ne prennent pas en compte le retentissement de la douleur sur le comportement et ne permettent qu'une évaluation quantitative. Elles ont un caractère nécessairement réducteur, l'intensité ne constituant qu'un aspect de la douleur. Les échelles comportementales et les questionnaires descriptifs sont plus informatifs.

C. Echelles comportementales

Le comportement douloureux est l'indicateur le plus objectif du degré de handicap et donc de la sévérité de la douleur ; ces échelles ne se contentent pas de quantifier la douleur, elles permettent aussi d'apprécier ses répercussions. L'observation du patient douloureux permet de constater la présence et la fréquence de manifestations qui témoignent d'une douleur. C'est une évaluation du retentissement de la douleur sur la vie quotidienne. Il s'agit d'un véritable travail d'observation analysant la manière dont la plainte est formulée, les termes utilisés, le faciès plus ou moins crispé, les postures parfois antalgiques, les comportements des déplacements, du déshabillage et/ou de tous les gestes de la vie quotidienne.

Ainsi, l'échelle de Bourhis (Annexe 13), construite en 1970, explore l'envahissement du langage par la plainte douloureuse, le retentissement sur les activités professionnelles et de loisirs et la demande d'antalgiques. Il s'agit d'une échelle d'hétéro-évaluation ; plus le score est élevé, plus la douleur est intense.

Celle proposée par Boureau (1984) (Annexe 14) comporte un questionnaire précisant les comportements douloureux habituellement observés dans des douleurs d'origine variées et traduit le degré de handicap.

D. Questionnaires de la douleur

Ils s'intéressent à la description de sa douleur par le patient. L'analyse du vocabulaire utilisé par le patient pour décrire sa douleur est une première orientation diagnostique. Le langage contient des indicateurs quant à :

- La connotation affective : « gênant, pénible, insupportable » renseignent sur l'impact psychique de la douleur sur le patient
- La connotation sensorielle : « brûlure, lourdeur, décharge électrique » renseignant sur l'étiologie
- L'intensité de la douleur

Le questionnaire de référence est le Mc Gill Pain Questionnaire (1975, 1988), constitué d'une liste de 82 qualificatifs répartis en 20 sous-classes qui expriment les aspects qualitatifs, évaluatifs sensoriels et affectifs de la douleur. Il s'agit donc d'une évaluation qualitative et quantitative, c'est-à-dire multidimensionnelle : le patient coche les mots qui lui paraissent le mieux décrire sa douleur et les cote en intensité. Il existe une adaptation à la langue et à la culture française de ce questionnaire : le Questionnaire Douleur de Saint-Antoine (Annexe 15) comporte 61 qualificatifs répartis en 17 sous-classes : 9 sensorielles, 7 affectives et 1 évaluative.

Ces questionnaires sont plus longs à traiter qu'une échelle visuelle et peuvent parfois poser des problèmes de compréhension ; ils ne se prêtent pas à des mesures répétées à court terme. Ces questionnaires apprécient l'intensité de la douleur d'où découlent les décisions thérapeutiques, et traduisent le vécu de cette douleur et son retentissement. Ils évaluent donc une douleur d'après ce que le patient fait (ou ne fait pas) et pas uniquement d'après ce qu'il en dit.

6. Evaluation et suivi du malade douloureux chronique

L'évaluation initiale du douloureux chronique demande du temps. Elle peut se répartir sur plusieurs consultations.

L'évaluation du malade douloureux chronique implique un bilan étiologique avec un entretien, un examen clinique et si besoin, des examens complémentaires.

Les éléments cliniques essentiels sur lesquels se fondent l'entretien avec le malade douloureux chronique sont indiqués dans la grille d'entretien semi-structuré.

Parmi les outils de base de l'évaluation du malade douloureux chronique, on retient :

- Une mesure de l'intensité de la douleur par une échelle visuelle analogique (EVA) ou une échelle numérique (EN) ou une échelle verbale simple (EVS)
- Une liste d'adjectifs sensoriels et affectifs descriptifs de la douleur
- Une évaluation de l'anxiété et de la dépression (Hospital Anxiety and Depression scale HAD)
- Une évaluation du retentissement de la douleur sur le comportement

Comme tout instrument d'auto-évaluation, les échelles et les questionnaires proposés doivent être remplis par le malade, sans influence du médecin ou de l'entourage. Ils sont complémentaires de la consultation.

Intensité de la douleur :

- L'EVA, l'EN, et l'EVS ont été validées pour mesurer l'intensité de la douleur. Elles n'apprécient donc pas les autres dimensions de la douleur ; elles ne permettent pas de préciser le diagnostic des mécanismes sous-jacents
- L'utilisation en pratique clinique quotidienne des mesures de l'intensité de la douleur (EVA, EN, EVS) est utile pour mieux détecter les malades ayant besoin d'un traitement symptomatique
- Il n'existe pas de lien direct entre la valeur obtenue sur une échelle et le type de traitement antalgique nécessaire
- Les scores calculés à partir des échelles d'intensité ont une valeur descriptive pour un individu donné et permettent un suivi.

Les versions longues des questionnaires d'adjectifs ont été validées. Leur longueur les rend difficilement applicable en médecine ambulatoire. Les scores donnent une indication de l'importance de la douleur. Le vocabulaire de la douleur possède également une valeur d'orientation diagnostique pour faciliter la reconnaissance de certaines douleurs (par exemple les douleurs neurogènes) et apprécier le retentissement affectif de la douleur.

L'évaluation de la composante anxieuse ou dépressive de la symptomatologie douloureuse chronique est fondamentale en pratique quotidienne.

L'évaluation du retentissement de la douleur sur le comportement quotidien est importante en pratique quotidienne ; il n'existe pas d'instrument validé, en français, suffisamment court permettant d'apprécier ce retentissement.

A l'issue de cette évaluation comportant notamment un entretien et des échelles d'évaluation, on aura pu documenter l'importance du syndrome douloureux. Ces informations, couplées à la notion de durée d'évolution, devraient aider à la décision de demande d'avis spécialisés, d'orientation vers un réseau multidisciplinaire ou l'envoi vers une structure spécialisée dans la prise en charge de la douleur.

Les malades douloureux chroniques doivent être réévalués périodiquement.

Les échelles d'évaluation du soulagement de la douleur (EVA, EN, EVS) sont utiles pour le suivi.

PARTIE 2 : ETUDE CLINIQUE

I. Objectifs et Hypothèses

Au cours de son histoire, l'homme a souvent utilisé son corps pour traduire un mal-être. Le médecin généraliste est le premier à être confronté au vaste problème de la plainte douloureuse. De rares études ont montré qu'environ 50 % des personnes souffrant de douleurs aiguës ou chroniques consultaient un médecin (Enquête IPSOS-Santé, 1985). Peu d'études prospectives ont été faites pour préciser la prévalence de la douleur en médecine générale (Boureau and Sahmoud, 1993). Il est donc difficile d'évaluer la prévalence de la douleur dans la population générale du fait des variations des échantillons étudiés, des différentes méthodes utilisées pour colliger les données. Cela explique les grandes différences d'une étude à l'autre (Ospina et al, 2002). Quarante-trois pourcent des médecins généralistes estiment leur formation « douleur » insuffisante (Tajfel et al. 2002).

La douleur est un phénomène pluridimensionnel : à la fois psychologique et neurophysiologique. A ce jour, peu d'études ont établi un lien entre douleur et personnalité. L'étude française de Lemogne et collaborateurs (2004) a montré une corrélation entre certains traits de personnalité et une moins bonne tolérance à la douleur, pouvant conduire à une vulnérabilité anxieuse et dépressive. Une étude canadienne réalisée par Les Cliniques de la douleur de Montréal, a tenté de mettre en évidence l'existence d'une prédisposition neurobiologique à présenter des comportements d'inhibition chez des douloureux chroniques (référence, 2003). L'étude a conclu que les patients douloureux chroniques présentaient une prédisposition neurobiologique à avoir un tempérament avec une tendance à la peur et un comportement automatique d'inhibition et que les conséquences de ces comportements d'évitement seraient la dépression et l'invalidité. Les auteurs de cette étude suggèrent également que les patients douloureux chroniques n'auraient pas l'impression de contrôler et d'influencer positivement une situation problématique afin de la surpasser. La bonne santé peut être définie comme une homéostasie entre le physique et le psychique. La douleur est à l'origine d'un déséquilibre pouvant se traduire par des comportements d'évitement (Waddell et al, 1986).

L'objectif de notre étude était de comparer des sujets non douloureux à des sujets douloureux selon leurs dimensions de personnalité afin de voir s'il existait une influence du tempérament et du caractère sur la nociception.

II. Méthodologie

1. Type d'étude

Il a été réalisé une étude épidémiologique transversale observationnelle.

2. Population de l'étude

A. Critères de sélection

La population a été sélectionnée en milieu ambulatoire. Les sujets recrutés, hommes ou femmes devaient être âgés de 18 à 75 ans.

Il a été constitué trois groupes de sujets :

- Sujets non douloureux
- Sujets douloureux organiques : patient présentant une plainte douloureuse avec une lésion organique objectivée
- Sujets douloureux fonctionnels : patient présentant une plainte douloureuse sans lésion organique retrouvée, autrement appelée somatisation

L'inclusion des patients douloureux dans le groupe « fonctionnel » ou « organique » a été décidée en fonction des éléments cliniques de leur dossier médical : chaque patient avait déjà été exploré et la douleur était déjà étiquetée d'origine fonctionnelle ou organique ; à aucun moment, nous n'avons posé de diagnostic de douleur.

B. Critères de non sélection

Les patients ne remplissant pas les critères d'âge et ceux ayant des difficultés de compréhension des consignes pour remplir les questionnaires ont été exclus.

C. Recrutement de la population

Il a été demandé à toutes les personnes rencontrées au cours de consultation (quel qu'en soit le motif), en cabinet de médecine générale de Haute-Vienne, en milieu rural, urbain et semi-urbain, pendant la période de juillet 2011 à décembre 2011, de participer à cette étude. Avant de distribuer le questionnaire, il a été présenté aux patients le sujet de l'étude et leur consentement oral a été demandé.

D. Taille de l'échantillon

Il a été déterminé un minimum de 30 personnes par groupe pour que les résultats soient interprétables.

3. Instruments d'évaluation

Après avoir obtenu le consentement oral et éclairé des patients, les questionnaires leur ont été remis en mains propres en leur expliquant oralement les modalités de remplissage des différentes échelles et du questionnaire de personnalité. Une feuille de présentation du sujet de l'étude était également jointe et les consignes étaient réécrites avant chaque questionnaire. Il fallait que les patients aient un minimum de compréhension de ces consignes pour que les questionnaires soient remplis de manière adéquate.

A. TCI-125 (Pélissolo et al, 1992)

Selon Cloninger, la théorie des personnalités est fondée sur l'hypothèse que les neurotransmetteurs pré-déterminent des patterns stimulus-réponse sur lesquels repose notre personnalité. La spécificité de ce modèle est de créer des liens entre les dimensions originales de la personnalité et les systèmes neurobiologiques.

Le TCI-125 est un auto-questionnaire constitué de 125 items pour lesquels il faut répondre par Vrai ou par Faux ; il s'agit donc d'un choix forcé. Il se remplit en environ 20 à 30 minutes.

Il a ainsi défini deux grandes entités composant la personnalité : le tempérament (facette héréditaire de la personnalité et relativement stable dans le temps) et le caractère (composante qui se développe sous l'influence de l'expérience, de l'apprentissage et des relations interpersonnelles).

Le tempérament est constitué de quatre sous-dimensions :

- Recherche de nouveauté (RN) ou Novelty Seeking (NS) : recherche avide de nouveauté (dopamine).
- Evitement du danger (ED) ou Harm Avoidance (HA) : inquiétude pessimiste anticipant les problèmes (sérotonine).
- Dépendance à la récompense (DR) ou Reward Dependence (RD) : entretien d'un comportement suite à un gain social (noradrénaline).
- Persistance (P) : persévérance malgré la frustration et la fatigue.

Le caractère est constitué de trois sous dimensions :

- Individuelle dite détermination (Self-Directedness, SD) : détermination et croyance d'avoir un pouvoir sur une situation.
- Sociale dite coopération (Cooperativeness, C) : tolérance et empathie.
- Spirituelle dite transcendance (Self-Transcendence, ST) : spiritualité.

Les résultats ont été retranscrits pour chaque dimension et sous-dimension du tempérament et du caractère ; ils ont été exprimés en pourcentage.

B. Echelle visuelle de la douleur (Boureau , 1988)

L'échelle visuelle de douleur permet de coter la douleur de 0 à 10. La consigne était d'entourer la note qui décrit le mieux l'importance de la douleur. La note 0 correspond à « pas de douleur ». La note 10 correspond à la « douleur maximale imaginable ». Elle a été représentée sous une forme horizontale où les chiffres étaient inscrits par ordre croissant.

C. Questionnaire de Bourrhis (Bourrhis et al, 1970)

Le questionnaire douleur se divisait en trois thématiques, chacune cotée de 0 à 4 : expression de la douleur, retentissement sur la vie quotidienne, consommation d'antalgique. La consigne était : « entourez le chiffre correspondant à l'affirmation décrivant le mieux votre douleur et son retentissement pour chaque thématique ». Le score global s'exprime sur un total de 16. Plus ce score global est élevé, plus le retentissement de la douleur sur la vie quotidienne est important.

4. Analyse statistique

Des statistiques descriptives rapportent les caractéristiques de la population. Les variables quantitatives ont fait l'objet de comparaisons de moyennes par des analyses bivariées (test t de Student ou ANOVA) et les variables qualitatives ont fait l'objet de comparaisons de proportions (test χ^2 ou test de Fisher). Des corrélations ont été réalisées avec le test de Spearman sur les données de l'échelle visuelle de la douleur, du questionnaire de Bourrhis et des différentes dimensions du TCI. Les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel SPSS 17.0 for Windows (SPSS Inc, Chicago, Illinois). Le degré de significativité était de 0,05 pour toutes les analyses.

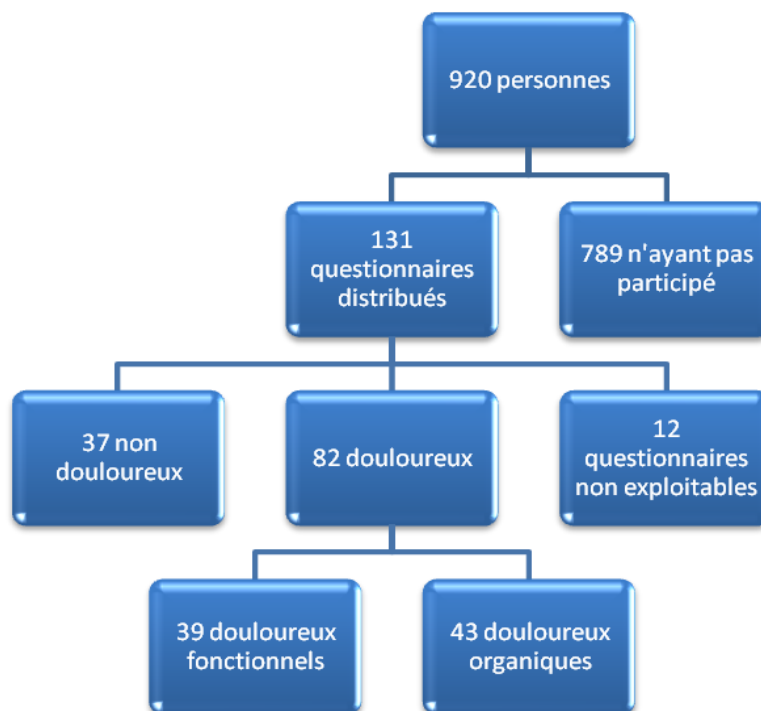
III. Résultats

Neuf cent vingt personnes ont entendu parler de cette étude. Il a été distribué 131 questionnaires. Cent dix-neuf ont été retournés convenablement remplis. Cinq questionnaires étaient inexploitable car les personnes interrogées avaient soit oublié de répondre à certains items du TCI-125, soit avaient répondu Vrai et Faux alors qu'une seule réponse n'était possible. Sept questionnaires n'ont jamais été retournés.

