

UNIVERSITE DE LIMOGES

Faculté de Médecine

ANNÉE 2013

THÈSE N°

**Emotionalité, Personnalité et Facteurs contextuels.
Etude rétrospective chez le sujet dépressif.**

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 20 septembre 2013

par

Adrien JOUETTE

né le 8 janvier 1982, à Issoire (63)

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. le Professeur J-P. CLEMENT Président
Mme. le Professeur M-P. TEISSIER-CLEMENT Juge
M. le Professeur M. DRUET-CABANAC Juge
M. le Docteur J-L. SOUCHAUD Juge
Mme. Le Docteur A. DRUET-CABANAC Membre invité
M le Docteur H. MERVEILLE Membre invité
M le Docteur E. CHARLES Membre invité

UNIVERSITE DE LIMOGES

Faculté de Médecine

ANNÉE 2013

THÈSE N°

**Emotionalité, Personnalité et Facteurs contextuels.
Etude rétrospective chez le sujet dépressif.**

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 20 septembre 2013

par

Adrien JOUETTE

né le 8 janvier 1982, à Issoire (63)

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. le Professeur J-P. CLEMENT Président
Mme. le Professeur M-P. TEISSIER-CLEMENT Juge
M. le Professeur M. DRUET-CABANAC Juge
M. le Docteur J-L. SOUCHAUD Juge
Mme. Le Docteur A. DRUET-CABANAC Membre invité
M le Docteur H. MERVEILLE Membre invité
M le Docteur E. CHARLES Membre invité

UNIVERSITE de LIMOGES
FACULTE de MEDECINE

ABOYANS Victor	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CARDIOLOGIE
ACHARD Jean-Michel	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PHYSIOLOGIE
ADENIS Jean-Paul	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier OPHTALMOLOGIE
ALAIN Sophie	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
ALDIGIER Jean-Claude	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier NEPHROLOGIE
ARCHAMBEAUD Françoise	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE INTERNE Responsable de service
ARNAUD Jean-Paul	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE
AUBARD Yves	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE Responsable de service
AUBRY Karine	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier O.R.L.
BEDANE Christophe	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier DERMATOLOGIE-VENEREOLOGIE Responsable de service
BERTIN Philippe	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier THERAPEUTIQUE Responsable de service de RHUMATOLOGIE
BESSEDE Jean-Pierre	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier O.R.L. Responsable de service
BONNAUD François	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PNEUMOLOGIE Doyen Honoraire
BORDESSOULE Dominique	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier HEMATOLOGIE Responsable de service d'HEMATOLOGIE CLINIQUE et THERAPIE CELLU-

LAIRE

CHARISSOUX Jean-Louis	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE
CLAVERE Pierre	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier RADIOTHERAPIE Responsable de service
CLEMENT Jean-Pierre	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PSYCHIATRIE d'ADULTES Responsable de service
COGNE Michel	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier IMMUNOLOGIE Responsable de service
COLOMBEAU Pierre	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier UROLOGIE
CORNU Elisabeth	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
COURATIER Philippe	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier NEUROLOGIE Responsable de service
DANTOINE Thierry	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier GERATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT Responsable de service
DARDE Marie-Laure	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE Responsable de service
DAVIET Jean-Christophe	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
DESCAZEAUD Aurélien	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier UROLOGIE
DESSPORT Jean-Claude	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier NUTRITION
DRUET-CABANAC Michel	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE et SANTE au TRAVAIL Responsable de service
DUMAS Jean-Philippe	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier UROLOGIE Responsable de service
ESSIG Marie	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

	NEPHROLOGIE Responsable de service
FAUCHAIS Anne-Laure	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE INTERNE Responsable de service
FEISS Pierre	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
FEUILLARD Jean	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier HEMATOLOGIE Responsable de service du Laboratoire d'HEMATOLOGIE
FOURCADE Laurent	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE INFANTILE Responsable de service
FUNALOT Benoît	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
GAINANT Alain	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE DIGESTIVE
GUIGONIS Vincent	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PEDIATRIE
JACCARD Arnaud	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier HEMATOLOGIE
JAUBERTEAU-MARCHAN M. Odile	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier IMMUNOLOGIE
LABROUSSE François	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES Responsable de service
LACROIX Philippe	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE VASCULAIRE
LASKAR Marc	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE Responsable de service Assesseur
LIENHARDT-ROUSSIE Anne	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PEDIATRIE Responsable de service
LOUSTAUD-RATTI Véronique	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier HEPATOLOGIE
MABIT Christian	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

	ANATOMIE Responsable de service d'ORTHOPEDIE-TRAUMATOLOGIE
MAGY Laurent	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier NEUROLOGIE
MARQUET Pierre	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE Responsable de service
MATHONNET Muriel	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE DIGESTIVE
MELLONI Boris	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PNEUMOLOGIE Responsable de service
MERLE Louis	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PHARMACOLOGIE CLINIQUE
MONTEIL Jacques	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE Responsable de service
MOREAU Jean-Jacques	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier NEUROCHIRURGIE Responsable de service Assesseur
MOULIES Dominique	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE INFANTILE
MOUNAYER Charbel	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
NATHAN-DENIZOT Nathalie	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier ANESTHESIOLOGIE-RENIMATION Responsable de service
PARAF François	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE LEGALE et DROIT de la SANTE Responsable de service
PLOY Marie-Cécile	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE Responsable de service
PREUX Pierre-Marie	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION Responsable de service du SIME Assesseur
ROBERT Pierre-Yves	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier OPHTALMOLOGIE

	Responsable de service
SALLE Jean-Yves	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION Responsable de service
SAUTEREAU Denis	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE Responsable de service
STURTZ Franck	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE Responsable de service
TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier ENDOCRINOLOGIE, DIABETE et MALADIES METABOLIQUES
TREVES Richard	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier RHUMATOLOGIE
TUBIANA-MATHIEU Nicole	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CANCEROLOGIE Responsable de service
VALLAT Jean-Michel	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier NEUROLOGIE
VALLEIX Denis	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier ANATOMIE Responsable de service de CHIRURGIE DIGESTIVE et ENDOCRINIENNE Doyen
VERGNENEGRE Alain	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
VERGNE-SALLE Pascale	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier THERAPEUTIQUE
VIDAL Elisabeth	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE INTERNE
VIGNON Philippe	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier REANIMATION Responsable de service
VINCENT François	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PHYSIOLOGIE
VIROT Patrice	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CARDIOLOGIE Responsable de service
WEINBRECK Pierre	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MALADIES INFECTIEUSES

	Responsable de service
YARDIN Catherine	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CYTOLOGIE et HISTOLOGIE Responsable de service
BUCHON Daniel	Professeur des Universités MEDECINE GENERALE
BUISSON Jean-Gabriel	Professeur associé à mi-temps MEDECINE GENERALE
DUMOITIER Nathalie	Professeur associé à mi-temps MEDECINE GENERALE
PREVOST Martine	Professeur associé à mi-temps MEDECINE GENERALE
AJZENBERG Daniel	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
ANTONINI Marie-Thérèse	Maître de Conférence des Universités-Praticien Hospitalier PHYSIOLOGIE Responsable de service
BOURTHOUMIEU Sylvie	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier CYTOLOGIE et HISTOLOGIE
BOUTEILLE Bernard	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
CHABLE Hélène	Maître de Conférence des Universités-Praticien Hospitalier BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
DURAND-FONTANIER Sylvaine	Maître de Conférence des Universités-Praticien Hospitalier ANATOMIE
ESCLAIRE Françoise	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier BIOLOGIE CELLULAIRE
HANTZ Sébastien	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
LAROCHE Marie-Laure	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier PHARMACOLOGIE CLINIQUE
LE GUYADER Alexandre	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
MARIN Benoît	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
MOUNIER Marcelle	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier

	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE
PICARD Nicolas	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
QUELVEN-BERTIN Isabelle	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE
TERRO Faraj	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier BIOLOGIE CELLULAIRE
MENARD Dominique	Maître de Conférences associé à mi-temps MEDECINE GENERALE
BONNETBLANC Jean-Marie	Professeur des Universités Emérite
DENIS François	Professeur des Universités Emérite
SAUVAGE Jean-Pierre	Professeur des Universités Emérite
VANDROUX Jean-Claude	Professeur des Universités Emérite

REMERCIEMENTS

A notre Président et Directeur de thèse,

Monsieur le Professeur Jean-Pierre CLEMENT,
Professeur des universités de Psychiatrie de l'adulte.
Psychiatre des hôpitaux.
Responsable de pôle.

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter de présider ce jury et plus encore de diriger ce travail de thèse ; soyez certain de ma sincère reconnaissance. Je vous remercie de votre confiance et de votre aide bienveillante ; et j'espère que ce modeste travail de thèse sera à la hauteur de vos espérances.