1. Caractéristiques de la population générale

Cette étude a regroupé 69 femmes (58 %) et 50 hommes (42 %) ayant une moyenne d'âge de 41.0 ± 13.4 ans [36.0-46.1]. Les femmes cotaient leur douleur à 3.2 ± 2.9 [0-10] ; les hommes cotaient leur douleur à 2.6 ± 2.6 [0-10]. Le retentissement de la douleur chez les femmes était évalué à 2.3 ± 1.9 [0-16] versus 1.9 ± 1.7 [0-16] pour les hommes. L'étude ne montrait pas de différence significative de l'intensité de la douleur et de son retentissement en fonction du sexe.

Figure 1 : Diagramme de flux : répartition de la population générale



Selon la personnalité

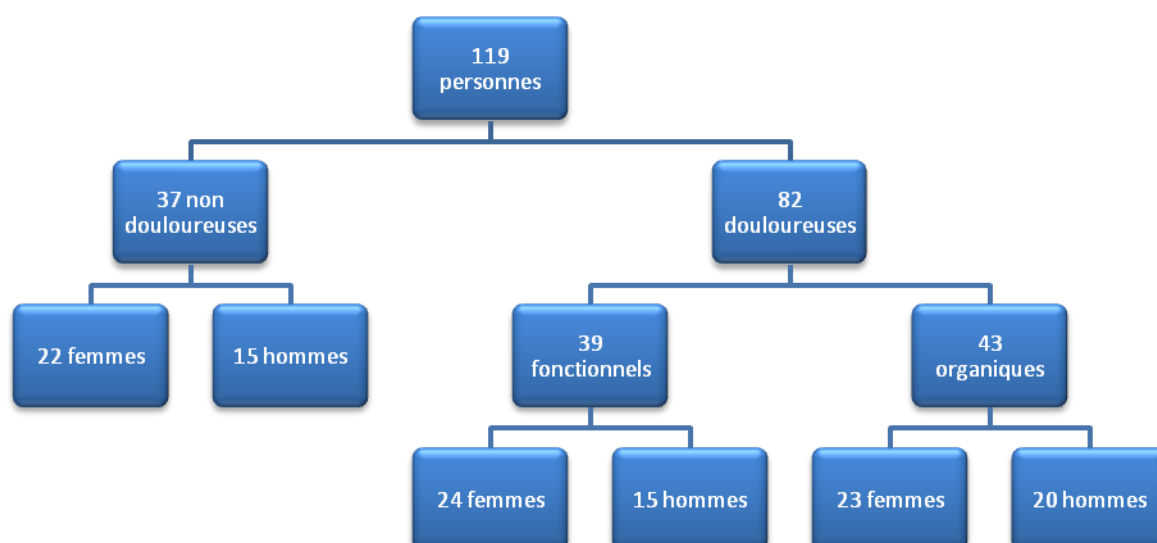
L'étude du TCI-125 a montré des différences significatives des dimensions de la personnalité au sein de la population générale. La dimension « Dépendance à la

Récompense » montrait une tendance plus élevée chez les femmes que chez les hommes (62.9 ± 17.2 vs 56.5 ± 18.9 ; $p = 0.006$). La dimension « Evitement du Danger » était significativement plus élevée chez les femmes que chez les hommes (58.9 ± 20.1 vs 46.9 ± 24.1 ; $p = 0.004$). La dimension « Coopération » apparaissait significativement plus élevée chez les femmes que chez les hommes (79.4 ± 10.1 vs 73.9 ± 16.8 ; $p = 0.03$). Les hommes apparaissaient plus impulsifs que les femmes (35.2 ± 27.3 vs 25.2 ± 22.1 ; $p = 0.03$). La sous-dimension « Inquiétude » était significativement plus élevée chez les femmes que chez les hommes (54.5 ± 28.3 vs 41.2 ± 35.1 ; $p = 0.002$). La sous-dimension « Peur de l'inconnu » était significativement plus élevée chez les femmes que chez les hommes (70.4 ± 25.1 vs 50.8 ± 30.8 ; $p < 0.0001$). La sous-dimension « Indulgence » était significativement plus élevée chez les femmes que chez les hommes (86.7 ± 22.7 vs 74.4 ± 29.4 ; $p = 0.01$).

2. Caractéristiques générales de sujets douloureux et non douloureux

L'étude montrait que 22 femmes (18.5 %) et 15 hommes (12.6 %) ne présentaient pas de plainte douloureuse, soit 37 sujets au total (31.1 %). La notion de douleur organique était retrouvée chez 24 femmes (20.2 %) et 15 hommes (12.6 %) soit 39 sujets au total (32.8 %). La notion de douleur fonctionnelle était retrouvée chez 23 femmes (19.3 %) et 20 hommes (16.8 %) soit 43 sujets au total (36.1 %). L'échelle de Bourrhis a permis de montrer que parmi les 82 sujets douloureux, 37 (soit 31.1 %) avait réduit de manière significative leur activité et 48 (soit 40.3 %) consommait des antalgiques per os au moins 3 fois par jour.

Figure 2 : Diagramme de flux : répartition des sujets douloureux et non douloureux selon le sexe



3. Comparaison entre sujets douloureux et non douloureux

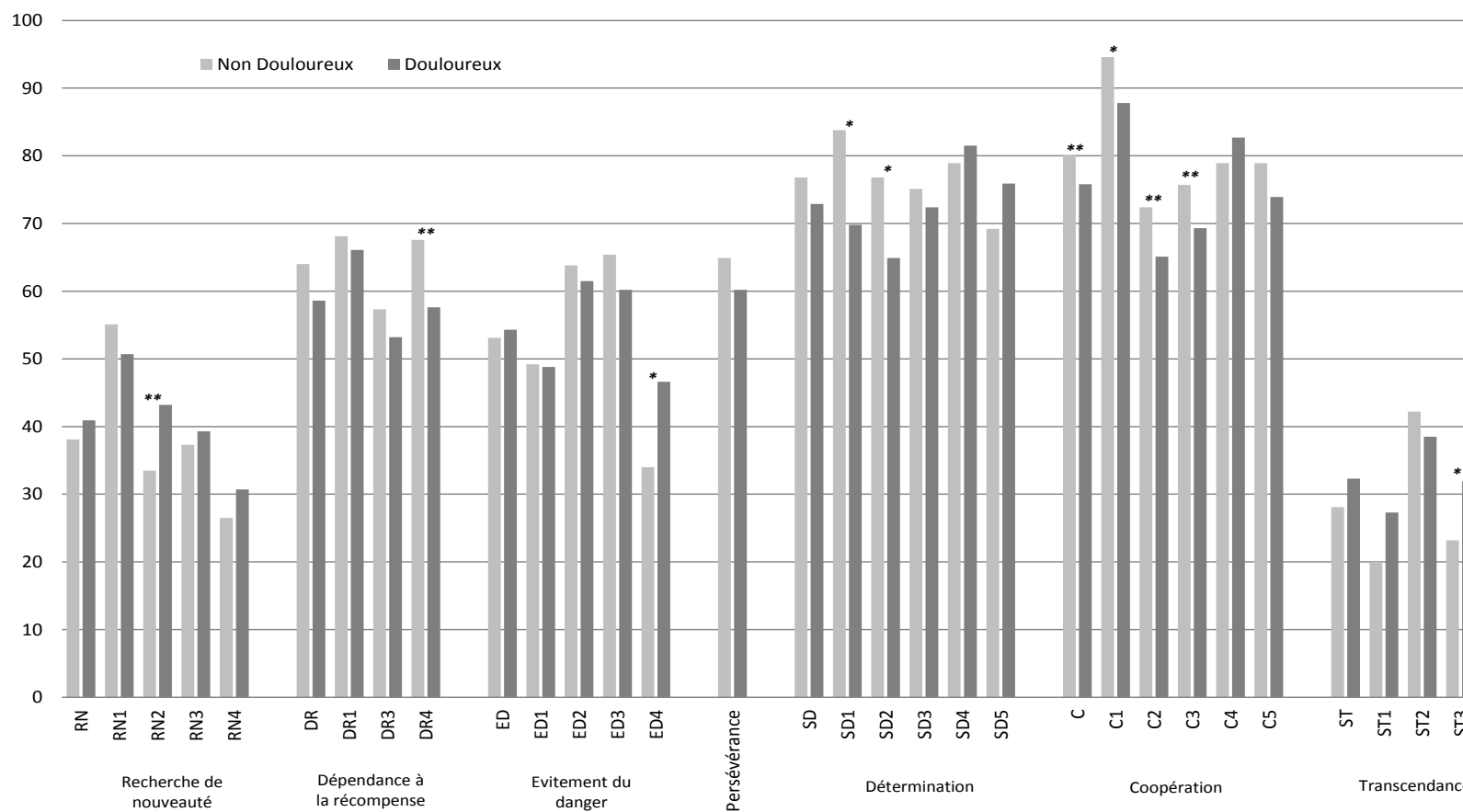
Les sujets douloureux sont significativement plus âgés que les non douloureux (46.1 ± 13.4 vs 36 ± 13.4 ; $p < 0.0001$) (Tableau 1). Les sujets non douloureux ont bien sûr des scores significativement plus bas aux évaluations de la douleur (Tableau 1).

Selon la personnalité

La dimension « Coopération C » montrait une tendance plus élevée chez les sujets non douloureux (80.1 ± 11.8 vs 75.8 ± 14.2 ; $p = 0.08$). La sous-dimension « Impulsivité RN2 » montrait une tendance plus élevée chez les sujets douloureux (33.5 ± 25.8 vs 43.2 ± 25.2 ; $p = 0.06$). La sous-dimension « Besoin de soutien DR4 » montrait une tendance plus élevée chez les sujets non douloureux (67.6 ± 26.8 vs 57.6 ± 25.8 ; $p = 0.055$). La sous-dimension « Fatigabilité ED4 » était significativement plus élevée chez les sujets douloureux (34 ± 28.2 vs 46.6 ± 29.9 ; $p = 0.03$). La sous-dimension « Sens des responsabilités SD1 » était significativement plus élevée chez les patients non douloureux (83.8 ± 22 vs 69.8 ± 27.4 ; $p = 0.004$.) La sous-dimension « Volonté d'aboutir SD2 » était significativement plus élevée chez les patients non douloureux (76.8 ± 22.8 vs 64.9 ± 25.0 ; $p = 0.01$).

La sous-dimension « Tolérance sociale C1 » était significativement plus élevée chez les sujets non douloureux (94.6 ± 10.2 vs 87.8 ± 19.3 ; $p = 0.01$). La sous-dimension « Empathie C2 » montrait une tendance plus élevée chez les sujets non douloureux (72.4 ± 18.5 vs 65.1 ± 26.1 ; $p = 0.08$). La sous-dimension « Solidarité C3 » montrait une tendance plus élevée chez les sujets non douloureux (75.7 ± 17.1 vs 69.3 ± 19.9 ; $p = 0.08$). La sous-dimension « Croyance universelle ST3 » était significativement plus élevée chez les sujets douloureux (31.9 ± 24.1 vs 23.2 ± 20.3 ; $p = 0.045$).

Figure3 : Comparaison entre les sujets non douloureux et douloureux



* : p significatif

** : tendance

RN1 : besoin de changement
 RN2 : impulsivité
 RN3 : dépensier
 RN4 : anticonformiste

DR1 : sentimentalité
 DR3 : attachement affectif
 DR4 : besoin de soutien

ED1 : inquiétude
 ED2 : peur de l'inconnu
 ED3 : timidité
 ED4 : fatigabilité

SD1 : sens des responsabilités
 SD2 : volonté d'aboutir
 SD3 : ressources individuelles
 SD4 : acceptation de soi
 SD5 : habitudes bénéfiques

C1 : tolérance sociale
 C2 : empathie
 C3 : solidarité
 C4 : indulgence
 C5 : probité

ST1 : sens du spirituel
 ST2 : détachement de soi
 ST3 : croyance universelle

Tableau 1-Comparaison entre les sujets douloureux et non douloureux selon les dimensions du TCI-125 (tous types de douleur confondus)

	NON DOULOUREUX n=37	DOULOUREUX n=82	SIGNIFICATIVITE <i>p</i>
Recherche de nouveauté	38.1±16.7	40.9±17.6	NS
<i>Besoin de changement</i>	55.1±23.8	50.7±25.8	NS
<i>Impulsivité</i>	33.5±25.8	43.2±25.2	0.058
<i>Dépensier</i>	37.3±25.9	39.3±23.2	NS
<i>Anticonformiste</i>	26.5±22.6	30.7±25.8	NS
Dépendance à la récompense	64.0±16.3	58.6±18.8	NS
<i>Sentimentalité</i>	68.1±22.8	66.1±22.1	NS
<i>Attachement affectif</i>	57.3±29.5	53.2±31.5	NS
<i>Besoin de soutien</i>	67.6±26.8	57.6±25.8	0.055
Evitement du danger	53.1±25.0	54.3±21.5	NS
<i>Inquiétude</i>	49.2±33.2	48.8±31.4	NS
<i>Peur de l'inconnu</i>	63.8±30.1	61.5±28.9	NS
<i>Timidité</i>	65.4±30.4	60.2±29.9	NS
<i>Fatigabilité</i>	34.0±28.2	46.6±29.9	0.031
Persévérance	64.9±26.8	60.2±27.8	NS
Détermination	76.8±16.9	72.9±16.3	NS
<i>Sens des responsabilités</i>	83.8±22.0	69.8±27.4	0.004
<i>Volonté d'aboutir</i>	76.8±22.8	64.9±25.0	0.013
<i>Ressources individuelles</i>	75.1±25.6	72.4±24.7	NS
<i>Acceptation de soi</i>	78.9±25.8	81.5±23.9	NS
<i>Habitudes bénéfiques</i>	69.2±23.4	75.9±21.0	NS
Coopération	80.1±11.8	75.8±14.2	0.084
<i>Tolérance sociale</i>	94.6±10.2	87.8±19.3	0.014
<i>Empathie</i>	72.4±18.5	65.1±26.1	0.084
<i>Solidarité</i>	75.7±17.1	69.3±19.9	0.076
<i>Indulgence</i>	78.9±30.5	82.7±24.3	NS
<i>Probité</i>	78.9±18.2	73.9±21.2	NS
Transcendance	28.1±20.9	32.3±20.6	NS
<i>Sens du spirituelle</i>	20.0±25.4	27.3±26.9	NS
<i>Détachement de soi</i>	42.2±30.1	38.5±23.4	NS
<i>Croyance universelle</i>	23.2±20.3	31.9±24.1	0.045

NS: Non significatif

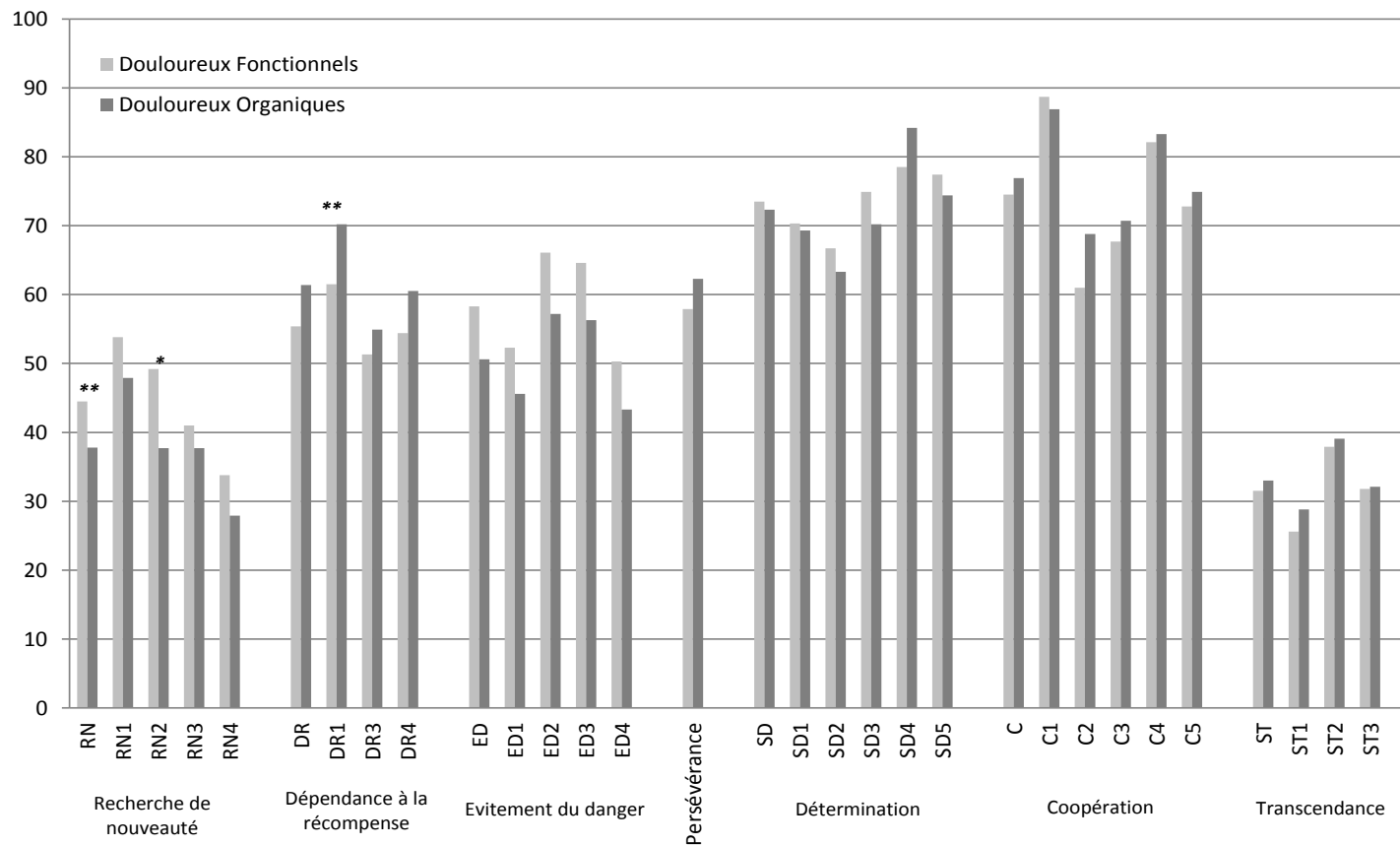
4. Comparaison entre sujets douloureux fonctionnels et organiques

Les sujets douloureux (organiques ou fonctionnels) ont sensiblement le même âge (46.1 ± 14.6 vs 46 ± 12.4 ; $p = 0.966$) (Tableau 2). Le score à l'échelle visuelle de douleur était significativement plus élevé pour les sujets douloureux organiques (4.9 ± 2.2 vs 3.5 ± 2.5 ; $p = 0.007$) (Tableau 2). Le score au questionnaire douleur était significativement plus élevé pour les sujets douloureux organiques (3.9 ± 1.6 vs 2.1 ± 0.9 ; $p < 0.0001$) (Tableau 2).

Selon la personnalité

La dimension « Recherche de nouveauté RN » montrait une tendance plus élevée chez les sujets douloureux fonctionnels (44.5 ± 18.9 vs 37.8 ± 15.9 ; $p = 0.09$). La sous-dimension « Impulsivité RN2 » était significativement plus élevée chez les sujets douloureux fonctionnels (49.2 ± 26.7 vs 37.7 ± 22.8 ; $p = 0.038$). La sous-dimension « Sentimentalité DR1 » montrait une tendance plus élevée chez les sujets douloureux organiques (70.2 ± 21.5 vs 61.5 ± 22.2 ; $p = 0.08$).

Figure 4 : Comparaison entre les douloureux fonctionnels et organiques



* : p significatif

** : tendance

RN1 : besoin de changement
 RN2 : impulsivité
 RN3 : dépensier
 RN4 : anticonformiste

DR1 : sentimentalité
 DR3 : attachement affectif
 DR4 : besoin de soutien

ED1 : inquiétude
 ED2 : peur de l'inconnu
 ED3 : timidité
 ED4 : fatigabilité

SD1 : sens des responsabilités
 SD2 : volonté d'aboutir
 SD3 : ressources individuelles
 SD4 : acceptation de soi
 SD5 : habitudes bénéfiques

C1 : tolérance sociale
 C2 : empathie
 C3 : solidarité
 C4 : indulgence
 C5 : probité

ST1 : sens du spirituel
 ST2 : détachement de soi
 ST3 : croyance universelle

Tableau 2-Comparaison entre les sujets douloureux fonctionnels et douloureux organiques selon les dimensions du TCI-125

	DOULOUREUX FONCTIONNELS	DOULOUREUX ORGANIQUES	SIGNIFICATIVITE
	n=39	n=43	p
Recherche de nouveauté	44.5±18.9	37.8±15.9	0.086
<i>Besoin de changement</i>	53.8±26.8	47.9±24.7	NS
<i>Impulsivité</i>	49.2±26.7	37.7±22.8	0.038
<i>Dépensier</i>	41.0±25.1	37.7±21.5	NS
<i>Anticonformiste</i>	33.8±28.3	27.9±23.1	NS
Dépendance à la récompense	55.4±17.6	61.4±19.6	NS
<i>Sentimentalité</i>	61.5±22.2	70.2±21.5	0.076
<i>Attachement affectif</i>	51.3±32.0	54.9±31.2	NS
<i>Besoin de soutien</i>	54.4±24.3	60.5±27.1	NS
Evitement du danger	58.3±22.6	50.6±20.1	NS
<i>Inquiétude</i>	52.3±32.9	45.6±30.0	NS
<i>Peur de l'inconnu</i>	66.1±29.4	57.2±28.1	NS
<i>Timidité</i>	64.6±30.2	56.3±29.4	NS
<i>Fatigabilité</i>	50.3±32.1	43.3±27.9	NS
Persévérance	57.9±30.7	62.3±25.1	NS
Détermination	73.5±14.5	72.3±17.9	NS
<i>Sens des responsabilités</i>	70.3±29.3	69.3±25.9	NS
<i>Volonté d'aboutir</i>	66.7±23.5	63.3±26.5	NS
<i>Ressources individuelles</i>	74.9±22.8	70.2±26.3	NS
<i>Acceptation de soi</i>	78.5±23.1	84.2±24.5	NS
<i>Habitudes bénéfiques</i>	77.4±17.3	74.4±24.0	NS
Coopération	74.5±12.9	76.9±15.3	NS
<i>Tolérance sociale</i>	88.7±15.1	86.9±22.6	NS
<i>Empathie</i>	61.0±25.5	68.8±26.3	NS
<i>Solidarité</i>	67.7±16.3	70.7±22.8	NS
<i>Indulgence</i>	82.1±23.7	83.3±25.0	NS
<i>Probité</i>	72.8±19.7	74.9±22.7	NS
Transcendance	31.5±20.5	33.0±20.8	NS
<i>Sens du spirituelle</i>	25.6±26.3	28.8±27.7	NS
<i>Détachement de soi</i>	37.9±23.3	39.1±24.7	NS
<i>Croyance universelle</i>	31.8±23.7	32.1±24.7	NS

NS: Non significatif

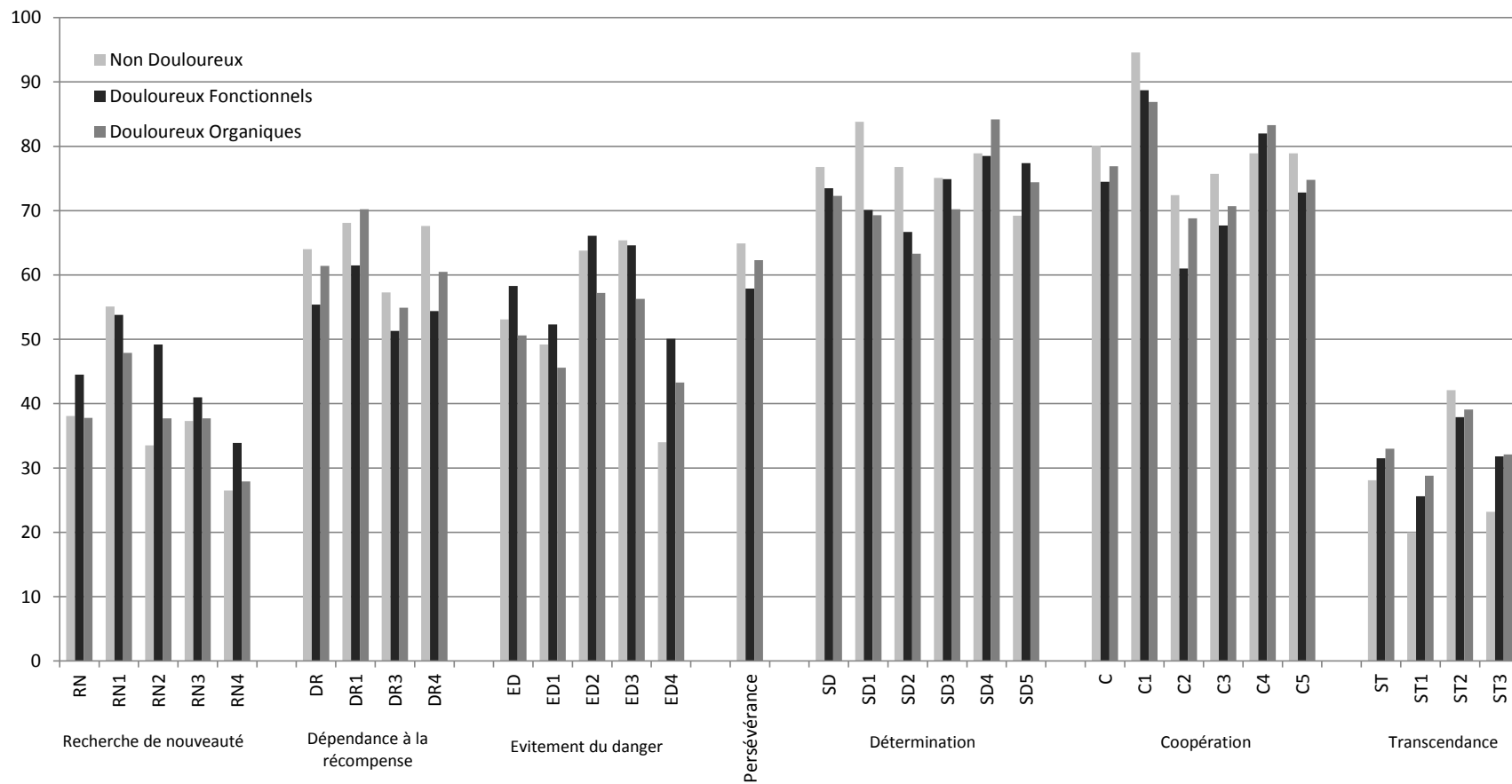
5. Comparaison entre sujets non douloureux et douloureux fonctionnels

Les sujets douloureux fonctionnels sont significativement plus âgés que les sujets non douloureux (46.1 ± 14.6 vs 36 ± 13.4 ; $p < 0.002$) (Tableau 3). Les sujets non douloureux ont bien sûr des scores significativement plus bas aux évaluations de la douleur (Tableau 3).

Selon la personnalité

La dimension « Dépendance à la récompense DR » était significativement plus élevée chez les sujets non douloureux (64 ± 16.3 vs 55.4 ± 17.6 ; $p = 0.03$). La dimension « Coopération C » était significativement plus élevée chez les sujets non douloureux (80.1 ± 11.8 vs 74.5 ± 12.9 ; $p = 0.005$). La sous-dimension « Impulsivité RN2 » était significativement plus élevée chez les sujets douloureux fonctionnels (49.2 ± 26.7 vs 33.5 ± 25.8 ; $p = 0.01$). La sous-dimension « Besoin de soutien DR4 » était significativement plus élevée chez les sujets non douloureux (67.6 ± 26.8 vs 54.4 ± 24.2 ; $p = 0.03$). La sous-dimension « Fatigabilité ED4 » était significativement plus élevée chez les sujets douloureux fonctionnels (50.1 ± 32.1 vs 34 ± 28.2 ; $p = 0.02$). La sous-dimension « Sens des responsabilités SD1 » était significativement plus élevée chez les sujets non douloureux (83.8 ± 22 vs 70.1 ± 29.3 ; $p = 0.03$). La sous-dimension « Volonté d'aboutir SD2 » montrait une tendance plus élevée chez les patients non douloureux (76.8 ± 22.8 vs 66.7 ± 23.5 ; $p = 0.06$). La sous-dimension « Habitudes bénéfiques SD5 » montrait une tendance plus élevée chez les sujets douloureux fonctionnels (77.4 ± 17.2 vs 69.2 ± 23.4 ; $p = 0.08$). La sous-dimension « Tolérance sociale C1 » était significativement plus élevée chez les sujets non douloureux (94.6 ± 10.2 vs 88.7 ± 15.1 ; $p = 0.005$). La sous-dimension « Empathie C2 » était significativement plus élevée chez les sujets non douloureux (72.4 ± 18.5 vs 61 ± 25.5 ; $p = 0.03$). La sous-dimension « Solidarité C3 » était significativement plus élevée chez les sujets non douloureux (75.7 ± 17.1 vs 67.7 ± 16.3 ; $p = 0.04$). La sous dimension « Croyance universelle ST3 » montrait une tendance plus élevée chez les sujets douloureux fonctionnels (31.8 ± 23.7 vs 23.2 ± 20.3 ; $p = 0.10$).