Même si mon chemin s'éloigne aujourd'hui de Limoges, vous aurez accompagné mes premiers et derniers pas d'interne ; votre enthousiasme pour les domaines de la psychogériatrie et de la personnalité m'aura *contaminé* à bon escient ! Et je garderai un souvenir heureux de nos visites conjointes à Lafarge (source d'enrichissement et rappel utile du long chemin à parcourir pour devenir psychiatre).

A notre Juge,

Madame le Professeur Marie-Pierre TEISSIER-CLEMENT,

Professeur des universités d'Endocrinologie, Diabétologie et Maladie métaboliques.

Praticien hospitalier.

Je vous remercie de me faire l'honneur d'accepter de siéger à mon jury de thèse et de juger une nouvelle fois le travail d'un interne en psychiatrie.

Chacune de nos rencontres m'aura marqué par votre bienveillance, gentillesse et simplicité. « Einladend und gemütlich » !

Veillez trouver ici l'expression de mes vifs remerciements et de mon sincère respect.

A notre Juge,

Monsieur le Professeur Michel DRUET-CABANAC,

Professeur des universités de Médecine du travail.

Praticien hospitalier.

Responsable de service.

Nous sommes sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de siéger à notre jury de thèse.

Votre jugement sur ce travail sera des plus apprécié.

Nous vous prions de bien vouloir recevoir à cette occasion l'expression de notre respect et gratitude.

A notre juge,

Monsieur le Docteur Jean-Louis SOUCHAUD,

Psychiatre des hôpitaux.

Unité Laborit ; CH Esquirol.

Je vous remercie d'avoir accepté de siéger à mon jury et de juger ce travail de thèse.

Les moments passés à vos côtés pendant mon stage au sein de l'unité Laborit ont été des plus marquants : votre contact auprès des patients m'a impressionné et m'inspire encore aujourd'hui ! Nos échanges au quotidien, moments de partage et d'écoute, ont été des plus enrichissants.

Recevez cette thèse comme le témoignage de mon profond respect et de ma gratitude.

A nos membres invités,

Madame le Docteur Annie DRUET-CABANAC,

Docteur en Santé Publique et Neuro-Epidémiologie.

Centre Mémoire de Ressource et de Recherche (C.M.R.R.) ; CH Esquirol.

Un GRAND merci pour ton aide plus que précieuse !

Perdu dans ce monde si particulier des biostatistiques ; ta patience, tes conseils et ton écoute m'ont été d'un grand secours.

J'espère que le résultat final sera à la hauteur.

Monsieur le Docteur Hervé MERVEILLE,
Psychiatre des hôpitaux.
Responsable de l'EMESPA ; CH Esquirol.

Merci mon colonel d'accepter de participer à mon jury de thèse.

J'ai eu la chance d'être ton premier interne ; et dès nos premières rencontres, j'ai très vite compris que la psychiatrie faisait déjà partie de toi : une empathie hors norme, une aisance dans l'alliance avec le patient et surtout une pertinence clinique qui dépassaient de loin mes compétences ! Et puis une personnalité joviale, accessible et rassurante qui contribue à toute mon admiration et respect !

Par contre, je me souviens d'une affiche dans ton bureau "war is over" et je crois que toi comme moi avons compris que la lutte était loin d'être finie à travers les soins que nous prodiguons à tous ces patients victimes de cette guerre invisible que sont les vicissitudes et violences du quotidien ...

Monsieur le Docteur Eric CHARLES,

Psychiatre des hôpitaux.

Unité Widlöcher ; CH Esquirol.

Merci de ta présence au sein de ce jury de thèse,

Tes remarques et critiques justes et utiles lors de mon stage à Lafarge m'ont aidé à me remettre dans le bon sens de la marche et ont contribué à une utile remise en question.

Tu as continué à m'accorder ta confiance malgré tout et je t'en remercie !

Plus encore, tu as répondu présent pour m'aider à concevoir les prémisses de cette thèse et je t'en suis plus que redevable.

Dédicaces

A tous les patients qui m'ont accordé leur confiance, plus encore à ceux qui ont accepté de participer à cette étude; sans eux rien de tout cela n'aurait été possible. J'espère avoir été digne de votre confiance et humblement je vous promets à vous et à mes futurs patients de rester le plus exigeant et efficace à votre égard.

A mes parents, pour votre soutien et votre amour inconditionnel. Ce travail de thèse et mon parcours universitaire ont été rendus possibles en GRANDE partie grâce à vous; je vous en rends hommage et j'espère en ce jour et pour les prochains rester digne et reconnaissant envers vous... Votre fils qui vous aime.

" Je marche dans les pas... dans les pas de mes frères" (le petit prince a dit)
A mes frères, Fabien et Sébastien, mes exemples ; vous m'inspirez et me guidez dans mes choix de vie plus que vous ne vous en doutez ; merci à vous.

A ma tendre Mamy, tu traverses cette période difficile de la vieillesse et de la maladie, tu y fais face avec force et courage malgré tant d'épreuves difficiles.... J'espère pouvoir partager encore le plus de moments possible avec toi et m'inspirer de ta gentillesse et générosité sans limite.
A Papy, tu nous as quittés trop tôt... Merci de tous ces étés passés en ta compagnie et de m'avoir transmis ce goût de la connaissance et de la curiosité.

A papy Benjamin et mamie Juliette, partis vous aussi...

A Véro, si gentille belle-sœur ; et Lucas, petit neveu facétieux ;-)

A Greg et Antoine: merci de votre amitié et de votre soutien sans faille.

A Étienne dit Tchenn: comment aurait-on fait, lorsqu'on se rencontra en 6^e, pour deviner que quelques années plus tard nous nous retrouverions médecins tous les deux ? (enfin pas encore sûr pour moi); te voilà médecin de campagne, tu as réalisé ton rêve, j'espère réaliser le mien.

A Zoé " zouzou" pour nos sessions cup of tea toulousaines, tes conseils bienveillants et ton attention. Prête pour la suite ?

Aux cousines diaboliques, Nelly et Lara (Céline et Gaëlle) pour vos « *supports* » musicaux et votre humour incomparable.

A Conception, pour ton « *technical support* » mais surtout pour ton amitié.

A Parneixou et Marion, pour tous ces moments partagés et en souvenir de votre visite « *sanitaire* » au moment de ma rougeole (le masque canard vous allait si bien!)

Spéciale dédicace à tous ceux qui ne liront **QUE** les dédicaces ;-) (Oui on l'a tous fait ;-) Moi le premier !)

Mais jetez quand même un coup d'œil à la suite...Promis ça peut être intéressant ;-)
A l'attention des membres du jury, je solliciterai votre indulgence et patience en regard de la première partie consacrée aux généralités : abordez les concepts d'émotionalité, de dépression et de personnalité de façon « synthétique » était une gageure que je n'aurai pas réussi à relever...

BO officielle de cette thèse :

“Let it be“, “Help !“, “I want to hold your hand“, “Hey Jude“, “Come together” from The Beatles.

“Somewhere over the rainbow” from J.Garland.

“Imagine” from John Lennon.

“Boxes “ from C.Winston.

“Talk to me” from M.Nucci.

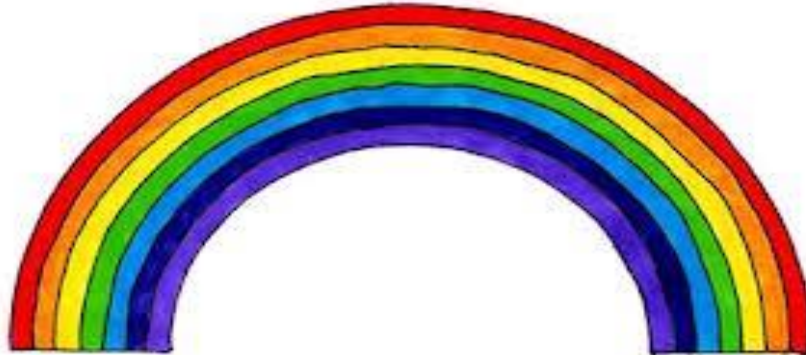
“Cold water” from D.Rice.

“That look you give that guy” from The Eels.

“Kozmic blues” from J.Joplin. +++++

“Moonage daydream” from D.Bowie.

Musicothérapie contre le découragement



Non Dedicaces :

Je ne dédie pas ce travail à la feuille de style de la Fac pour la rédaction des thèsesWTF !!!!!!!

Je ne dédie pas non plus cette thèse au trou du c** qui a forcé ma Twingo et m'a foutu en bordel tous les questionnaires.... Deux jours à tous reclasser !!!!!

Je ne dédie pas cette thèse à la marque PNY qui fait de si charmantes clefs USB qui se formatent toutes seules

Je ne dédie pas cette thèse au logiciel Excel et à ce « pure moment de bonheur » de remplissage de la base de donnée : 210 x 235 = 49350 items à remplir avec la joie des items inversés et la peur du décalage de ligne.... Ma raison a failli disparaître ; ma tête frisa l'implosion... PLUS JAMAIS !!!!! (encore merci papa de ton aide !!)