Figure5 : Comparaison des sujets non douloureux, douloureux fonctionnels et douloureux organiques



* : p significatif ** : tendance

RN1 : besoin de changement
 RN2 : impulsivité
 RN3 : dépendant
 RN4 : anticonformiste

DR1 : sentimentalité
 DR3 : attachement affectif
 DR4 : besoin de soutien

ED1 : inquiétude
 ED2 : peur de l'inconnu
 ED3 : timidité
 ED4 : fatigabilité

SD1 : sens des responsabilités
 SD2 : volonté d'aboutir
 SD3 : ressources individuelles
 SD4 : acceptation de soi
 SD5 : habitudes bénéfiques

C1 : tolérance sociale
 C2 : empathie
 C3 : solidarité
 C4 : indulgence
 C5 : probité

ST1 : sens du spirituel
 ST2 : détachement de soi
 ST3 : croyance universelle

Tableau 3-Comparaison entre les sujets non douloureux et les sujets douloureux fonctionnels selon les dimensions du TCI-125

	NON DOULOUREUX n=37	DOULOUREUX FONCTIONNELS n=39	SIGNIFICATIVITE <i>p</i>
Recherche de nouveauté	38.1±16.7	44.5±18.9	NS
<i>Besoin de changement</i>	55.1±23.8	53.8±26.8	NS
<i>Impulsivité</i>	33.5±25.8	49.2±26.7	0.011
<i>Dépensier</i>	37.3±28.9	41.0±25.1	NS
<i>Anticonformiste</i>	26.5±22.6	33.8±28.3	NS
Dépendance à la récompense	64±16.3	55.4±17.6	0.030
<i>Sentimentalité</i>	68.1±22.8	61.5±22.2	NS
<i>Attachement affectif</i>	57.3±29.5	51.3±32.0	NS
<i>Besoin de soutien</i>	67.6±26.8	54.4±24.2	0.027
Evitement du danger	53.1±25.0	58.3±22.6	NS
<i>Inquiétude</i>	49.2±33.2	52.3±32.9	NS
<i>Peur de l'inconnu</i>	63.8±30.1	66.1±29.4	NS
<i>Timidité</i>	65.4±30.4	64.6±30.2	NS
<i>Fatigabilité</i>	34.0±28.2	50.1±32.1	0.022
Persévérance	64.9±26.8	57.9±30.7	NS
Détermination	76.8±16.9	73.5±14.6	NS
<i>Sens des responsabilités</i>	83.8±22.0	70.1±29.3	0.027
<i>Volonté d'aboutir</i>	76.8±22.8	66.7±23.5	0.062
<i>Ressources individuelles</i>	75.1±25.6	74.9±22.8	NS
<i>Acceptation de soi</i>	78.9±25.8	78.5±23.1	NS
<i>Habitudes bénéfiques</i>	69.2±23.4	77.4±17.2	0.083
Coopération	76.8±16.9	73.5±14.6	NS
<i>Tolérance sociale</i>	83.8±22.0	70.1±29.3	0.027
<i>Empathie</i>	76.8±22.8	66.7±23.5	0.062
<i>Solidarité</i>	75.1±25.6	74.9±22.8	NS
<i>Indulgence</i>	78.9±25.8	78.5±23.1	NS
<i>Probité</i>	69.2±23.4	77.4±17.2	0.083
Transcendance	28.1±20.9	31.5±20.5	NS
<i>Sens du spirituelle</i>	20±25.4	25.6±26.3	NS
<i>Détachement de soi</i>	42.1±30.1	37.9±23.3	NS
<i>Croyance universelle</i>	23.2±20.3	31.8±23.7	0.096

NS: Non significatif

6. Comparaison entre sujets non douloureux et douloureux organiques

Les sujets douloureux organiques sont significativement plus âgés que les sujets non douloureux (46 ± 12.4 vs 36 ± 13.4 ; $p = 0.001$) (Tableau 4). Les sujets non douloureux ont bien sûr des scores significativement plus bas aux évaluations de la douleur (Tableau 4).

Selon la personnalité

La sous-dimension « Sens des responsabilités SD1 » était significativement plus élevée chez les patients non douloureux (83.8 ± 22 vs 69.3 ± 25.9 ; $p = 0.001$). La sous-dimension « Volonté d'aboutir SD2 » était significativement plus élevée chez les patients non douloureux (76.8 ± 22.8 vs 63.3 ± 26.5 ; $p = 0.02$). La sous-dimension « Tolérance sociale C1 » montrait une tendance plus élevée chez les sujets non douloureux (94.6 ± 10.2 vs 86.9 ± 22.6 ; $p = 0.051$). La sous-dimension « Croyance universelle ST3 » montrait une tendance plus élevée chez les sujets douloureux organiques (32.1 ± 24.7 vs 23.2 ± 20.3 ; $p = 0.08$).

Tableau 4-Comparaison entre les sujets non douloureux et les sujets douloureux organiques selon les dimensions du TCI-125

	NON DOULOUREUX n=37	DOULOUREUX ORGANIQUES n=43	SIGNIFICATIVITE p
Recherche de nouveauté	38.1±16.7	37.8±15.9	NS
<i>Besoin de changement</i>	55.1±23.8	47.9±24.7	NS
<i>Impulsivité</i>	33.5±25.8	37.7±22.8	NS
<i>Dépensier</i>	37.3±28.9	37.7±21.4	NS
<i>Anticonformiste</i>	26.5±22.6	27.9±23.1	NS
Dépendance à la récompense	64±16.3	61.4±19.6	NS
<i>Sentimentalité</i>	68.1±22.8	70.2±21.5	NS
<i>Attachement affectif</i>	57.3±29.5	54.9±31.2	NS
<i>Besoin de soutien</i>	67.6±26.8	60.5±27.1	NS
Evitement du danger	53.1±25.0	50.6±20.1	NS
<i>Inquiétude</i>	49.2±33.2	45.6±30.0	NS
<i>Peur de l'inconnu</i>	63.8±30.1	57.2±28.1	NS
<i>Timidité</i>	65.4±30.4	56.3±29.4	NS
<i>Fatigabilité</i>	34.0±28.2	43.3±27.9	NS
Persévérance	64.9±26.8	62.3±25.1	NS
Détermination	76.8±16.9	72.3±17.9	NS
<i>Sens des responsabilités</i>	83.8±22.0	69.3±25.9	0.009
<i>Volonté d'aboutir</i>	76.8±22.8	63.3±26.5	0.018
<i>Ressources individuelles</i>	75.1±25.6	70.2±26.3	NS
<i>Acceptation de soi</i>	78.9±25.8	84.2±24.5	NS
<i>Habitudes bénéfiques</i>	69.2±23.4	74.4±24.0	NS
Coopération	76.8±16.9	76.9±15.3	NS
<i>Tolérance sociale</i>	83.8±22.0	86.9±22.6	0.051
<i>Empathie</i>	76.8±22.8	68.8±26.3	NS
<i>Solidarité</i>	75.1±25.6	70.7±22.8	NS
<i>Indulgence</i>	78.9±25.8	83.3±25.0	NS
<i>Probité</i>	69.2±23.4	74.9±27.7	NS
Transcendance	28.1±20.9	33.0±20.8	NS
<i>Sens du spirituelle</i>	20±25.4	28.8±27.7	NS
<i>Détachement de soi</i>	42.1±30.1	39.1±24.7	NS
<i>Croyance universelle</i>	23.2±20.3	32.1±24.7	0.083

NS: Non significatif

IV. Discussion

Grace à cette étude, il a pu être établi un lien entre certaines dimensions de personnalité et l'expression d'une plainte douloureuse. Néanmoins, cette étude présente un certain nombre de biais inhérents aux échantillons de population étudiés et aux outils d'évaluation utilisés.

Il existait un biais d'information. Même si les consignes ont été énoncées verbalement et répétées par écrit, il y a eu 5 questionnaires inexploitable car ils ont été mal remplis. Il ne faut pas oublier que la plupart des études utilisant le TCI-125 ont été réalisées à l'hôpital (Lemogne et al, 2004). En milieu hospitalier, il est possible de répéter et réexpliquer les consignes, contrairement au milieu libéral où les patients ne sont vus que lors de problèmes aigus ou pour des renouvellements de traitement tous les mois ou tous les 3 mois. Cela peut expliquer un plus grand nombre de perdus de vue et des difficultés de compréhension pour lesquelles le patient n'a pu avoir de réponse.

Les patients ont été répartis selon les trois groupes décrits ci-dessus. La répartition s'est faite selon les résultats obtenus à l'échelle d'évaluation et au questionnaire de retentissement de la douleur, ainsi qu'en fonction des antécédents et résultats des investigations complémentaires effectuées pour retrouver l'étiologie de la douleur. Ainsi, les 37 personnes non douloureuse avaient obtenu des scores nuls à l'échelle visuelle et au questionnaire douleur et n'avaient pas d'antécédents douloureux. Chez les sujets douloureux, 39 ont été classés parmi les douloureux organiques et 43 parmi les douloureux fonctionnels : les scores obtenus à l'échelle visuelle et au questionnaire douleur étaient supérieurs à 0 et leur répartition dans chacun des groupes s'est faite sur les données cliniques et paracliniques contenues dans leurs dossiers médicaux. Les dossiers médicaux étaient tenus à jour par les médecins généralistes et il est possible de se demander si certains d'entre eux n'étaient pas actualisés, compte tenu de l'importance de certaines clientèles ou de l'absence d'informatisation de certains praticiens. Il aurait peut-être fallu cibler les médecins généralistes : par exemple, ceux possédant un logiciel médical de traitement des dossiers médicaux afin de s'assurer de la fiabilité des informations cliniques recueillies. De plus, il a été décidé d'un nombre minimum de 30 personnes par groupe pour que les résultats soient interprétables. Parmi ces résultats, il se dégage des différences statistiquement significatives alors que d'autres ne montraient que des tendances. Cette étude manquait de puissance statistique et il n'a été pas recruté un nombre suffisant de sujets pour faire émerger davantage de dimensions de personnalité en fonction de l'existence ou non d'une plainte douloureuse. Pour obtenir un plus grand nombre de

patients, il aurait fallu mener l'étude au-delà des 6 mois, mais cela aurait voulu dire plus de moyens humains et logistiques pour recueillir, centraliser et traiter ces données.

Dans cette étude, l'évaluation de l'intensité de la douleur chronique a été réalisée par une échelle visuelle. Il s'agissait donc d'une échelle simple et rapide de compréhension et d'utilisation. Elle a donc été remplie à un instant « t » donné. Ainsi, il est légitime de se demander si cette échelle était la plus adaptée pour l'évaluation d'une douleur chronique. Tout ce qui est chronique dure dans le temps or la cotation de l'échelle visuelle ne reflétait l'intensité de la douleur qu'à un moment donné. La note ainsi obtenue n'était peut-être pas suffisamment représentative de l'intensité de cette douleur chronique. Il aurait peut-être fallu réévaluer cette intensité douloureuse durant toute la période de recueil des données : par exemple, demander au malade, de coter sa douleur une fois par mois pendant 6 mois, puis réaliser une moyenne qui aurait été plus représentative de l'intensité de la douleur chronique, d'autant que ce type d'échelle est un bon outil d'auto-évaluation, simple, rapide à utiliser et reproductible (Boureau, 1984 ; Boureau et al, 1988 ; Boureau et al, 1993). Cette échelle a été validée dans de nombreux pays pour le suivi de l'évaluation de la douleur chronique (URCAM Île-de-France, 2003 ; Vidal-Jalton, 2001 ; Pouchain et al, 2002 ; Huas et al, 2006 ; Tajfel et al, 2007 ; Allaria-Lapierre et al, 2007). Elle présente néanmoins un certain nombre de limites et de difficultés d'utilisation en soins primaires (Pouchain et al, 2002 ; Huas et al, 2006). En effet, l'utilisation de cette échelle en pratique ambulatoire pose les problèmes de temps, de connaissances, d'habitudes, de pertinence. Même si l'on constate que depuis 2000, l'utilisation de ce type d'échelle se démocratise, elle reste quand même peu utilisée et les traces d'évaluation de la douleur ne sont pas systématiquement consignées dans le dossier médical (Pouchain et al, 2002).

Cette étude utilise le TCI-125, auto-questionnaire qui sous-entend que les patients y ont répondu de manière sincère. Or, ces derniers ont pu penser que certaines réponses étaient socialement plus « désirables » que d'autres et qu'il y avait donc dans l'absolu de « bonnes et de mauvaises réponses ». Dans ce cas, ils ont pu être tentés, de manière délibérée ou inconsciente, d'accentuer leurs réponses en ce sens. Il existe donc un biais de désirabilité sociale. Dans notre étude, ce biais s'est avéré incontrôlable, du fait de l'utilisation d'auto-questionnaire de personnalité. Néanmoins, certains auteurs concluent que cette désirabilité sociale est en réalité une caractéristique de la personne, qu'elle peut être assimilée à un trait de personnalité (McCrae et Costa, 1983) et que les « illusions positives » sur soi-même peuvent avoir une fonction de protection (Robins et Beer, 2001).

Cette étude a permis de montrer que les femmes étaient plus douloureuses que les hommes (39.4 % vs 29.4 %). Ce résultat est corrélé avec ceux de l'enquête de l'HAS/SFETD (janvier 2008) qui montrait que les femmes consultaient davantage le médecin pour le motif « douleur » et qu'environ 39.6 % d'entre elles exprimaient une douleur versus 31 % chez les hommes.

De plus, il a été mis en évidence que les sujets douloureux étaient les plus âgés (46 ans \pm 13.4 ans). Ce résultat a été corrélé par l'étude HAS/SFETD (janvier 2008) qui montrait que la prévalence de la douleur augmentait avec l'âge, ainsi que par une étude menée à Montréal en 2006 par l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé.

Les résultats de cette étude ont montré que les sujets douloureux étaient plus impulsifs et plus immatures sur le plan social et personnel. Selon le modèle de Cloninger, ces personnes seraient plus fatigables ; elles auraient un sens des responsabilités moins important, elles seraient moins tolérantes, moins empathiques, moins solidaires et moins indulgentes.

Ces traits de personnalité avaient déjà été décrits par Halliday (1942) et Moos (1964). Pour ces auteurs, les principaux traits de personnalité d'un sujet douloureux étaient l'agressivité et une tendance à l'inhibition. Pour eux, cette agressivité serait liée à une augmentation du tonus musculaire. Ils soulignaient également l'importance de l'histoire psychoaffective de ces patients en mettant en avant la structure de leur personnalité au moment du traumatisme. Cette notion d'impulsivité décrite par Cloninger pourrait être rapprochée de leur définition car elle fait partie de la dimension « Recherche de Nouveauté » en corrélation avec une faible stimulation du système dopaminergique.

A cela s'ajoute, les résultats d'une étude canadienne (2007) qui avait démontré que la dimension « Evitement du Danger » était plus fréquente chez les douloureux (18.7 vs 14.9) et que les dimensions « Détermination » (29.5 vs 34.8) et « Coopération » (30.6 vs 33.8) étaient moins fréquentes chez les douloureux : ce que révèle également cette étude menée en milieu ambulatoire. L'étude canadienne postulait que les douloureux chroniques avaient une prédisposition neurobiologique à avoir un tempérament avec une tendance à la peur et aux comportements d'inhibition ; de même, il y aurait une implication de la sérotonine (liée à l'évitement du danger) comme neurotransmetteur dans les voies inhibitrices descendantes de la douleur.

De plus, Wadell et ses collaborateurs (1986) avaient développé des hypothèses selon lesquelles la présence de douleur et son niveau d'acceptation dépendaient du stade de maturation du patient et que cette douleur chronique était à l'origine de peur et de comportement d'évitement et d'inhibition. Il peut donc être réalisé un comparatif avec le modèle de Cloninger qui montre que dans cette étude, les sujets douloureux ont un faible niveau de maturation individuelle et sociale.

Les résultats ainsi obtenus confirment ceux déjà existants : les sujets douloureux sont plus impulsifs, et leur maturité individuelle et sociale est moins importante ; cela se traduit par des sujets ayant une volonté d'aboutir et un sens des responsabilités moindres, mais aussi par le fait qu'ils sont moins tolérants, moins indulgents, moins solidaires et moins emphatiques. Les patients douloureux chroniques n'auraient pas l'impression de contrôler et d'influencer positivement une situation problématique afin de la surpasser. L'arrivée permanente d'information négative (douleur) entraîne un déplacement de l'humeur : irritabilité, diminution des capacités physiques et intellectuelles, repli sur soi et isolement. C'est alors la globalité du sujet souffrant qui est bouleversée dans ses dimensions somatique, affective, cognitive et comportementale, et qui doit mobiliser ses capacités d'adaptation ; or, même si la douleur ne touche qu'un fragment du corps, elle ne se contente pas d'altérer la relation de l'homme avec son corps, elle contamine la totalité du rapport au monde.

Ainsi, l'intérêt du modèle de Cloninger va bien au-delà de la définition ou de la compréhension de la personnalité non pathologique (Seznec et al, 2003 ; Vaida et al, 2004 ; Gaspar et al, 2005). L'utilisation du modèle de Cloninger a la particularité de permettre une meilleure appréhension de la psychopathologie et une meilleure compréhension de troubles divers comme la dépression, les troubles anxieux, les troubles alimentaires...

V. Conclusion

La douleur comme la personnalité sont deux concepts médicaux très subjectifs. Le malade est le propre expert de sa douleur. Chacun de nous est caractérisé par des traits de personnalité qui lui sont propres et qui font de nous des sujets uniques.

Cette étude a tenté de regrouper ces deux concepts en les comparant afin d'évaluer la personnalité des sujets douloureux suivis en médecine générale. La personnalité a été étudiée par son approche psychobiologique car elle semblait être la plus adaptée pour appréhender le sujet dans son intégralité.

Les personnes les plus douloureuses sont les plus âgées. Cette étude montre que la douleur (quelle que soit son étiologie) a des conséquences néfastes sur la vie quotidienne (familiale, sociale, professionnelle...). Il est toutefois difficile et complexe d'évaluer une douleur et son retentissement ; seul le malade est le plus à même de la qualifier et de la quantifier.

Les personnes douloureuses sont plus impulsives, plus fatigables ; leur maturité sociale et individuelle est moindre et leur maturité spirituelle est plus prononcée. La douleur pourrait avoir des conséquences néfastes sur le développement du caractère : il serait plus difficile de s'adapter à l'environnement, mais aussi à autrui. Elle agirait sur le système dopaminergique et serait à l'origine d'un tempérament plus impulsif et colérique.

Cette étude a montré que les sujets non douloureux étaient plus matures sur le plan social et individuel. Ce sont des personnes plus solidaires, plus empathiques avec une plus grande volonté d'aboutir et un sens des responsabilités plus prononcé. L'absence de douleur pourrait avoir un rôle positif sur le développement du caractère en permettant une meilleure adaptation à l'environnement et aux autres.

Cette étude a tenté de décrire les traits de personnalité chez les sujets douloureux en utilisant le TCI-125, outil dimensionnel de mesure de la personnalité reposant sur son approche biopsychologique. En s'intéressant davantage à ces mécanismes biopsychologiques, il serait peut-être possible de traiter la douleur afin d'éviter sa chronicisation et ses conséquences néfastes sur la vie quotidienne et ainsi éviter des décompensations dépressives ou anxieuses pouvant être dramatiques.

La douleur interroge la médecine. Elle nous interroge sur l'opposition entre le tout organique et le tout psychique. Or, la définition même de la douleur montre que cette dichotomie n'est pas toujours une approche pertinente. Un trouble organique n'est peut-être pas tout à fait sans esprit.

ANNEXES

Annexe 1- Big Five Personality Traits

Trait	Description
O penness	Curious, original, intellectual, creative, and open to new ideas.
C onscientiousness	Organized, systematic, punctual, achievement oriented, and dependable.
E xtraversion	Outgoing, talkative, sociable, and enjoys being in social situations.
A greeableness	Affable, tolerant, sensitive, trusting, kind, and warm.
N euroticism	Anxious, irritable, temperamental, and moody.

Annexe 2- Classification DSM-IV des troubles de la personnalité

Groupe A: les sujets paraissent souvent bizarres ou originaux.

- 301.0 Personnalités paranoïaques.
- 301.2 Personnalités schizoïdes.
- 301.22 Personnalités schizotypiques.

Groupe B: les sujets manifestent une dramatisation, une émotivité ou des conduites excentriques.

- 301.7 Personnalités antisociales.
- 301.83 Personnalités limite (*Borderline*).
- 301.5 Personnalités histrioniques.
- 301.81 Personnalités narcissiques.

Groupe C: les sujets apparaissent anxieux et inhibés.

- 301.82 Personnalités évitantes.
- 301.6 Personnalités dépendantes.
- 301.4 Personnalités obsessionnelles-compulsives.
- 301.90 Troubles de la personnalité non spécifiés ou mixtes.

Annexe 3- Classification CIM-10 des troubles de la personnalité

F60 Troubles spécifiques de la personnalité.

F60.0 Personnalités paranoïaques.

F60.1 Personnalités schizoïdes.

F60.2 Personnalités dyssociales.

F60.3 Personnalités émotionnellement labiles: .30 type impulsif, .31 typer *borderline*.

F60.4 Personnalités histrioniques.

F60.5 Personnalités anankastiques.

F60.6 Personnalités anxieuses (évitantes).

F60.7 Personnalités dépendantes.

F60.8 Autres troubles spécifiques de la personnalité.

F60.9 Troubles de la personnalité, sans précision.

F61 Troubles mixtes de la personnalité et autres troubles de la personnalité.

F61.0 Troubles mixtes de la personnalité.

F61.1 Modifications gênantes de la personnalité, non classables en F60 ou F62.

F62 Modifications durables de la personnalité, non attribuables à une lésion ou à une maladie cérébrale.

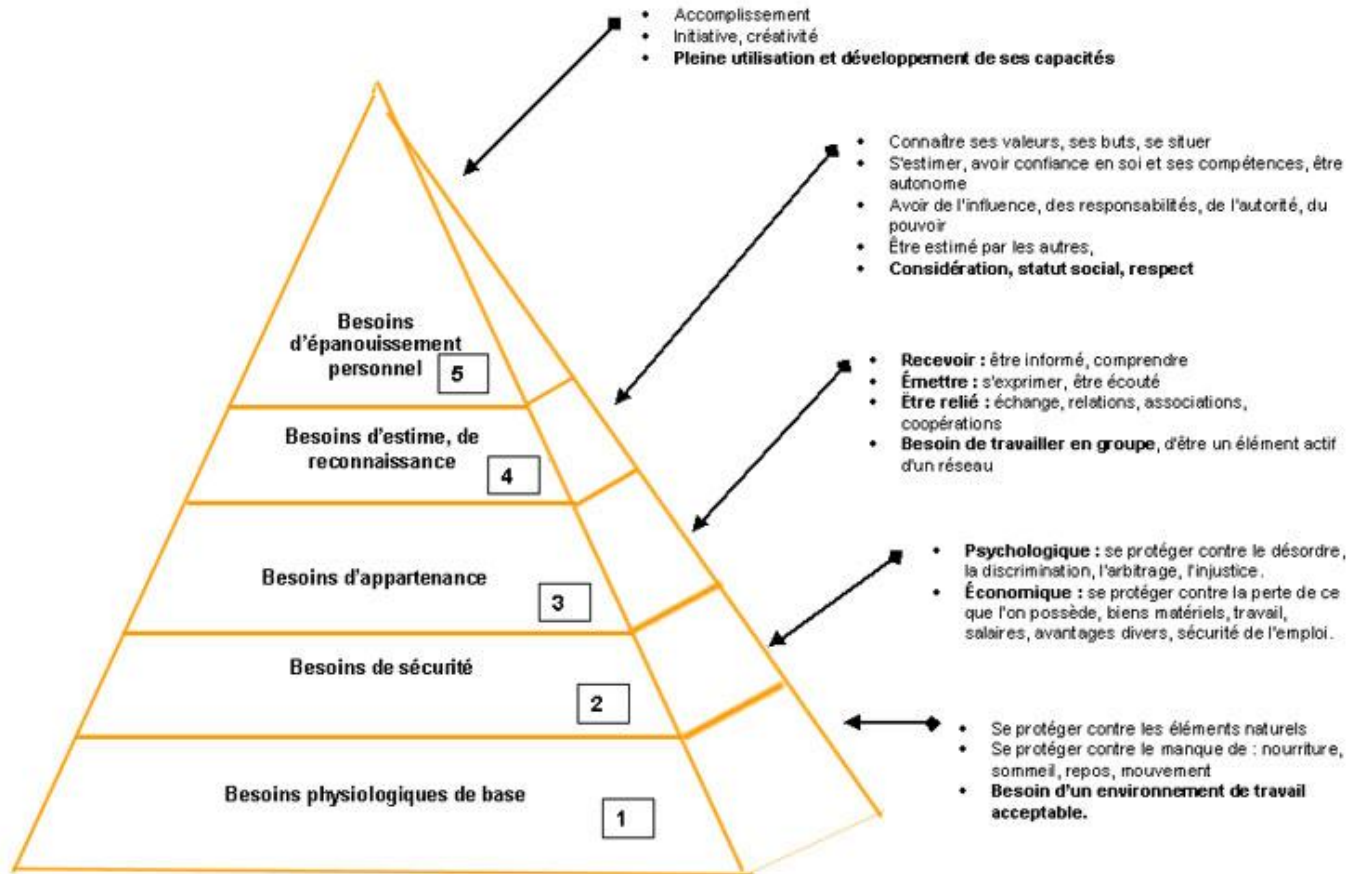
F62.0 Modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe.

F62.1 Modification durable de la personnalité après une maladie psychiatrique.

F62.8 Autre modification durable de la personnalité.

F62.9 Modification durable de la personnalité sans précision.

Annexe 4- Pyramide des besoins de Maslow



Annexe 5- 16-Personality Factor

Le **16 facteurs de la personnalité**, mesurée par le questionnaire 16-PF, ont été obtenues en utilisant le facteur de l'analyse par le psychologue Raymond Cattell.

Descripteurs du Low Range	Principal facteur	Descripteurs de haute gamme
Impersonnelle, distante, froide, réservée, détaché, formel, à l'écart (<i>Schizothymia</i>)	Chaleur (A)	Chaud, sortant, attentif aux autres, gentiment, facile à vivre, les gens qui participent aime, (<i>Affectothymia</i>)
Pensée concrète, faible capacité mentale générale, moins intelligents, incapables de traiter des problèmes abstraits (Basse <i>Scholastic capacité mentale</i>)	Raisonnement (B)	Résumé-pensant, plus intelligent, brillant, de plus grande capacité mentale générale, apprend vite (<i>plus grande capacité mentale Scholastic</i>)
Réactif émotionnellement, changeante, affectée par les sentiments, (émotionnellement moins stable, facilement irritable <i>Force Basse Ego</i>)	Stabilité émotionnelle (C)	Émotionnellement stable, adaptative, mature, la réalité des visages sereinement (<i>Force Ego Supérieur</i>)
Déférent, coopérative, évite les conflits, soumis, humble, obéissant, facile à mener, docile, accommodant (La soumission)	Dominance (E)	Dominant, énergique, autoritaire, agressif, compétitif, têtu, autoritaire (<i>Dominance</i>)
Sérieux, sobre, prudent, taciturne, introspectif, silencieux (<i>Desurgency</i>)	Vivacité (F)	Vif, animé, spontané, enthousiaste, Happy Go Lucky, joyeux, expressif, impulsif (<i>surgence</i>)
Opportun, non conforme, ne tient pas compte des règles, l'auto indulgente (<i>faible résistance Surmoi</i>)	Règle-conscience (G)	Règle-conscient, obéissante, consciencieux, conformes, moralisateur, guindé, règle liée (<i>High Strength Super Ego</i>)
Timide, menace-sensible, timide, hésitant, intimidé (<i>Threctia</i>)	L'audace sociale (H)	Socialement audacieux, aventureux, peau épaisse, désinhibée (<i>Parmia</i>)
Utilitariste, objective, sans complaisance, dur d'esprit, autonome, sans fioritures, rugueux (<i>Harria</i>)	Sensibilité (I)	Sensible, esthétique, sentimentale, esprit tendre, intuitive, raffiné (<i>Premsia</i>)
Confiant, sans méfiance, d'accepter, sans conditions, facile (<i>Alaxia</i>)	Vigilance (L)	Vigilant, méfiant, sceptique, méfiant, oppositionnel (<i>protension</i>)

Grounded, pratique, prosaïque, orientée solution stable, classiques (<i>Praxernia</i>)	Abstractedness (M)	Résumé, imaginaire, l'esprit absent, peu pratique, absorbé dans les idées (<i>Autia</i>)
Franç, sincère, naïve, ouvert, candide, naïf, sans prétention, impliqués (<i>naïveté</i>)	Caractère privé (N)	Privé, discret, nondisclosing, rusé, polie, mondaine, astucieux, diplomatiques (<i>sagacité</i>)
Sûr de soi, sans souci, complaisant, sûr, sans culpabilité, confiant, satisfait (<i>ne sont pas perturbés</i>)	Appréhension (O)	Appréhension, doutant de soi, inquiet, la culpabilité sujette, l'insécurité, l'inquiétude, l'auto blâmée (<i>Propension culpabilité</i>)
Traditionnel, attaché à familiariser, conservateur, en respectant les idées traditionnelles (<i>conservatisme</i>)	L'ouverture au changement (Q1)	Ouvert au changement, expérimental, libérale, analytique, critique, libre pensée, la flexibilité (<i>radicalisme</i>)
Groupe orienté, affiliation, un menuisier et un disciple dépendants (<i>adhésion groupe</i>)	Self-reliance (Q2)	Autonome, solitaire, débrouillard, individualiste, auto-suffisant (<i>autosuffisance</i>)
Tolère désordre, unexacting, souple, indisciplinés, le laxisme, l'auto-conflit, impulsif, négligent des règles sociales, (incontrôlée <i>faible intégration</i>)	Perfectionnisme (Q3)	Perfectionnistes, organisés, compulsifs, auto-disciplinés, socialement précise, la puissance sera exigeantes, le contrôle, l'auto-sentimentale (<i>High Self-Control Concept</i>)
Détendu, placide, tranquille, engourdie, patient, disque composé faibles (<i>basse tension ergiques</i>)	Tension (Q4)	Tendu, haute énergie, impatient, entraîné, frustrés, plus travaillé, le temps entraînée. (<i>haute tension ergiques</i>)
Facteurs primaires et les descripteurs de Cattell 16 Modèle facteurs de la personnalité (adapté de Conn & Rieke, 1994).		