Dédicaces Esquioliennes:

A mes camarades d'internat,

-les anciens: mother Mathilde, Benj « putain con » Calvet, Magalie, Lucie, Cristina, Guillaume...

-ma promo: Aurélien, Elodie, Greg et Coralie.

-les juniors et futurs internes auxquels je souhaite réussite et enrichissement pendant cette période si particulière de l'internat...

A tous les ide, ash, secrétaire, cadre, as et autre soignant qui ont dû me supporter pendant mon internat mais qui surtout m'ont soutenu, aidé, réconforté, et enseigné tant de choses... Le futur médecin que je suis vous en remercie et tentera de ne pas oublier vos enseignements.

Aux médecins qui m'ont formé et guidé, (dans l'ordre chronologique) :

Centre Jml:

-dc M.Pareau: je retiendrai votre flegme légendaire, vos mocassins en poils de marcassin, votre humour pince sans rire, vos conseils et soutien lors de mes premiers pas d interne !

- dc P.Thomas: merci pour votre confiance, vos connaissances et ces discussions et diatribes sur le système de santé.

Service Brive la gaillarde :

- dc Chabert : parfois surprenant, vous m'avez transmis la nécessité de comprendre un patient en dehors du symptôme et l'importance de sa famille.

- dc Saint Beauzel: dès le début vous m'avez considéré comme l'un des vôtres, merci du coup pour toutes ces réunions d'organisation.... Et merci pour nos échanges sur la Psy en général et Henry Ey.

- dc ML.Portal: tu courrais partout à la fois ! J'aurais aimé pouvoir t'aider plus ! Et malgré tout tu trouvais quand même du temps pour mes questions!

Service Delay-Zarifian:

- dc N.Baloutch : merci de ta patience à mon égard, d'avoir su me montrer la voie de la psychiatrie et freinez mes réflexes de somaticien ! Ce fut le point de départ d'un grand changement dans mon approche du patient.

- dc D.Walocha: ta gentillesse et bonne humeur au quotidien étaient un vrai bonheur!

- dc I.Boghina: véritable tornade blanche! Tu virevoltais dans tous les sens et finalement tu m'as appris à être plus flexible et adaptatif ;-) et donc plus efficace !

Service Lafarge:

- dc E.Charles, pf Jp Clément, dc H.Merveille.

- Mme D.Boyon: brillante psychologue, vos avis éclairés étaient souvent par trop pertinent ! Vous aviez aussi cette qualité de laisser ouvert le discours à la

contradiction. Je vous remercie pour le temps que vous nous avez accordé pour le séminaire sur la personnalité, le partage de votre expérience et plus particulièrement pour nos discussions sur le " deuil" : nous n'étions pas d'accord... Je ne vous rejoins pas encore complètement mais avec le recul je reconsidère de plus en plus votre point de vue ;-) décidément vous aurez été trop souvent pertinente!

Service Avicenne:

- dc D.Bourlot: merci de m'avoir permis de m'affirmer, de m'avoir laissé prendre des initiatives tout en prenant le temps de les réanalyser après coup avec moi (expérience de supervision clinique au combien enrichissante). Votre patience et votre côté " maternelle" m'ont marqué; enfin m'avoir appris à intégrer la famille du patient dans la démarche active des soins a été un enseignement primordial pour mon exercice actuel et futur!

- dc I.Alamome: nous avons travaillé peu de temps ensemble mais j'ai apprécié votre simplicité et m'avez permis de mieux comprendre tous ces outils/ échelles d'évaluation clinique (ah ces foutus Panns... ;-)

- dc ER.Lombertie: figure emblématique de l'univers esquirolien, parfois insaisissable et surprenant, vous avez su rester disponible pour vos internes malgré vos responsabilités multiples; soyez témoin de ma reconnaissance.

Service pedopsy:

-dc A. Ménard : véritable guide et gardienne du temple, tu étais toujours disponible pour nous qui découvrons le monde particulier de la pedopsy! Avec Alban, Michel, Aurélien, et notre Sandrine secrétaire de direction hors norme ;-) nous formions une équipe soudée prête à affronter la pédopsychiatrie d'urgence au pas de course.

- pf A. Lienart: derrière un caractère exigeant on retrouve une personne dévouée à 1000% pour ses jeunes patients; certes parfois dans l'incompréhension de la pedopsy mais toujours dans une attitude respectueuse et de collaboration. Soyez garante de mon respect !

- dc Rainelli: désolé pour ma rougeole au décours de ce stage à l'unité mère-bébé ! Et merci de m'avoir fait appréhender toutes les spécificités de la relation mère nouveau-né; avec toutes ces situations bien rock and roll.

- Mme dc Souchaud : ah la crèche thérapeutique, pure moment de régression jouissif où j'ai appris tout l'intérêt du jeu et de la pâte à modeler dans un processus thérapeutiques !

- dc Roche: personnage austère à première vue, mais véritable figure paternel pour tous ces adolescent de la villa Bellevue. J'ai apprécié votre remarquable sens clinique (vos courriers synthétiques étaient un modèle du genre en terme de précision sémiologique et d'appréhension de la situation) et votre considération envers le rôle difficile de l'interne.

- dc F.Joupe, C.Dumont, B.Olliac et M-M Bourrat: pour votre aide et enseignement.

- Au regretté Pf R.Garoux: trop peu de temps passé à vos côté mais toujours des moments enrichissants emplis d'humour et de sagesse.

Service laborit:

- dc JL.Souchaud .
- dc V.Baloutch : merci de ton écoute, des responsabilités que tu me confiais et de tes enseignements dans les prises en charges des TCA.

Sans oublier :

- dc P.Nubupko: pour ta bonne humeur et ton aide précieuse pour cette présentation sur l'ethnopsy au séminaire Auvergne- Limousin; présentation qui remporta le premier prix en grande partie grâce à toi.
- dc M.Arthus: pour votre dévouement auprès de vos patients, et votre disponibilité (même lors de coup de fil en pleine nuit d'un interne de garde désorienté !!!).
- dc Sparano, mg sur Montauban, mon médecin de famille lorsque j'étais encore bien jeune ! Initiateur de ma vocation/sacerdoce médical ;-)
- dc S.Nash: merci de votre exemple, merci d'avoir démontré que malgré une schizophrénie, on pouvait avoir un prix Nobel d'économie et pas seulement être un futur assassin sanguinaire (je ne remercie pas les séries us type esprit criminel et autre pour cette représentation racoleuse et stigmatisante des patients psychotiques!!!)
- dc Hunter Patch Adams : « la joie et le bonheur sont un choix à faire chaque jour »
- pf D.Brouillet (directeur du laboratoire de psychologie de la mémoire et la cognition, université Montpellier III) et pf C.Belzung (directrice du laboratoire de psychobiologie des émotions, Université François Rabelais, Tours) : pour m'avoir accordé un peu de votre temps, pour vos conseils opportuns et le legs d'articles éminemment utiles. Merci !!!
- dc B.Pointud: merci de m'avoir accompagné et conseillé pendant mes premiers pas de remplaçant.

Vos avis cliniques étaient toujours judicieux; vous m'avez aussi formé sur le "côté obscur" de l'exercice libéral: gestion comptable, ursaff, carmf, cet, gestion des montagnes de paperasses....

Merci aussi de votre exemple: votre enthousiasme et dynamisme après toutes ces années d'exercice me rassurent et suscitent mon admiration! Merci enfin pour ces diners du vendredi où se mêlaient récits de voyage, débats contradictoires entre dessins animés us et manga japonais et tant d'autres sujets....

« Toute blessure engendre une souffrance; mais elle nous rappelle que nous avons choisi de vivre »

Marc-Aurèle.



Acrylique sur toile : Marie Bötschi

Chemin de plumes

Heures insidieuses

où le doute se faufile,

Lourdeur

des regards baissés,

Je tiens serrés dans le creux de ma main une amende amère

et traîne la semelle sur le chemin rugueux.