Annexe 6- Modèle d'Eysenck de la personnalité

Le tableau suivant décrit les caractéristiques qui sont associées avec les tempéraments trois dans le modèle d'Eysenck de la personnalité:

Psychoticisme	Extraversion	Névrosisme
Agressive	Sociable	Anxieux
Assuré	Irresponsables	Déprimé
Égocentrique	Dominante	Sentiments de culpabilité
Antipathique	Manque de réflexion	Faible estime de soi
Manipulatrices	La recherche de sensations	Tendue
Tournée vers la réussite	Impulsif	Moody
Dogmatique	La prise de risque	Hypocondriaque
Masculin	Expressive	Manque d'autonomie
Tough-esprit	Active	Obsessionnel

Annexe 7- Questionnaire de personnalité TCI-125 par Cloninger

QUESTIONNAIRE DE PERSONNALITE TCI-125 *

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 entourant **une seule** des deux réponses V ou F.

Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, choisissez uniquement la réponse qui vous ressemble le plus.

Répondez à toutes les questions, même si vous n'êtes pas très sûr(e) de la réponse.

Faites attention aux formulations négatives de certaines propositions.

* *Temperament and Character Inventory - Version 9 (1992) 125 items © CR Cloninger.*

Traduction française 2-1996 (A.Pélissolo, M.Téhérani, R.-M.Bourgault, C.Musa, J.-P.Lépine).

Nom :

Prénom :

Sexe :

Date de naissance :/...../.....

Date :/...../.....

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
J'ai souvent l'impression d'être victime des circonstances	V	F	3
Habituellement j'accepte les autres tels qu'ils sont, même s'ils sont très différents de moi	V	F	4
Je prends plaisir à me venger des gens qui m'ont fait du mal	V	F	5
J'ai souvent l'impression que ma vie n'a pas de but ou manque de sens	V	F	6
J'aime aider les autres à résoudre leurs problèmes	V	F	7

J'en aurais probablement les capacités, mais je ne vois pas l'intérêt de faire plus que le strict minimum	V	F	8
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	9
Je fais souvent les choses selon mon impression du moment sans tenir compte des méthodes habituelles	V	F	10
Je fais habituellement les choses à ma façon plutôt qu'en fonction des souhaits des autres	V	F	11
Généralement, je n'aime pas les gens qui ont des idées différentes des miennes	V	F	12
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	13
Je suis beaucoup plus réservé(e) que la plupart des gens	V	F	14
J'aime discuter de mes expériences et de mes sentiments ouvertement avec des amis plutôt que de les garder pour	V	F	15
J'ai moins d'énergie et je me fatigue plus vite que la plupart des gens	V	F	16
Je me sens rarement libre de mes choix	V	F	17
Je prends souvent en compte les sentiments des autres autant que mes propres sentiments	V	F	18
J'évite souvent de rencontrer des inconnus parce que je manque de confiance face aux gens que je ne connais pas	V	F	19
J'aime faire plaisir aux autres autant que je le peux	V	F	20
J'ai souvent le désir d'être la personne la plus intelligente	V	F	21
Ma détermination me permet habituellement de poursuivre une tâche longtemps après que les autres ont abandonné	V	F	22
J'attends souvent des autres qu'ils trouvent une solution à mes problèmes	V	F	23
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	24
J'ai souvent des éclairs inattendus d'intuition ou de compréhension quand je me détends	V	F	25
Je ne me soucie pas tellement du fait que les autres m'aiment ou qu'ils approuvent ma manière de faire	V	F	26
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	27
Je n'ai pas de patience avec les gens qui n'acceptent pas mes points de vue	V	F	28
Parfois je me sens tellement en accord avec la nature que tout me semble faire partie d'un même organisme vivant	V	F	29

Quand je dois rencontrer un groupe d'inconnus, je suis plus timide que la plupart des gens	V	F	30
Je suis plus sentimental(e) que la plupart des gens	V	F	31
On dirait que j'ai un "sixième sens" qui me permet parfois de savoir ce qu'il va se passer	V	F	32
Quand quelqu'un m'a fait du mal, j'essaie en général de me venger	V	F	33
Mes opinions sont en grande partie influencées par des éléments que je ne contrôle pas	V	F	34
Je souhaite souvent être plus fort(e) que tous les autres	V	F	35
Je préfère réfléchir longtemps avant de prendre une décision	V	F	36
Je suis plus travailleur(-euse) que la majorité des gens	V	F	37
Habituellement, je reste calme et confiant(e) dans des situations que la plupart des gens trouverait physiquement dangereuses	V	F	38
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	39
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	40
Les gens me confient habituellement leurs sentiments	V	F	41
J'ai parfois eu l'impression d'appartenir à quelque chose sans limite dans le temps et dans l'espace	V	F	42
Je ressens parfois un contact spirituel avec d'autres personnes que je ne peux pas exprimer avec des mots	V	F	43
J'apprécie que les gens puissent faire ce qu'ils veulent sans règles ni contraintes strictes	V	F	44
Je resterai probablement détendu(e) en rencontrant des inconnus, même si on m'a prévenu(e) qu'ils sont inamicaux	V	F	45
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	46
D'habitude, j'examine tous les détails d'un problème avant de prendre une décision	V	F	47
Il m'arrive souvent de souhaiter avoir des pouvoirs spéciaux comme Superman	V	F	48
Les autres me contrôlent trop	V	F	49
J'aime partager ce que j'ai appris avec les autres	V	F	50
Je suis souvent capable de convaincre les autres, même de choses que je sais exagérées ou fausses	V	F	51

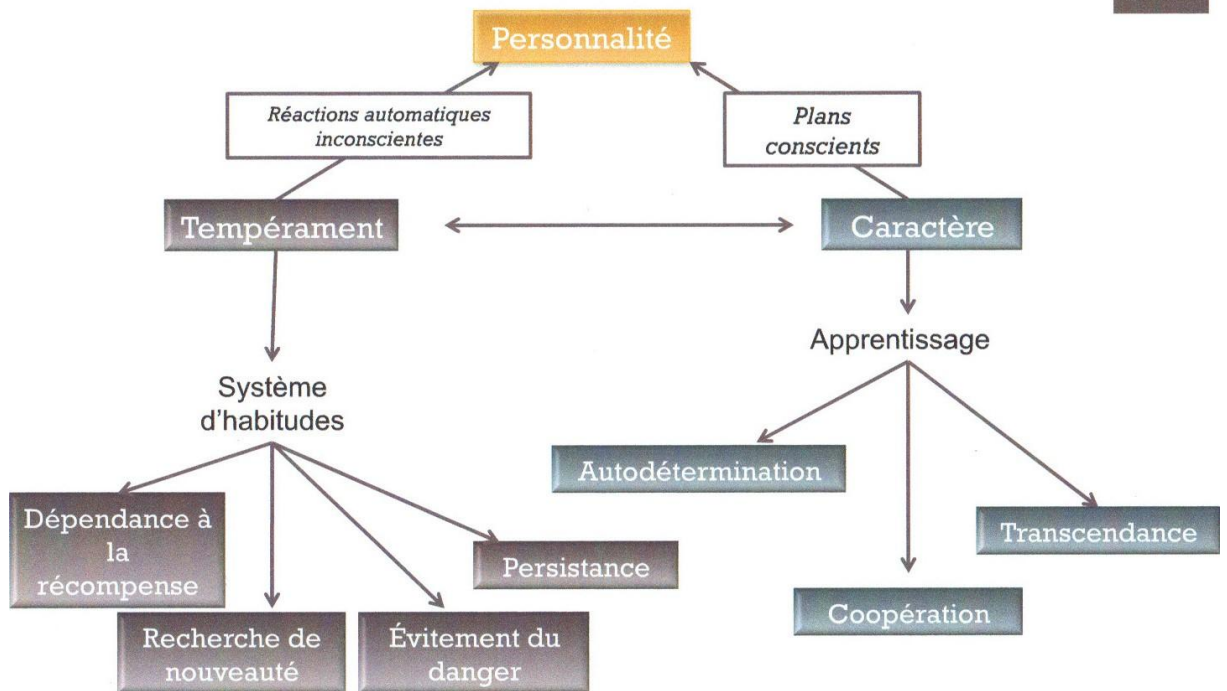
Parfois, j'ai eu l'impression que ma vie était dirigée par une force spirituelle supérieure à tout être humain	V	F	52
J'ai la réputation d'être quelqu'un de très réaliste qui n'agit pas sous le coup des émotions	V	F	53
Je suis très sensible aux "bonnes causes" (lorsqu'on demande d'aider des enfants handicapés par exemple)	V	F	54
Je me pousse habituellement plus durement que la plupart des gens parce que je veux faire du mieux possible	V	F	55
J'ai tellement de défauts que je ne m'aime pas beaucoup	V	F	56
Je manque de temps pour rechercher des solutions durables à mes problèmes	V	F	57
Souvent je n'arrive pas à affronter certains problèmes car je n'ai aucune idée sur la manière de m'y prendre	V	F	58
Je préfère dépenser de l'argent plutôt que de le mettre de côté	V	F	59
Je parviens souvent à déformer la réalité afin de raconter une histoire plus drôle ou de faire une farce à quelqu'un	V	F	60
Je me remets très vite d'avoir été embarrassé(e) ou humilié(e)	V	F	61
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	62
En général, il me faut de très bonnes raisons pour accepter de modifier mes habitudes	V	F	63
Le plus souvent, je suis capable de rester rassuré(e) et détendu(e) même lorsque presque tout le monde est inquiet	V	F	64
Je trouve les chansons et les films tristes plutôt ennuyeux	V	F	65
Les circonstances m'obligent souvent à faire des choses malgré moi	V	F	66
Lorsque quelqu'un me blesse, je préfère rester aimable plutôt que me venger	V	F	67
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	68
Je ne pense pas avoir réellement un but dans la vie	V	F	69
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	70
J'obéis souvent à mon instinct ou à mon intuition, sans réfléchir à tous les détails de la situation	V	F	71
Les autres pensent souvent que je suis trop indépendant(e) car je ne fais pas ce qu'ils voudraient que je fasse	V	F	72
Je me sens souvent en forte communion spirituelle ou émotionnelle avec les gens qui m'entourent	V	F	73

J'essaie souvent de m'imaginer à la place des autres afin de vraiment les comprendre	V	F	74
Les principes tels que la justice et l'honnêteté jouent peu de rôle dans ma vie	V	F	75
Je suis plus efficace que la plupart des gens pour mettre de l'argent de côté	V	F	76
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	77
Je me sens très confiant(e) et sûr(e) de moi dans presque toutes les situations sociales	V	F	78
Mes amis trouvent qu'il est difficile de connaître mes sentiments car je leur confie rarement mes pensées intimes	V	F	79
J'aime imaginer que mes ennemis souffrent	V	F	80
J'ai plus d'énergie et me fatigue moins vite que la plupart des gens	V	F	81
L'inquiétude me pousse souvent à interrompre mes activités, même si mes amis me disent que tout ira bien	V	F	82
J'ai souvent le désir d'être plus puissant(e) que n'importe qui	V	F	83
Les membres d'une équipe sont rarement récompensés de manière équitable	V	F	84
Je ne sors pas de ma route pour faire plaisir aux autres	V	F	85
Je ne suis pas du tout timide avec des inconnus	V	F	86
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	87
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	88
J'essaie souvent de mettre mes propres jugements de côté afin de mieux comprendre ce que les autres vivent	V	F	89
Beaucoup de mes habitudes m'empêchent d'obtenir de bons résultats	V	F	90
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	91
Je préfère attendre que quelqu'un d'autre décide de ce qui doit être fait	V	F	92
En général, je respecte les opinions des autres	V	F	93
Mon comportement m'est dicté par certains objectifs que je me suis fixés dans la vie	V	F	94
En général, il est absurde de contribuer au succès des autres	V	F	95

En général j'aime rester froid(e) et détaché(e) vis-à-vis des autres	V	F	96
J'ai plus tendance à pleurer devant un film triste que la plupart des gens	V	F	97
Je me rétablis plus rapidement que la plupart des gens de légers problèmes de santé ou de situations stressantes	V	F	98
J'enfreins souvent les lois et les règlements lorsque je pense ne pas risquer de sanction	V	F	99
J'ai encore de bonnes habitudes à acquérir pour réussir à résister aux tentations	V	F	100
Je souhaiterais que les autres parlent moins qu'ils ne le font	V	F	101
Chacun devrait être traité avec respect et dignité, même les gens qui semblent sans importance ou mauvais	V	F	102
J'aime prendre des décisions rapidement afin de poursuivre mes activités	V	F	103
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	104
J'aime explorer de nouvelles méthodes pour faire les choses	V	F	105
J'aime mettre de l'argent de côté plutôt que le dépenser pour des divertissements ou des sensations fortes	V	F	106
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	107
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	108
La plupart des gens semblent être plus efficaces que moi	V	F	109
J'ai souvent la sensation de faire partie de la force spirituelle dont toute la vie dépend	V	F	110
Même avec des amis, je préfère ne pas trop me confier	V	F	111
Je pense que mon comportement naturel est en général en accord avec mes principes et mes objectifs de vie	V	F	112
Je crois que toute vie dépend d'un certain ordre ou pouvoir spirituel qui ne peut pas être complètement expliqué	V	F	113
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	114
Je me sens souvent tendu(e) et inquiet(e) lorsque je dois faire quelque chose d'inhabituel pour moi	V	F	115
Je me pousse souvent jusqu'à l'épuisement ou j'essaie de faire plus que je ne le peux réellement	V	F	116
Ma volonté est trop faible pour résister aux tentations très fortes, même si je sais que je souffrirai de leurs conséquences	V	F	117

Je déteste voir n'importe qui souffrir	V	F	118
Si je n'ai pas le moral, je préfère être entouré(e) d'amis plutôt que de rester seul(e)	V	F	119
Je souhaiterais être la personne la plus belle	V	F	120
J'aime l'éclosion des fleurs au printemps autant que de revoir un vieil ami	V	F	121
Habituellement, je considère une situation difficile comme un défi ou une bonne occasion	V	F	122
Les gens qui travaillent avec moi doivent apprendre à faire les choses selon mes méthodes	V	F	123
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	124
Lorsque rien de nouveau ne se passe, je recherche en général quelque chose de passionnant ou d'excitant à faire	V	F	125