Table des matières :

REMERCIEMENTS	11
Table des matières :	24
Introduction:	27
1. Les émotions : généralités, approches théoriques et rappels anatomo-biologiques.	31
1.1. L'émotion : définition, caractéristiques, et place dans le champ du domaine de l'affectivité.	31
1.1.1. Etymologie et définition générale.	31
1.1.2. Approches descriptives et caractérisations des émotions.	32
1.1.2.1. L'approche taxinomique.	32
1.1.2.2. L'approche probabiliste.	33
1.1.2.3. Principales caractérisations des émotions.	33
1.1.3. Le champ des phénomènes affectifs.	40
1.1.3.1. Description sémantique du vocable « émotion ».	40
1.1.3.2. Glossaire de l'affectivité.	42
1.2. Historique et modèles conceptuels actuels des théories des émotions.	43
1.2.1. Platon.	44
1.2.2. Aristote.	45
1.2.3. Descartes.	45
1.2.4. Charles Darwin.	47
1.2.5. Sigismund Schlomo Freud.	48
1.2.6. Théories psychoévolutionnistes modernes : les émotions fondamentales.	49
1.2.7. Théories béhavioristes des émotions.	50
1.2.8. Théories périphéralistes des émotions.	51
1.2.9. Théories centralistes des émotions.	52
1.2.10. Théories cognitivistes des émotions.	53
1.2.10.1. Théorie Bifactorielle de Schachter et Singer.	53
1.2.10.2. Théorie de Mandler et Weiner.	54
1.2.10.3. Théorie cognitive d'évaluation.	55
1.2.10.4. Théorie multidimensionnelle de Scherer.	56
1.2.11. Théorie schématique de Leventhal.	59
1.2.12. Théorie du constructivisme social.	59
1.2.13. Théorie de l'émotion comme mouvement selon Ribot.	60
1.2.14. Théorie des émotions selon Damasio.	60
1.2.15. Théories des modèles multi-niveaux.	61
1.3. Universalité ou variabilité culturelle des émotions ? Aspects ethnopsychologiques des émotions selon le relativisme culturel.	64
1.3.1. « Ces émotions venues d'ailleurs ».	64
1.3.2. Modèle dialectique et optimisation.	66
1.3.3. Modèle des émotions socialement engageantes/désengageantes.	67
1.3.4. Synthèse.	68
1.4. Aspects neuro-biologiques et neuro-anatomiques des émotions.	69
1.4.1. Approche historique : de Démocrite au Cerveau Tripartite de MacLean.	69
1.4.2. Le système limbique : un système déterminant des émotions.	71
1.4.2.1. Aspects anatomiques.	71
1.4.2.2. Aspects fonctionnels : focus sur le modèle « peur-anxiété ».	77
1.4.3. Emotions et Asymétrie anatomique et fonctionnelle du cerveau.	82
1.4.4. Emotion et Stress.	84
1.4.4.1. Notion de « Stress ».	84
1.4.4.2. L'axe corticotrope et Vasopressine.	87

1.4.4.3. Allostasie et Pathologie.....	89
2. La personnalité : rappel généraux, revue des concepts et focus sur le modèle dimensionnel de Cloninger.....	92
2.1. Introduction.....	92
2.2. Revue des théories majeures de la personnalité.....	93
2.2.1. Modèles psychodynamiques : approche psychanalytique et néo analytique.....	93
2.2.1.1. Perspective psychanalytique.....	93
2.2.1.2. Perspective néo analytique : Jung, Adler, Erikson.....	94
2.2.2. Modèle Humaniste selon C. Rogers.....	96
2.2.3. Modèle comportemental et behavioriste : Skinner, Bandura.....	97
2.2.4. Modèle cognitif: Kelly, Mischel, Beck.....	98
2.2.5. Modèle des dispositions : Allport, Cattell, Eysenck, et le Big Five.....	99
2.2.6. Modèle psychobiologique : Gray, Tellegen, Zuckerman.....	102
2.3. Focus sur le modèle dimensionnel biopsychosocial de Cloninger.....	103
2.3.1. Introduction.....	103
2.3.2. Les Tempéraments.....	105
2.3.2.1. Recherche de nouveauté (RN).....	105
2.3.2.2. Evitement du danger (ED).....	107
2.3.2.3. Dépendance à la récompense (DR).....	109
2.3.2.4. Persistance (P).....	111
2.3.2.5. Facettes des tempéraments :.....	111
2.3.3. Les Caractères.....	113
2.3.3.1. Auto-détermination (D).....	113
2.3.3.2. Coopération (C).....	115
2.3.3.3. Transcendance (T).....	116
2.3.4. Cubes des Caractères et Tempéraments.....	118
3. Dépression : rappels généraux, hétérogénéité et étiopathogénie.....	120
3.1. Rappels généraux sur la dépression : vision historique et aperçu épidémiologique.....	120
3.2. Distinction entre Emotion et Humeur.....	123
3.3. Hétérogénéité et polymorphisme du phénomène dépressif.....	125
3.3.1. Introduction.....	125
3.3.2. Illustration de l'hétérogénéité de la dépression au travers du prisme de l'approche catégorielle.....	127
3.3.2.1. Principe de l'approche catégorielle et vision historique.....	127
3.3.2.2. Classification du Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles mentaux (DSM).....	128
3.3.2.3. Critiques et Limites relatives à la classification DSM IV-TR en regard du polymorphisme clinique de la dépression.....	143
3.3.2.4. Conclusion.....	158
3.3.3. L'approche dimensionnelle de la dépression : modalités, enjeux et intérêts en regard du polymorphisme dépressif.....	158
3.3.3.1. Introduction.....	158
3.3.3.2. Modèle d'approche dimensionnelle Globale de la dépression : aspects théoriques, dimensions à considérer ; Exemple de l'Echelle MATHys.....	161
3.3.3.3. Démembrement de la dimension affectivo-émotionnelle au sein de l'humeur dépressive.....	163
3.3.3.4. Dimension de l'émotivité « pure ».....	166
3.3.3.5. Conclusion.....	200
3.4. Etiopathogénie de la maladie dépressive.....	201
3.4.1. Introduction : modèle de diathèse du stress ; interaction entre facteurs constitutionnels et facteurs précipitants.....	201
3.4.2. Vulnérabilité dépressive.....	204
3.4.2.1. Définition du concept.....	204
3.4.2.2. Vulnérabilité Innée.....	204
3.4.2.3. Vulnérabilité Acquisée.....	206

3.4.3. Facteurs protecteurs.	211
3.4.4. Marqueurs représentatifs de la Vulnérabilité.	212
3.4.4.1. Le modèle de Cloninger.	212
3.4.4.2. La dimension d'émotivité dispositionnelle : l'intelligence émotionnelle. ..	214
3.4.5. Facteurs précipitants : les événements de vie.	215
3.4.5.1. Introduction.	216
3.4.5.2. Modèle de la Contrainte / Epuisement : le Burn out comme exemple prototypique.	219
3.4.5.3. Modèle de la perte : le Deuil comme exemple prototypique.	222
3.4.5.4. Modèle Mixte = concomitance de la perte et de la contrainte : exemple prototypique des « aidants familiaux ».	225
4. Présentation de l'Etude : protocole, matériel et méthode.	229
4.1. Introduction.	229
4.2. Objectifs de l'étude.	229
4.3. Méthodologie / Protocole d'étude.	230
4.3.1. Présentation générale.	230
4.3.2. Présentation des outils d'analyse et de recueil d'information.	232
4.3.3. Populations étudiées.	238
4.3.3.1. Population dépressive.	238
4.3.3.2. Population « Contrôle ».	240
4.4. Analyse statistique et traitement des données.	241
5. Résultats.	242
5.1. Caractéristiques sociodémographiques.	242
5.1.1. Populations générale, contrôle et dépressive totale.	242
5.1.2. Populations dépressives de perte et de contrainte.	245
5.1.3. Populations dépressives liées à un motif affectif ou professionnel.	247
5.2. Caractéristiques cliniques.	249
5.2.1. Populations contrôle et dépressive totale.	249
5.2.2. Populations dépressives de perte et de contrainte.	253
5.2.3. Populations dépressives liées à un motif affectif ou professionnel.	258
5.3. Caractéristiques cliniques via corrélation de Pearson de la population dépressive totale.	262
6. Discussion.	264
6.1. Biais et limites de l'étude.	264
6.2. Discussion des résultats des groupes contrôle et dépressif totaux.	271
6.3. Discussion des résultats des groupes dépressifs de perte et de contrainte.	281
6.4. Discussion des résultats des groupes dépressifs liés à un motif affectif et professionnel.	288
Conclusion :	291
Références bibliographiques :	293
Table des annexes :	321
Annexe 1. Formulaire sujets dépressifs.	322
Annexe 2. Formulaire sujets « Contrôle ».	341
Table des illustrations :	355
Valeurs moyennes du TCI-125 selon Chakroun et al.	361
Valeurs moyennes du TCI-125 selon Vandamme et al.	362
Valeurs moyennes du TCI-125 selon Pericaud et Clément.	363
Table des tableaux :	364

Introduction:

« La poésie ne fut pour moi que l'expression de mes émotions sans raison ; des mots pour mes maux, écrire pour ressentir, se libérer et ne plus seulement réfléchir... Quand je perdais mon rôle, mon titre, ma fonction, mes amis, mon aimée, ma famille, ma nation, mes idéaux... Ma raison s'éteignait et mon identité seule se limitait à ces émotions qui me parcouraient de toute part. Bonnes ou mauvaises, elles me définissaient et me rappelaient mon humanité, comme un élan vital primordial qui me sauvait du néant... Je continuais à exister grâce à elles ; et les apprivoisais naïvement par la plume.