+ Modèle de personnalité de Cloninger



Annexe 9- Synthèse douleur aigue/douleur chronique

	AIGUE = symptome	CHRONIQUE = syndrome
Finalité biologique	Utile, protectrice	Inutile, destructrice
Mécanisme générateur	Unifactoriel	Plurifactorielle
Réaction somato-végétative	Réactionnelle	Habituatation
Réaction affective	Anxiété	Dépression
Comportement	Réactionnel	Renforcé
Modèle	Médical	Pluridimensionnel
Objectif thérapeutique	Curatif	Réadaptatif

Annexe 10- Grille d'entretien avec le patient douloureux chronique

Histoire de la maladie

1. *Mode de début*

Circonstances exactes
Modalités de prise en charge immédiate
Evènements de vie concomitants
Diagnostic initial, explications données, impact

2. *Evolution du syndrome douloureux*

Comment s'est installé l'état douloureux persistant à partir d'une maladie plus aigue
Degré du handicap

3. *Traitements effectués*

Effets secondaires
Effets bénéfiques partiels
Raisons d'abandon

4. *Antécédents pathologiques*

Expériences douloureuses antérieures
Autres maladies associées ; leur issue, leur évolutivité actuelle

5. *Aspects cognitifs*

Interprétation par le patient des avis médicaux
Sa représentation de la maladie : les modèles
Son attitude vis-à-vis de la maladie, du corps médical

Evaluation actuelle du syndrome douloureux

1. *Evaluation du handicap*

Préciser la sensation douloureuse et ses facteurs de variations
Préciser le retentissement sur les activités

2. *Recherche du soulagement*

3. *Prises médicamenteuses*

Evaluer le rapport aux médicaments : automédication, peur du médicament, prise compulsive

4. *Evaluation de l'humeur*

5. *Entretien avec l'entourage*

Son évaluation du handicap

Son interprétation de la maladie
Sa réaction par rapport au malade

6. *Contexte socio-économique*

Détailler, s'il y a conflit, les difficultés surgies avec la Sécurité Sociale : prise en charge à 100% ou non, arrêt de travail, invalidité, pension à revaloriser, menace de licenciement, contestations et procédures, rapport avec le médecin-conseil, avec le médecin du travail

7. *Possibilités de réhabilitation*

8. *Evaluer la demande*

Demande d'examens plus poussés
Réassurance sur le pronostic
Comprendre la douleur-maladie
Que penser des médicaments ?

9. *Orienter la réponse*

Comment « faire avec »
Comment contrôler sa douleur
La réhabilitation

Annexe 11- Echelle numérique de douleur

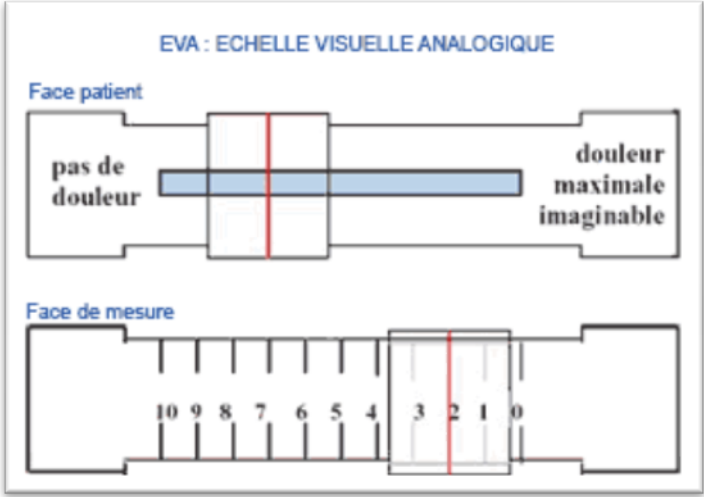
Consigne : entourez ci-dessous la note de 0 à 10 qui décrit le mieux l'importance de votre douleur.

La note 0 correspond à « pas de douleur ».

La note 10 correspond à la « douleur maximale imaginable ».

Pas de douleur 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Douleur maximale imaginable

Annexe 12- Echelle visuelle analogique de douleur



Annexe 13- Echelle comportementale de Bourhis

Envahissement du langage par la plainte

1. Pas de plainte, même à l'interrogatoire
2. Plainte uniquement à l'interrogatoire
3. Plainte spontanée, mais peu fréquente, et s'adressant seulement à certaines personnes de l'entourage
4. Envahissement partiel du langage par la plainte : le patient se plaint à tout le monde, mais est cependant capable de parler d'autre chose
5. Envahissement complet du langage par la plainte

Réduction des activités spontanées

1. Activité normale : le sujet se rend au travail
2. Activité extérieure partielle : le sujet abandonne certains travaux et distractions habituels
3. Activité d'intérieure seule
4. Activité de chambre
5. Confinement au lit : malade grabataire

Demandes d'antalgiques

1. Demande nulle
2. Demande ≤ 3 fois/24h d'antalgique per os
3. Demande ≥ 3 fois/24h d'antalgique per os
4. Demande ≤ 3 fois/24h d'antalgique injectable
5. Demande ≥ 3 fois/24h d'antalgique injectable

Annexe 15- Questionnaire Douleur de Saint-Antoine (QDSA)

Qualificatifs et organisation des classes du questionnaire douleur Saint-Antoine (QDSA) (5)

A	Battements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E	Tiraillement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	K	Nauséuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pulsations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Étirement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Suffocante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Élancements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Distension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Syncopale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	En éclairs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Déchirure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	Décharges électriques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Torsion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L	Inquiétante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Coups de marteau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Arrachement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Oppressante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B	Rayonnante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F	Chaleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	r e	Angoissante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Irradiante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Brûlure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	M	Harcelante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C	Piqûre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	G	Froid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Obsédante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Coupure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Glace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Cruelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pénétrante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	case = cocher					Torturante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Transperçante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	H	Picotements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Supplicante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Coups de poignard	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Fourmillements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N	Gênante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D	Pincement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Démangeaisons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Désagréable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Serrement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	I	Engourdissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Pénible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Écrasement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Lourdeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Insupportable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Compression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Source	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	O	Énervante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	En étau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	J	Fatiguante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Exaspérante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Broiement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Épuisante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Horripilante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					Éreintante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P	Déprimante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
									Suicidaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2ème case = mettre une note											
0 : Absent	1 : Faible										
2 : Modéré	3 : Fort	4 : Extrêmement									
à	à	à	à	à							
Pas du tout	Un peu	Moyen	Beaucoup	Extrêmement fort							

Annexe 16- Feuille de présentation de l'étude

Madame, Monsieur,

Dans le cadre le cadre de ma soutenance de thèse, je réalise une étude sur la douleur et la personnalité, en accord avec votre médecin généraliste.

Cette étude a besoin de recueillir des informations directement données par les patients. A cet effet et si vous en êtes d'accord, nous vous invitons à remplir un questionnaire qui évalue la présence ou non d'une douleur, ainsi qu'un autre qui évalue votre personnalité.

Votre personnalité est constituée de 2 éléments distincts : le tempérament et le caractère.

Le tempérament est constitué de 4 dimensions principalement héritées de nos ascendants et il a donc une forte connotation biologique (génétique).

Le caractère s'est constitué dès la petite enfance et tout au long de l'existence par une interaction entre nous-mêmes et notre environnement, au départ familial puis par la suite social. Il est constitué de 3 dimensions qui rendent compte de notre maturité individuelle, sociale et spirituelle.

C'est l'interaction de ces 7 dimensions qui constituent notre personnalité. Chacune d'elle est quantifiable et cela donne ainsi un profil rendant compte de nos capacités à s'adapter aux aléas de la vie où la douleur peut prendre une place importante.

Ce questionnaire intitulé « Inventaire de Tempérament et de Caractère » comporte 125 phrases pour lesquelles vous avez à répondre VRAI ou FAUX (choix forcé). Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses ni aucun jugement de valeur sur celles-ci. Prenez bien le temps de lire chaque affirmation afin de donner la réponse qui vous ressemble le plus.

Une fois les questionnaires remplis, vous pouvez les ramener au cabinet de votre médecin généraliste lors d'une consultation ou les déposer dans sa boîte aux lettres.

En vous remerciant par avance de votre participation, sachez que celle-ci restera anonyme et que si vous le désirez, vous pourrez en avoir une interprétation.

Erika MORLON,
Interne de Médecine Générale

BIBLIOGRAPHIE

Académie des Sciences. www.histanestrea-france.org. Comptes rendus des séances de l'Académie des Sciences (extraits). Séance du 1^{er} février 1847 sur les effets de l'éther. Tome 24 : 134-138 (27-31), 1847.

ADLER A. *Practice and theory of individual psychology*. New York: Hartcourt, Brace and World, 1927.

Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé. Prise en charge de la douleur chronique (non cancéreuse). Organisation des services de santé. Montréal: AETMIS; 2006.

ALLPORT GW. *Personality: a psychological interpretation*. New York: Holt, Rinehart, & Winston, 1937.

ALLPORT GW. *Pattern and Growth in Personality*. New York: Holt, Rinehart, & Winston, 1961.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Third edition (DSM-III)*. Washington, DC: APA Press, 1980.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth edition (DSM-IV)*. Washington, DC: APA Press, 1994.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth edition revised (DSM-IV-R)*. Washington, DC: APA Press, 2000.

AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS. Practice guidelines for chronic pain management. A report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Pain Management, Chronic Pain Section. *Anesthesiology* 1997; 86: 995-1004.

Article 20 du Code de Déontologie Médicale.

BANDURA A. *Principles of Behavior Modification*. New York: Holt, Rinehart, & Winston Ed., 1969.

BECK AT, FREEMAN A. *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: The Guildford Press Ed., 1990.

BEECHER HK. The measurement of pain. Prototype for the quantitative study responses. *Pharmacol Rev* 1957; 9: 60-189.

BERGER G. *Traité pratique d'analyse du caractère*. Presses universitaires de France, 1950, 250 p.

BIBLIOTHEQUEPSY. SCHLECHT P. Douleur et souffrance psychologique. [http://www.samu.asso.nc/Cours douleur/Seminaire 2/DOULEUR%20ET%20SOUFFRANCE%20PSYCHOLOGIQUE.htm](http://www.samu.asso.nc/Cours%20douleur/Seminaire%202/DOULEUR%20ET%20SOUFFRANCE%20PSYCHOLOGIQUE.htm) consulté le 15 juillet 2011.

BONICA JJ. *The management of pain*. Philadelphia: Lea & Febiger, 1953.

BOUREAU F, LUU M, DOUBRERE JF et GAY C. Elaboration d'un questionnaire d'auto-évaluation de la douleur par liste de qualificatifs, 1984, *Thérapie* 39 : 119-129.

BOUREAU F. Méthodes d'évaluation des analgésiques chez l'homme. In: Giroud JP, Mathé G, Meyniel G, éditeurs. *Pharmacologie clinique, bases de la thérapeutique*. Paris: Expansion Scientifique Française, 1988, p. 12-801.

BOUREAU F, SAHMOUD T. The prevalence of acute and chronic pain in the french general medical practice. 7th world congress on pain. Abstract 257. 23 August 1993.

BOUREAU F, LUU M, DOUBRERE J. Le malade douloureux chronique. Paris: Maloine, 1997, p.375-384.

BOURRHIS A, SPITALIER JM. La douleur maladie en carcinologie. *Biol Méd.* 1970, 59 : 427-458.

BUSS AH, PLOMIN R. *Temperaments: Early developing personality traits*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 1984.

BYRNE DE. An introduction to personality: a research approach. New York: Prentice-Hall, 1966.

CALVET B. Des plaintes aux troubles cognitifs: influence de la personnalité. Thèse de doctorat en médecine. Limoges: Université de Limoges, 2009.

CATELL RB. *Personality: A systematic theoretical and factual study*. New York, NY: McGraw-Hill Ed., 1950.

CATELL RB. *Personality and motivation: structure and measurement*. New York: Hartcourt Brace, 1950.

CATELL RB. *The scientific analysis of personality*. Baltimore: Penguin Books, 1965, 399 p.

CHAKROUN-VINCIGUERRA N, FAYTOUT M, PELISSOLO A, & SWENDSEN J. Validation française de la version courte de l'Inventaire du Tempérament et du Caractère (TCI-125). *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 2005, 15(1), 27-33.

CHURCH AT, BURKE PJ. Exploratory and confirmatory tests of the big five and Tellegen's three-and four-dimensional models. Department of Educational and Counseling Psychology, Washington State University, Pullman 99164-2131, 1994.

CIM 10-ICD 10 Organisation Mondiale de la Santé. *International Classification of mental disorders. Tenth revision (ICD-10). Diagnostic criteria for research*. Genève: WHO Ed., 1993. Traduction française coordonnée par C.B.Pull. *classification international des troubles mentaux, 10 ème révision, critères diagnostiques pour la recherché*. Paris : Masson, 1994.

CLARIDGE G, DAVIS C. *Personality and psychological disorders*. London Hodder Arnold, 2003, 336 p.

CLONINGER CR. A unified biosocial theory of personality and its role in the development of anxiety states. *Psychiatr Dev*, 1986, 3: 167-226.

CLONINGER CR. Neurogenetic adaptive mechanisms in alcoholism. *Science*, 1987, 236 :410-416.

CLONINGER CR. A systematic method for clinical description and classification of personality variants. *Arch Gen Psychiatry*, 1987, 44:573-588.

CLONINGER CR, BOHMAN M, SIGVARDSSON S. Childhood personality predicts alcohol abuse in young adults. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 1988, 12:494-505.

CLONINGER CR., SVRAKIC DM, & PRZYBECK TR. A psychobiological model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry*, 1993, 50: 975-990.

CLONINGER CR, SVRAKIC NM, & SVRAKIC DM. Role of personality self-organization in development of mental order and disorder. *Development and Psychopathology*, 1997, 9: 881-906.

CLONINGER CR. Personality and Psychopathology. Washington, D.C.: *American Psychiatric Press*, 1999.

CODOL JP, TETE A. Psychologie cognitive: questions vives (développement, cognition sociale, langage, évaluation-perception). *Bulletin de psychologie*, n°390, 1989, p.444-555.

CORR PJ, PICKERING AD, GRAY JA. *Personality, punishment, and procedural learning: A test of J.A. Gray's anxiety theory. Journal of Personality and Social Psychology*, Vol 73(2), Aug 1997, 337-344.

COSTA PT, McCRAE RR. *The NEO Personality Inventory Manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Ressources, 1985.

COSTA PT, McCRAE RR. *Revised NEO Personality Inventory (NEO PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI). Professional Manual*. Odessa FL: Psychological Assessment Ressources, 1992.

COTTRAUX J, BLACKBURN IM. *Psychothérapies cognitives des troubles de la personnalité*. 2ème édition revue et augmentée. Paris: Masson. Collection: Médecine et Psychothérapie, 1995.

DEBRAY Q, DANIEL N. Les personnalités pathologiques, Approche cognitive et thérapeutique. Paris: Masson, 1995.

DEBRAY Q, DANIEL N. Les personnalités pathologiques, Approche cognitive et thérapeutique. Paris: Masson 3^{ème} édition, 2010.