Alors j'écrivais, je vivais, et les poèmes témoignaient de ce que j'existais encore et toujours. »

J Semprun.

Les émotions rythment notre quotidien; tantôt fugaces et anodines, tantôt explosives et débordantes, elles colorent notre vécu existentiel. Moments de joie, moments de désarroi ; nous les avons tous vécus et nous les vivrons encore demain.

Le filtre émotionnel représente ainsi une des modalités princeps de notre rapport au monde ; certains accordent même à l'émotion le qualificatif de « sensorialité » de notre Psyché.

Plus encore, l'émotionalité semble un des fondements de notre *humanité* : peut-on imaginer ne rien ressentir à la vue d'un nouveau-né ou lors de l'annonce du décès d'un proche ?

Pour autant, peu d'entre nous se plaindront d'être « pauvre en émotions » ; à l'inverse, nous reconnaitrons plus aisément la « supériorité intellectuelle » d'un tel ou d'un autre...

Le « je pense donc je suis » (éloge de la raison) l'emporte largement sur le « je ressens donc j'existe » dans la conscience populaire.

Et pourtant, les données récentes relative à « l'intelligence émotionnelle » et aux compétences émotionnelles issues de la *vague émotionalistes* nous imposent un constat sans équivoque : « Nous ne sommes pas tous égaux face à nos émotions ».

Cette adversité émotionnelle s'exprime selon deux dimensions :

- Situationnelle : soit le type et l'intensité des émotions ressenties ; correspondant au concept de « balance émotionnelle »

- Dispositionnelle : soit la capacité d'un sujet à reconnaître, comprendre, réguler, et utiliser ses émotions ; correspondant au concept de « compétences émotionnelles ».

Partant de ce constat, nous avons choisi d'orienter notre étude sur ces dimensions d'émotionalité au décours d'un épisode où l'émotion est intensément dérégulée : la dépression. En effet, bien que l'aspect émotionnel semble un des aspects majeurs de la symptomatologie dépressive, il n'existe à ce jour que peu d'étude centrée spécifiquement sur l'émotionalité du sujet dépressif en terme de balance et compétences émotionnelles.

La mise en évidence de patterns émotionnels distincts chez le sujet dépressif semble utile en vue d'une meilleure compréhension du phénomène dépressif ; notamment en regard du polymorphisme de la dépression.

En effet, en dehors du cadre catégoriel de la maladie dépressive selon le DSM IV-TR, nombreuses sont les études et observations faisant état d'une hétérogénéité de la dépression tant au niveau de la psychopathologie, des supports biologiques, que des modalités d'expression clinique.

Nous émettons ainsi l'hypothèse que la dimension d'émotionalité pourrait représenter une des possibles variables explicative de ce polymorphisme dépressif.

En parallèle, d'autres variables ont également été mise en évidence par la littérature scientifique pour expliquer ces différentes facettes de la dépression ; principalement la dimension de personnalité et l'aspect contextuel déclencheur du dit phénomène dépressif.

Cette étude intégrera ainsi ces deux variables complémentaires via l'utilisation du modèle biopsychosocial de la personnalité de Cloninger ; et via une proposition de sous catégorisation de l'épisode dépressif majeur tel qu'il est défini par le manuel DSM IV-TR selon le facteur contextuel précipitant identifié : la perte ou la contrainte, le motif affectif ou professionnel.

Qualifiée de « maladie du siècle », « d'enjeux de santé publique », la dépression reste avant tout la maladie d'un individu et non d'une société.

Notre étude sera donc centrée sur les liens entre la dépression et les variables émotionnelles, contextuelles et de personnalité afin d'apporter des éléments de compréhension supplémentaire sur la maladie dépressive en général mais aussi plus spécifiquement sur les enjeux et particularisme de la dépression propre à chaque individu.

Partie I :

Généralités, Revue des connaissances.

Préambule :

En regard des objectifs fixés par notre étude, il nous apparaît important de décrire dans un premier temps les connaissances de base relative au concept d'émotion et de personnalité.

En effet, l'émotion représente un élément fondamental de notre psyché, joue un rôle déterminant dans la phénoménologie dépressive mais reste pourtant difficile à appréhender. En redéfinir les contours et spécificités permettra une meilleure compréhension de cette dernière, et de fait un accès plus aisé à la dimension d'émotionalité qui en découle.

La notion de personnalité a fait l'objet également de nombreuses avancées. Des descriptions initiales classiques de l'antiquité aux modèles dimensionnels modernes, les considérations et conceptualisations de la personnalité ont sans cesse évoluées. Nous décrirons brièvement cette évolution du concept à travers une revue des différentes théories majeures dédiées ; puis nous présenterons plus en détail le modèle dimensionnel biopsychosocial de Cloninger qui semble à ce jour l'un des modèles le plus abouti.

La seconde partie de cette revue des connaissances se recentrera sur la maladie dépressive.

Nous illustrerons d'abord le polymorphisme de la maladie dépressive à partir d'une description des limites et critiques du modèle catégoriel issu du DSM IV ; puis nous présenterons les enjeux, modalités et intérêts d'une approche dimensionnelle du trouble de l'humeur dépressif en regard de ce polymorphisme ; notamment via l'usage de la dimension d'émotionalité que nous détaillerons.

Enfin nous évoquerons le modèle étiopathogénique de la maladie dépressive ce qui nous permettra de resituer le rôle et les interactions des 3 variables considérées dans notre étude (dimension de personnalité, d'émotionalité et facteurs contextuels) vis-à-vis de la dépression.

1. Les émotions : généralités, approches théoriques et rappels anatomo-biologiques.

1.1. L'émotion : définition, caractéristiques, et place dans le champ du domaine de l'affectivité.

La question de la « définition » d'une émotion paraît essentielle en préambule. Le label générique d' « émotion » reste cependant ardu à circonscrire ; on y regroupe des phénomènes aussi hétéroclites que « peur », « envie », « embarras », « honte », « tristesse », « joie », « fierté », « surprise »...

Chacune de ces émotions fait partie du « domaine affectif » qui regroupe également les passions, les humeurs, les sentiments, le tempérament...

Le domaine de l'affectif lui-même se distingue d'autres types de phénomènes mentaux auxquels le langage ordinaire fait également référence comme les croyances, les perceptions, les désirs, les sensations, les épisodes cognitifs et les souvenirs.

L'enchevêtrement est certain, notamment du fait d'une relative confusion des termes dans le langage courant.

L'objet de cette partie sera de proposer une description progressive et intégrative des différents aspects de ce label « émotion ».

1.1.1. Etymologie et définition générale.

L'étymologie renvoie au latin «*Emovere* » qui signifie mettre en mouvement, déplacer, remuer, ébranler.

In « le Petit Robert » (2013), on trouve la définition suivante : « trouble violent mais passager de la conscience, généralement accompagné de désordres physiques manifestant la difficulté d'adaptation d'un sujet à ce qui l'émeut ».

On en revient à une expérience psycho physiologique complexe consécutive à une réaction endogène (influence biochimique) et/ou exogène (influence environnementale).

La définition reste ainsi vague et très variable. Si l'on pose la question au tout venant de la définition d'une émotion, nul doute qu'aucun d'entre nous ne répondrait « je ne sais pas » ; il existe une connaissance intuitive et universelle de l'émotion via notre vécu émotionnel

intra et inter personnel : notre vie consciente est rythmée de façon fondamentale par le flux et l'enchevêtrement des phénomènes affectifs.

Pour autant face à l'épreuve de l'explicitation du vocable, beaucoup d'entre nous en seraient réduits à passer par l'exemple : émotion = éclat de joie, de peur, de tristesse....Ce qui déplace juste le problème à un autre niveau d'analyse : qu'ont de commun la joie ? La peur ? La tristesse ? Si ce n'est d'être des états émotionnels... Là commence un cercle vicieux...Et qui ne se résout pas du côté de la littérature scientifique : Kleinginna et Kleinginna répertorient plus de cent définitions de l'émotion rendant compte de la variabilité des concepts [1].

En préambule, on retiendra donc une définition large mais synthétique et relativement consensuel de Keltner et Gross considérant les émotions comme des patrons biologiquement fondés de perception d'expérience, de physiologie, d'action et de communications, caractérisés par leur aspect épisodique de courte durée et qui se produisent en réponse à des défis et opportunités physiques et sociaux spécifiques [2].

1.1.2. Approches descriptives et caractérisations des émotions.

1.1.2.1. L'approche taxinomique.

Face à la multiplicité des phénomènes émotionnels, une des premières tentatives de compréhension des chercheurs consiste à essayer d'inventorier les émotions. Cette approche purement descriptive dite taxinomique vise à répertorier puis organiser les différents phénomènes affectifs afin de les classer en différents groupes « homogènes » représentatifs. L'objectif étant via cette catégorisation d'en faciliter l'étude et d'en dégager des patterns distincts. Toutefois, cette approche montre rapidement ses limites et se révèle hasardeuse : les études linguistiques utilisées aboutissent à une multiplicité extrême des termes dévolus aux phénomènes émotionnels. L'objectif initial d'inventorier un champ exhaustif des émotions semble vain.

Ainsi, Scherer s'arrêta à un listing de 235 étiquettes linguistiques. Averill en dénombrera 550 pour la langue anglaise avant de se résoudre à abandonner. [3]

Par ailleurs des différences majeures émergent selon le référentiel culturel ciblé.

Ainsi en Malais, il existe environ 230 mots pour décrire des émotions et en Ifaluk (langue parlée dans un atoll du pacifique occidental), on n'en dénombre qu'une cinquantaine.

Le référentiel historique intervient également : « l'acédie » fut une émotion occidentale répandue au décours de l'époque médiévale mais aujourd'hui révolue.

On constate une grande variation culturelle dans le nombre et le sens des mots utilisés pour parler des émotions. Cela soulève la question de l'universalité des émotions ; peut-on parler d'aires émotionnelles et d'ères émotionnelles ? Nous réaborderons cette question dans un chapitre dédié (cf Universalité ou variabilité culturelle des émotions).

Face à ces multiples écueils, l'approche taxinomique s'essouffle ; et cède la place à une approche dite probabiliste plus adaptée.

1.1.2.2. L'approche probabiliste.

Face à la multiplicité et diversité des phénomènes émotionnels, Il est convenu d'opter pour une description plus probabiliste, c'est à dire en terme d'ensembles flous afin de délimiter le champ d'étude [4]. L'idée n'est plus de définir individuellement chaque phénomène émotionnel mais de définir des critères communs permettant d'établir ainsi un « cahier des charges » ou « modèle prototypique » facilitant leur reconnaissance et étude.

Il est retenu 3 critères fondamentaux :

1. Une émotion répond à un pattern biologique entraînant une modification psycho-physiologique.
2. Une émotion présente un aspect épisodique de courte durée.
3. Une émotion est réactionnelle à un stimulus (environnemental ou interne).

1.1.2.3. Principales caractérisations des émotions.

L'approche probabiliste permet ainsi d'établir différentes caractérisations des émotions. Nous décrivons dans ce chapitre les quatre principaux types de caractérisation des émotions : selon la valence, la complexité, la réflexivité et la conscienciosité.

1.1.2.3.1. Emotion positive et négative.

Il paraît intuitif de distinguer les émotions selon l'effet qu'elles produisent lorsqu'on les éprouve. On réalise alors une opération de dichotomie selon leur valence ou polarité.

Tristesse, colère, peur sont à compter au nombre des émotions négatives.

Joie, admiration, amusement sont positives.

Ce processus renvoie à une variable de valeur hédonique positive ou négative reposant sur l'attribut « plaisir » ou/et « douleur » (au sens phénoménologique) que renferme la dite émotion. Cela permet d'envisager la notion d'émotion hédoniquement mixte (nostalgie) mais se heurte à l'émotion « surprise » qui peut tour à tour être positive ou négative, ou neutre !

Des théories alternatives prévoient d'envisager la polarité émotionnelle selon 3 axes :

- Tendances motivationnelles : attraction versus répulsion.
- Désir : « plus de cela » versus « moins de cela ».
- Frustration ou satisfaction : congruence versus incongruence avec les buts du sujet [5].

1.1.2.3.2. Emotion primaire et secondaire.

L'idée serait de distinguer des éléments émotionnels fondamentaux et des éléments complexes composés d'assemblages de ces éléments fondamentaux. Déjà Descartes identifiait six « passions » primitives (l'admiration, la haine, l'amour, le désir, la joie et la tristesse) et 34 passions « combinatoires ». Cela revient à établir une distinction entre émotions basiques et émotions sophistiquées...

De nos jours une émotion est dite basique si elle satisfait le cahier des charges suivant : elle doit être systématiquement accompagnée de changements faciaux, musculaires, vocaux, hormonaux et neuronaux ; et ces changements s'intègrent dans un programme affectif « modulaire » [6] c'est à dire automatique, spécifique à un domaine restreint de stimuli, et cognitivement impénétrable et rapide.

Toutefois le consensus ne s'instaure pas malgré ce cadre pré-établi « d'affect programs » car les listings d'émotions basales qui en découlent sont loin de s'accorder :

- Izard (1977) : joie, surprise, colère, peur, tristesse, mépris, détresse, intérêt. [7]

- Plutchik (1980) : acceptation, colère, anticipation, dégoût, joie, peur, tristesse, surprise. [8]

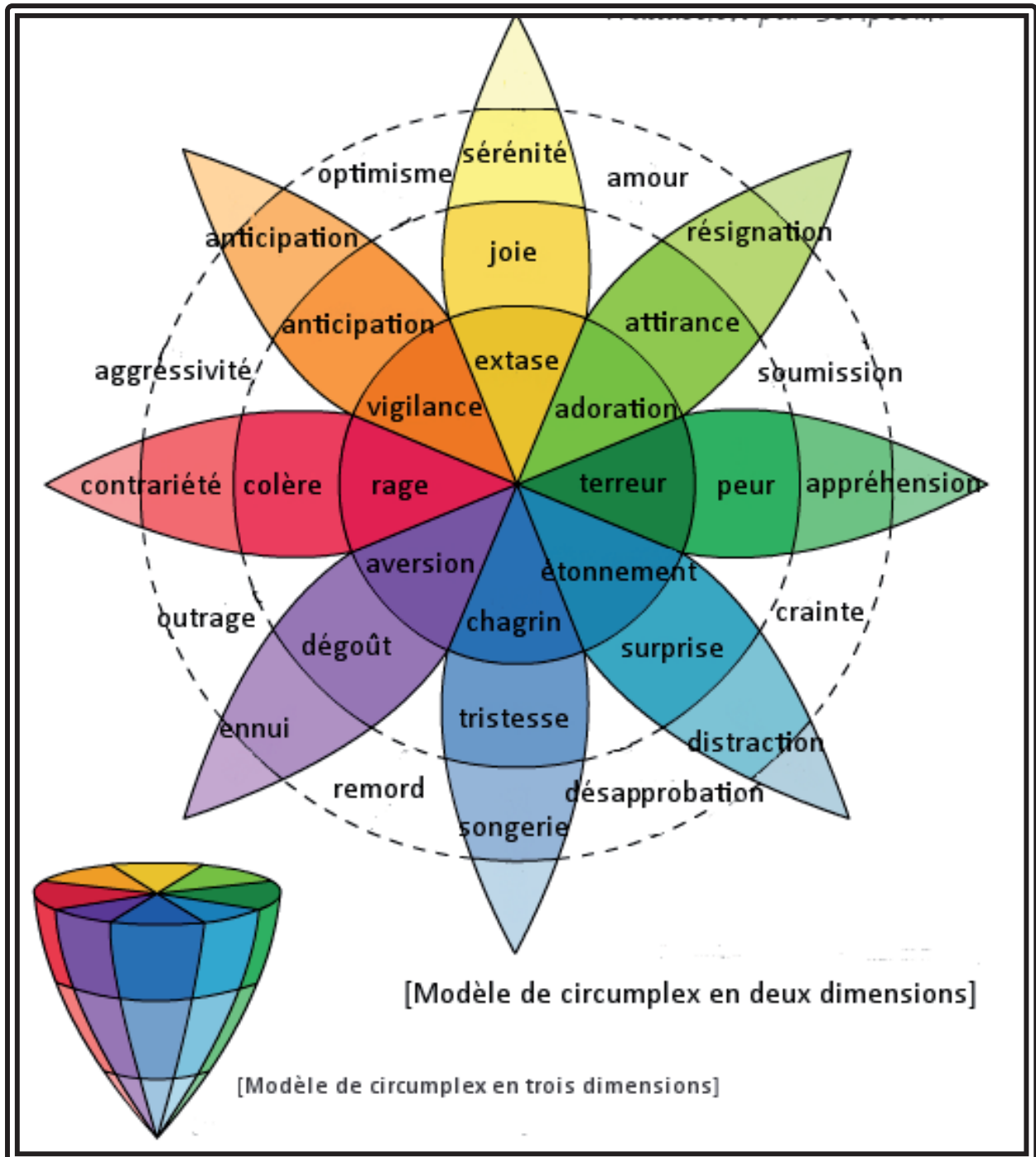
- Kemper (1981) : peur, colère, dépression, satisfaction. [9]

Et d'autres versions existent encore qui regroupent jusqu'à une quinzaine d'émotions basales telles que la honte et la culpabilité. [10]

Le lien qui unit émotion de base et dérivées se discute lui aussi [11]. Dans l'approche psycho-évolutionniste de Plutchik, il s'agit d'une relation combinatoire. Il fixe huit émotions de base opposées deux à deux auxquelles il associe un continuum d'émotions dérivées organisées selon un gradient de similitude et un gradient d'intensité.