ERIKSON EH. *Identity: youth and crisis*. New York: Norton, 1968.

EYSENCK HJ. *Dimensions of personality*. New York: Praeger, 1947.

EYSENCK HJ. *Uses and abuses of psychology*. Harmondsworth: Penguin, 1953.

EYSENCK HJ. *the structure of Human Personality*. London: Methuen Ed., 1970.

FREUD S. Le moi et le ça (1923). In : Essais de psychanalyse. Paris : Petite Bibliothèque Payot, traduction française, 1990.

FREUD S. Die Traumdeutung (1899-1900), trad. : L'interprétation du rêve, dans Œuvres complètes, 2003, T. IV, PUF, 759 p.

GASPAR M, UJLAKY J, HOLECZ A. Professional socialization and personality traits in pedagogical profession. Présenté au 9^{ème} congrès européen de psychologie, Grenade, Espagne, 3-8 juillet 2005.

GRAY JA. The psychophysiological bases of introversion-extraversion. *Behav Res Ther*, 1970, 8: 249-266.

GRAY JA. *The neuropsychology of anxiety: An enquiry into the functions of the septo-hippocampal system*. New York: Oxford University Press, 1982.

HANSENNE M. Le modèle biosocial de la personnalité de Cloninger. *L'année psychologique*, 2001, 101 : 155-181.

HANSENNE M. *Psychologie de la personnalité*. Bruxelles : De Boeck, 2003, 337p. (Ouvertures Psychologiques).

HANSENNE M. *Psychologie de la personnalité*. Bruxelles : De Boeck (3^{ème} édition), 2007; 388p. (Ouvertures Psychologiques).

HARDY-BAYLE MC, HARDY P. Enseignement de la psychiatrie. Reuil-Malmaison : Doin édition, 2003.

HAUTE AUTORITE DE SANTE. Service Des Recommandations et Références Professionnelles. Evaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire. Février 1999.

IPSOS-Santé enquête, *Houdé Magazine*, 1985.

HALLIDAY JL. *Psychological aspects of rheumatoid arthritis*. *Proc Roy Soc Med* 1942, 35: 455-457.

HUAS D, POUCHAIN D, GAY B, AVOUAC B, BOUVENOT G. French College Of Teachers In General Practice. Assessing chronic pain in general practice: are guidelines relevant? A cluster randomized controlled trial. *Eur J Gen Pract* 2006, 12(2):52-7.

JANG KL. *The behavioral genetics of psychopathology: A clinical guide*. Mahwah (N.J), Laurence Erlbaum Associates, 2005.

JENSEN MP, KAROLY P. Self-report scales and procedures for assessing pain in adults. In: Turk DC, Melzack R, editors. *Handbook of pain assessment*. New York: The Guilford Press, 1992. p. 135-51.

JENSEN MP, TURNER LR, TURNER JA, ROMANO J. The use of multiple-item scales for pain intensity measurement in chronic pain patients. *Pain* 1996, 67: 35-40.

JUNG CG. *Psychological Types*. New York: Hartcourt, Brace and World, 1933.

KELLY GA. *The psychology of personal constructs*. New York: Norton, 1955.

LALANDE A. Vocabulaire technique et critique de la philosophie. Presses universitaires de France, Sixième édition, 1988.

LE BRETON D. *Anthropologie de la douleur*. Paris: Edition Métailié, 2006.

LEMOGNE C, SMAGGHE PO., DJIAN MC, CAROLI F. *La douleur chronique en psychiatrie : comorbidité et hypothèses*. *Annales Médico Psychologiques*, 2004, 343-350.

LEPINE JP, GODCHAU M, BRUN P, LEMPERIERE TH. Évaluation de l'anxiété et de la dépression chez des patients hospitalisés dans un service de médecine interne. *Ann Méd Psychol* 1985, 143: 175-89.

LERICHE R. Des conditions physiologiques de la douleur-maladie. Des règles générales de la chirurgie de la douleur. In: *La chirurgie de la douleur*. Paris: Masson, 1940, p. 57-88.

Les cliniques de la douleur. www.cliniquesdouleur.umontreal.ca *Temperament and character personality profiles and personality disorders in chronic pain patients*, *Pain*, vol 133, 2007, p197-209, consulté le 13 novembre 2011.

MAGENDIE F. Note sur la sensibilité récurrente. *CR. Acad. Sc.*, 14, 1030-1135, 1847.

MASLOW AH. *Towards a Psychology of Being*. Princeton, NJ: Van Nostrand, 1962.

MASLOW AH. *Towards a Psychology of Being*. 2ème ed. Princeton, NJ: Van Nostrand, 1968.

MASLOW AH. *Motivation and Personality*. New York: Harper & Row, 1970.

McCRAE RR, COSTA PT. *Joint factors in self-reports and ratings: Neuroticism, extraversion, and openness to experience*. *Personality and Individual Differences*, 1983, 4: 245-255.

MELZACK R. *The Mac Gill Pain Questionnaire: Major properties and scoring methods*. *Pain*, 1975, 1:277-299.4

MERSKEY H, BOGDUK N. Classification of chronic pain. Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. Prepared by the TaskForce on Taxonomy of the International Association for the Study of Pain, 2nd ed. *Seattle (VA): IASP Press, 1994*.

MISCHEL W. The interaction of person and situation. In: Magnusson D., Endler N.S. Eds. *Personality at the crossroads: current issues in interactional psychology*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 1977.

MISCHEL W. On the interface of cognition and personality: beyond the person-situation debate. *Am Psychol*, 1979, 34: 740-754.

MISCHEL W. Personality dispositions revisited and revised: a view after the decades. In: Pervin L.A. Ed. *Handboock of personality: theory and research*. New York: Guildford Press, 1990, 11-134.

MISCHEL W, SHODA Y. A cognitive-affective system theory of personality: Reconceptualizing situations, dispositions, dynamics, and invariance in personality structure. *Annu Rev Psychol*, 1995, 102: 246-268.

MISCHEL W, SHODA Y. Reconciling processing dynamics and personality dispositions. *Annu Rev Psychol*, 1998, 49: 229-258.

MOOS RH. *Personality factors associated with rheumatoid arthritis. A review. J Chron Dis*, 1964, 17: 41.

MOUCHABAC S. *Neuropsychiatrie : Tendances et Débats*, 2008, 35: 17-32.

MOULIN JF. *Douleur chronique et psychiatrie*. Paris: Masson, 2000.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. Douleur, non classée ailleurs. R52. In: *CIM 10. Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes. 10ème Révision*.

OSPINA M, HARSTALL C. *Prevalence of chronic pain: an overview*. Edmonton: Alberta Heritage Foundation for Medical Research, 2002.

PELISSOLO A, TEHERANI M, BOURGAULT RM, MUSA C. LEPINE JP. Temperament and Character Inventory- Version 9 (1992) 125 items © CR Cloninger, Traduction française 2-1996.

PELISSOLO A, NOTIDE C, MUSA C, TEHERANI M, LEPINE JP. French translation of the Temperament and Character Inventory-Revised. Manuscript non publié, 2000.

PERVIN LA, JOHN OP NADEAU L. La personnalité: De la théorie à la recherche. Bruxelles: De Boeck Université, 2004.

POUCHAIN D, HUAS D, GAY B, VOUAC B, BOUVENOT G. Échelles d'évaluation de la douleur: leur utilisation en ambulatoire a-t-elle un impact ? Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient sur le soulagement de la douleur chronique ? *Revue du Praticien Médecine Générale*, 2002, 16 (585): 1299-303.

PRICE DD, BUSH FM, LONG S, HARKINS SW. A comparison of pain measurement characteristics of mechanical visual analogue and simple numerical rating scales. *Pain* 1994, 56: 217-26.

QUENEAU P, OSTERMANN G. Le médecin, le malade et la douleur. 3^{ème} édition, Masson, 2004.

RIGOZZI C, & ROSSIER J. Validation d'une version abrégée du TCI (TCI-56) sur un échantillon de jeunes fumeurs et non-fumeurs. *Annales Médico-psychologiques*. 2004, 162(7), 541-548.

ROBINS RW, & BEER JS. *Positive illusions about the self: Short-term benefits and longterm costs*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 2001, 80, 340-352.

ROGERS CR. On becoming a person: a therapist's view of psychotherapy. Boston: Houghton Mifflin, 1961, 420 p.

ROGERS CR. Le développement de la personne. Paris: Dunod, 1966, 283 p.

ROGERS CR. Freedom to learn: a view of what education might become. Columbus: Merrill, 1969, 358 p.

ROGERS CR. Liberté pour apprendre ? Paris : Dunod, 1971, 355 p.

ROGERS E, SINGHAL A. Diffusion of innovations. In Salwen and Stacks, op. cit., 1996, 409-420.

ROTTER JB. *Social Learning and Clinical Psychology*. New York: Prentice-Hall, 1954, 466 p. (Prentice-Hall psychology series).

RUSINEK S, GRAZIANI P, SERVANT D, HAUTEKEETE M, DEREGNAUCOURT I. *Thérapie cognitive et schémas cognitifs: un aspect du paradoxe*. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, Volume 54, Issue 3, 2004, 173-177.

SEZNEC JC, LEPINE JP, PELISSOLO A. *Evaluation dimensionnelle de personnalité des membres de l'équipe de France junior de vélo sur route*. *Encéphale*. 2003, 29 (Pt 1), 29-33.

SKINNER BF, RICHELLE M. *L'analyse expérimentale du comportement: un essai théorique*. Bruxelles: Dessart, 1971, vol.58, 406 p. (Psychologie et Sciences Humaines).

SKINNER BF, RICHELLE M. *Par delà la liberté et la dignité*. Paris: Laffont, 1972, 269 p. (Libertés 2000).

SKINNER BF. *Pour une science du comportement : le behaviorisme*. Neuchâtel: Deulachaux et Niestlé, 1979.

SKINNER BF. Whatever happened to psychology as the science of behavior? *Am Psychol*, 1987, 42: 780-786.

STEIN C, MENDEL G. *The German counter part to Mac Gill Pain Questionnaire*. *Pain*, 1988, 32: 251-255.

STERNBACH RA. *Pain patients: traits and treatment*. New York, Academic Press, 1974.

TAJFEL P, GERCHE S, HUAS D. *La douleur en médecine générale : Point de vue du médecin de la douleur*. *Douleur et analgésie*, 2002, vol.5, n°1, pp.71-79.

TELLEGEN A. Structures of mood and personality and their relevance to assessing anxiety with an emphasis on self-report. In: Tuma AH, Maser JD Eds. *Anxiety and the anxiety disorders*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum, 1985, 681-706.

TELLEGEN A, WALKER NG. *Exploring personality through test construction: development of the Multidimensional Personality Questionnaire*. In: Briggs SR, Cheek JM Eds. *Personality measures: Development and evaluation*. Greenwich CT: JAI Press, 1991, vol.1, 261-292.

URCAM Île-de-France. *Prise en charge de la douleur chronique chez l'adulte en Île-de-France. Principaux résultats de l'étude*. Paris: URCAM IDF, 2003.

VAIDYA NA, SIERLES FS, RAIDIA MD, FAKHOURY FJ, PRZYBECK TR, CLONINGER CR. *Relationship between specialty choice and medical student temperament and character assessed with Cloninger inventory*. *Teach Learn Med*, 2004, 16(2), 150-6.

VIDAL-JALTON K. *Les recommandations pour la pratique clinique à propos de l'évaluation et du suivi de la douleur chronique en médecine ambulatoire sont-elles adaptées à la pratique de la médecine générale ? [thèse de médecine]*. Toulouse: Université Paul Sabatier Toulouse III, 2001.

WADDELL G, VALLANCE R, DI PAOLA M, MORRIS EW. *Diagnosis and decision making in lumbar disc prolapsed and nerve entrapment*. *Spine*, 1986 Jun, 11(5): 436-9.

WATSON D, CLARK LA. *Positive and negative affectivity and their relation to anxiety and depressive disorders*. *Greg Journal of Abnormal Psychology*, Vol 97 (3), Aug 1988, 346-353.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *A new understanding chronic pain*. In: *Kaplun A. editor. Health promotion and chronic illness. Discovering a new quality of health*. Copenhagen: WHO Regional Publications, 1992. p. 141-226.

ZIGMOND AS, SNAITH RP. *The Hospital Anxiety and Depression scale*. *Acta Psychiatr Scand* 1983, 67: 361-70.

ZUCKERMAN M. *Sensation seeking and behavior disorders*. *Arch Gen Psychiatry*, 1988, 45, 502-503.

ZUCKERMAN M, KUHLMAN DM, THORNQUIST M, KIERS H. *Five (or three) robust questionnaire scale factors of personality without culture*. *Pers Individ Dif*, 1991; 12, 929-941.

ZUCKERMAN M. An alternative five-factor model of personality. In: Halverson CF, Kohnstamm GA, Martin R. Eds. *The developing structure of temperament and personality from infancy to adulthood*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 1994, 53-68.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

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

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

RESUME: Le médecin généraliste est le premier à être confronté au vaste problème de la plainte douloureuse. La douleur est un phénomène pluridimensionnel : à la fois psychologique et neurophysiologique. A ce jour, peu d'étude ont établi un lien entre douleur et personnalité. L'objectif principal de cette étude était de comparer des sujets non douloureux à des sujets douloureux selon leurs traits de personnalité afin de voir s'il existait une influence de la douleur sur des traits de tempérament et du caractère. Cette étude a montré que les sujets non douloureux étaient plus matures sur le plan social et individuel. L'absence de douleur pourrait avoir un rôle positif sur le développement du caractère en permettant une meilleure adaptation à l'environnement, et une prise de décisions plus facilement et plus sereinement. Les personnes douloureuses sont plus impulsives, plus fatigables, leur maturité sociale et individuelle est moindre. La douleur pourrait avoir des conséquences néfastes sur le développement du caractère : il serait plus difficile de s'adapter à l'environnement, mais aussi aux autres. En s'intéressant davantage à ces mécanismes biopsychologiques, il serait peut-être possible de traiter la douleur afin d'éviter sa chronicisation et ses conséquences néfastes sur la vie quotidienne et ainsi éviter des décompensations dépressives ou anxieuses pouvant être dramatiques.

MOTS CLES: douleur, personnalité, modèle psychobiologique de Cloninger

ABSTRACT: The general practitioner is the first to be confronted with the vast problem of painful complaint. Pain is a multidimensional event: both psychological and neurophysiological. Today, few studies have established a link between pain and personality. The main objective of this study was to compare subjects without pain and painful subjects according to their personality traits, to observe if there was an influence of pain on traits of temperament and character. Results: This study showed that subjects without pain were more socially and individually matures. The absence of pain could have a positive effect on character development by allowing a better adaptation to the environment, and a decision more easily and calmly. People are more painful impulsive, more fatigable, social and personal maturities are lower. The pain may have adverse effects on character development: it is more difficult to adapt to the environment, but also to the others. In looking more attention to these biopsychological mechanisms, it might be possible to treat pain to avoid its chronicity and its adverse consequences on everyday life and thus avoid depressed or anxious decompensation can be dramatic.

KEYWORDS: pain, personality, Temperament and Character Inventory