Le modèle abouti à un circumplex où sur une section dans le plan horizontal, on peut voir les 8 émotions primaires et sur une section verticale les différentes intensités d'une émotion primaire. Enfin dans les encadrés rectangulaires, on trouve les dyades combinatoires correspondant aux émotions secondaires.

Circumplex des émotions de Plutchik



Tableaux des émotions secondaires selon Plutchik.

Emotions secondaires	Dyades combinatoires	Opposé
Optimisme	Anticipation + joie	Désappointement
Amour	Joie + attirance	Remord
Soumission	Attirance + peur	Outrage
Crainte	Peur + surprise	Agressivité
Désappointement	Surprise + tristesse	Optimisme
Remord	Dégoût + tristesse	Amour
Outrage	Colère + dégoût	Soumission
Agressivité	Anticipation + colère	Crainte

Selon le modèle de Prinz, les émotions dérivées sont la résultante de l'interaction entre les émotions de base et des états cognitifs tels que les croyances, suppositions... on parle de « calibration » des émotions de base par le truchement de ces divers états cognitifs [12].

Par exemple la colère déclenchée par la croyance que les affections de notre partenaire sont dirigées vers un autre est appelée Jalousie ; la tristesse suscitée par un acte commis dans le passé et qui n'est pas réparable est appelée Regret...

Le modèle de Damasio prévoit que les émotions secondaires ne se mettent en place que seulement à l'âge adulte, sur la base des émotions primaires (que possède l'enfant) et ce à partir de nos expériences. Ainsi, au début de notre vie, nous serions préprogrammés pour répondre de façon instinctive, automatique à certains traits de stimuli par une réaction émotionnelle basale. Les émotions secondaires ne se développeraient que tardivement et ce sur la base d'une conscientisation des réactions instinctives initiales via l'apprentissage expérientiel.

1.1.2.3.3. Emotion réflexive et non réflexive.

Le contraste semble vif entre d'une part des émotions qui semblent quasi-instinctives et d'autre part des émotions requérant une forme de délibération, de jugement, de faculté morale.

L'exemple classique de William James évoquant une personne confrontée à un ours [13] l'illustre facilement : sa réaction sera rapide pour fuir le danger sous l'emprise de la peur et ce sans avoir procédé à une évaluation cognitive significative de la situation. On parle alors d'émotion non réflexive.

A contrario, il existe des émotions complexes dites « dépendantes des cognitions » [14]. L'idée princeps est que ces émotions nécessitent une conscience de soi et qu'elles sont associées à une "blessure ou à un renforcement du soi" [15]. On les appelle émotions réflexives.

Elles impliquent 3 processus centraux :

- Une perception de soi : elle se développe dans la prime enfance (à partir de 2 ans) et continue à s'élaborer pendant l'enfance, l'adolescence voire pour certains jusqu'au terme de notre existence.

Lewis [16] illustre cette élaboration progressive : un enfant de 2 ans ressentira de la tristesse face à un échec et de la joie s'il réussit mais dès l'âge de 3 ans, il ressentira de la fierté s'il réussit une tâche difficile et de la honte s'il échoue à une tâche simple. Honte et fierté seraient tributaires de la construction d'un sens de sa valeur propre.

- L'évaluation de soi : l'acquisition de perspectives différentes de soi est primordiale dans le développement des émotions réflexives car elles permettent une vision comparative et une décentration de sa propre perspective pour prendre celle d'autrui.

Higgins [17] l'illustre en décrivant le développement graduel chez l'enfant d'un soi « idéal » et d'un soi « de devoir » = le soi tel qu'eux même ou d'autres pensent qu'ils devraient être.

- L'internalisation et la comparaison à des normes sociales renforcées par la société [18].

Dans les premières années de développement, les enfants ont recours à des standards ou supports externes pour ressentir des émotions réflexives. Ainsi initialement un enfant ne ressentira de la honte que s'il est observé par quelqu'un [19]. Ce n'est qu'après internalisation de ces standards sociétaux que les émotions réflexives pourront être ressenties sans public.

On distingue deux sous catégories d'émotions réflexives selon le processus cognitif spécifique sur lequel elles se fondent : les émotions comparatives (ex : envie, jalousie...) et les émotions évaluatives du soi (ex : culpabilité, honte, embarras, fierté, orgueil...).

- Emotions comparatives :

Elles présupposent donc de posséder un concept de soi ainsi que la capacité de comparer ce soi à celui d'autrui. Envie et jalousie présentent ces caractéristiques. [20]

D'un point de vue conceptuel, la jalousie peut se définir comme l'état qui survient lorsqu'une personne croit qu'une relation réelle ou potentielle est menacée par un autre individu ou une causalité externe. On retrouve ainsi un triptyque comparatif : la personne jalouse, la personne avec qui la personne jalouse entretient une relation et le rival (réel ou potentiel) menaçant cette relation. Le vécu subjectif retrouve un mélange de peur, de colère et de suspicion.

L'envie se définit comme l'état survenant lorsqu'un individu croit qu'une autre personne possède quelque chose qu'il souhaite avoir mais qu'il n'a pas ou n'aura jamais. La situation implique alors seulement un dipôle comparatif : personne envieuse-personne enviée. Le vécu subjectif est tout autre : nostalgie, sentiment d'infériorité et mauvaise volonté [21].

- Emotions évaluatives du soi :

Elles résultent d'un processus d'auto-évaluation, se fondant sur des standards établis par la société et le contexte social immédiat. Ces standards étant souvent corrélés à la notion de morale, ces dites émotions sont souvent appelées « émotions morales » [22].

On y retrouve entre autre la honte et la culpabilité. Or les situations pouvant potentiellement être génératrice de ces deux émotions sont relativement proches ; laquelle allons-nous de ce fait ressentir ? Tangney [23] avance que le déterminant du ressenti sera la focalisation attentionnelle lors de l'évaluation entre le comportement jugé « mauvais » (je me sens coupable à propos de X) et le soi jugé « laid » (j'ai honte de moi).

Le ressenti de culpabilité est marqué par le remord et une sensation de contrôle relatif de la situation. Il se dégage une tendance à adopter des comportements à visée rachat/réparation et une recherche du pardon.

La honte est source de douleur parfois extrême sur la base d'un ressenti du soi très négatif : « je suis sans valeur, impuissant et faible ». Il s'y associe une tendance à fuir et à se cacher [24] [25].

Il existerait des dispositions intrinsèques qui conduiraient à ressentir préférentiellement la honte ou la culpabilité [26]. Pour la culpabilité, il s'agirait d'une tendance à s'engager dans des comportements moraux et une capacité à l'empathie ; pour la honte il s'agirait d'une incapacité à gérer sa colère.

1.1.2.3.4. Emotion consciente et inconsciente.

Peut-on affirmer qu'une émotion puisse être inconsciente alors même que le caractère du « ressenti » paraît essentiel ? Il semble pourtant que certaines émotions comme certaines douleurs ne soient pas ressenties :

- Je me blesse mais ne ressens la douleur qu'à la fin de la course
- Je me comporte de façon odieuse envers mon ami mais ne prends conscience de ma colère que lorsque ce dernier m'en fait la remarque.

Par ailleurs on a pu observer une corrélation entre certaines émotions et l'activation de certains centres nerveux (cf chapitre biologie des émotions) ; on peut donc conclure à une forme d'émotion inconsciente lorsque cette zone est activée de façon similaire même si le sujet ne rapporte pas l'expérience de la dite émotion.

Freud explicite enfin que beaucoup de nos comportements dérive de motivations affectives inconscientes tel le mépris que Charles porte à sa mère dont il ne prend conscience que plusieurs années après...

1.1.3. Le champ des phénomènes affectifs.

On y retrouve bien sûr les émotions mais aussi les humeurs, les sentiments, les passions, les tempéraments, et parfois même les sensations. Tous ces vocables renvoient à des réalités subjectives différentes mais la confusion est fréquente notamment du fait de certains abus de langage. Afin de replacer l'émotion au sein de ce champ de l'affectivité, nous considérerons dans un premier temps les aspects sémantiques du vocable émotion puis nous aborderons sous forme d'un glossaire synthétique les autres éléments de l'affectivité.

1.1.3.1. Description sémantique du vocable « émotion ».

On peut retenir 4 critères sémantiques propres à l'émotion :

1. Une émotion possède toujours un objet au sens large du terme
« Mr X est en colère contre Mme Y parce qu'il l'a insulté. »

2. Une émotion présente une ambiguïté entre occurrence et disposition :

« Mr X est en colère contre Mme Y »

La proposition ainsi formulée ne permet pas en elle-même de définir s'il s'agit d'une assertion occurrence : « Mr X est en ce moment même sous l'emprise de la colère » ou dispositionnelle: « Mr X éprouve de la colère contre Mme Y seulement dans certaines circonstances » (Ex : quand il est en face d'elle).

3. Une émotion a une dimension passive :

Les émotions sont dites subies et par conséquent non directement sujettes à la volonté à l'image d'une perception mais à l'inverse d'épisode d'imagination :

« Sous l'emprise de la colère »

« Accablé de tristesse »

« Envahie de honte »

4. Une émotion a une dimension normative :

Malgré la dimension de passivité, le langage des émotions n'est pas exempt de normativité. 3 types de « Contraintes » sont applicables :

- Contrainte de correction : « Mr X a peur de Mme Y » ; si nous lui disons que Mme Y ne représente aucun danger et par conséquent que sa peur est inappropriée, Mr X peut se rassurer. Les émotions peuvent ainsi être correctives à l'image de phénomènes cognitifs tels que croyances et perceptions [27] , mais à la différence des autres phénomènes affectifs.
- Contrainte externe : « Mr X rit d'une blague de Mme Y mais Mme Z le critique car elle trouve la blague cruelle » ; si la blague est belle et bien amusante, alors le caractère inapproprié de l'amusement de Mr X provient de l'inadéquation à une norme externe telle la morale. Sur ce point l'émotion est différente d'une perception qui reste indemne de cette norme extérieure. [28]
- Contrainte de justesse : « Mr X peut être en colère contre Mme Y » pour de bonnes ou mauvaises raisons voire même n'en avoir aucune. Une émotion peut être ainsi justifiée ou injustifiée à l'image des croyances mais à contrario des perceptions.

1.1.3.2. Glossaire de l'affectivité.

- Passions et sentiments :

Le terme passion (du latin « passio » : action de supporter, de souffrir) désigne classiquement l'intégralité du domaine affectif mais peut aussi être employé de façon plus restrictive dans le sens d'une inclination intense, non maîtrisable et dominante souvent dirigée vers une personne.

Le terme sentiment (du latin « sentire » : percevoir par les sens) évoque de façon variée soit un état affectif complexe stable et durable, soit un phénomène cognitif : « Mr X a le sentiment que la journée va mal se passer », soit une dimension phénoménologique : « Mr X a un sentiment désagréable ».

- Humeur :

On peut la concevoir comme une disposition affective de base, durable, ressentie mais ne portant pas spécifiquement sur un objet. En comparaison avec l'émotion, on retiendra comme critère distinctif une vitesse de déclenchement lente, une intensité subjective modérée (impression diffuse selon Lazarus) dont les éléments déclencheurs sont incertains et difficilement identifiables, une durée longue, et une intentionnalité absente.

Le tout conduit à des implications existentielles certaines.

- Affect :

Terme générique englobant à la fois les émotions et les humeurs.

Toutefois cette définition pratique n'est pas pour autant consensuelle.

Freud définit l'affect comme la traduction subjective de la quantité d'énergie pulsionnelle. Le terme d'affect est également utilisé parfois pour désigner le retentissement émotionnel d'une expérience forte.

- Sensation :

D'usage très varié dans le langage courant, les dites sensations ne sont pas à proprement parler du domaine de l'affectif. Elles désignent un phénomène psychophysiologique par lequel une stimulation externe ou interne a un effet

modificateur spécifique sur l'être vivant et conscient. Elles représentent un fait de conscience élémentaire fourni par les sens (classiquement extéroception, proprioception, intéroception). Elles sont une condition nécessaire à la perception.

- Tempérament :

Le tempérament fait référence à une toile de fond : « l'état émotionnel de base de l'individu », sa prédisposition naturelle à éprouver tels ou tels types d'émotions et d'humeurs.

Le corrélat de ces définitions volontairement synthétique, est qu'il existe par conséquent un canevas interactif entre ces différents phénomènes affectifs. Le tempérament influence l'humeur qui influence à son tour les émotions. Mais l'inverse est également vrai : une émotion intense incongruente à l'état d'humeur peut impacter significativement la thymie. Le champ du domaine de l'affectivité reste ainsi complexe à appréhender.

1.2. Historique et modèles conceptuels actuels des théories des émotions.

Abordez le principe d'une revue exhaustive des différentes théories des émotions représente une véritable gageure à ce jour ; Strongman [29] identifie en effet plus de 150 théories relative à la conceptualisation des émotions. Cette multiplicité des modèles théoriques tantôt convergents et complémentaires mais souvent contradictoires impose le constat qu'il n'existe pas à ce jour une vision consensuelle du phénomène émotionnel. Face à ce « bazar » émotionnel un regard intégratif s'avère nécessaire pour appréhender les différentes facettes du concept « Emotion ».

Par ailleurs, l'évolution historique des théories émotionnelles a suivi un parcours particulier prévoyant deux phases bien distinctes.

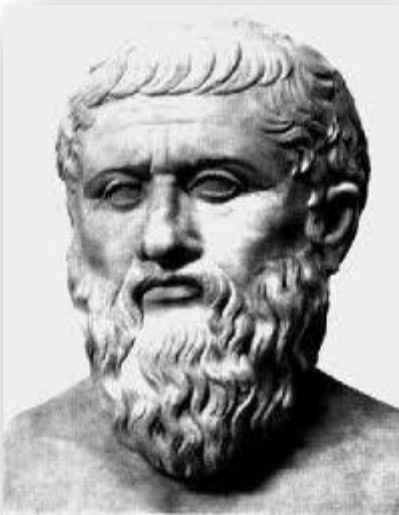
Une première phase conséquente se déroule de la période antique grecque jusqu'au début du 19^{ème} siècle. La vision de l'émotion au décours de cette période sera résolument négative. Loin d'être ignorée, l'émotion est toutefois considérée sur un versant pessimiste, renvoyée au qualificatif de « nuisible » de la pensée, de « parasite » de la raison. Ces considérations initiales prévaudront pendant de nombreuses années jusqu'à peser encore aujourd'hui dans certaines conceptions actuelles :

« Nous savons tous que les émotions sont inutiles et mauvaises pour la paix de notre esprit et de notre tension artérielle » Skinner, B. (1948).

La seconde phase débute à partir du 19^{ème} siècle. Elle a pour point de départ la réhabilitation de l'émotion comme objet d'étude scientifique de la psyché à part entière. Il en découle l'émergence de nombreux courants d'études (évolutionniste, cognitiviste...) que l'on qualifie de « vague émotionnaliste ». Ces considérations multiples révolutionnent l'approche émotionnelle mais conduisent également à de nombreuses oppositions...

L'objectif de ce chapitre ne sera donc pas une revue exhaustive des différentes théories des émotions mais une revue brève et illustrative des principales théories qui ont contribué à une meilleure compréhension des processus émotionnels.

1.2.1. Platon.



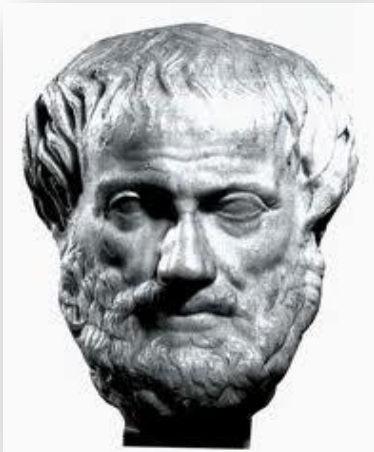
Platon (427-338 av.J-C) fût l'un des premiers penseurs à offrir une analyse des processus émotionnels. La vision platonicienne se veut résolument négative : les émotions ne sont qu'une perversion de la raison, une entrave au développement fructueux de la pensée ; elles se doivent d'être maîtrisées et contrôlées.

Lorsque Platon décrit l'âme, il l'a décomposé en 3 parties : la raison, le courage et les appétits. La raison est d'essence divine et permet par la voie de la connaissance d'atteindre la sagesse. Le courage est au service de la raison ; il permet par la persévérance de faire progresser la raison vers la connaissance. Enfin les appétits correspondent à tout ce qui ramène au sensible, à l'émotion et à nos réactions corporelles et ne nous apportent que des opinions incertaines.

L'âme domine ainsi le corps mais est enfermée dans ce dernier ; le but de l'existence serait une libération de cette âme divine et rationnelle. L'homme se doit d'échapper à la prison que constitue le monde du sensible, c'est-à-dire les émotions.

Cette conception selon laquelle les émotions perturberaient la raison a laissé une empreinte non négligeable, encore perceptible aujourd'hui.

1.2.2. Aristote.



Aristote (384-322 av.J.C) avance de façon plus optimiste la notion de construction d'un univers émotionnel à partir de nos cadres de référence (croyances) et de nos préférences personnelles (attitudes).

En pratique, un même patron de stimulation (ex :un contact physique) peut engendrer des émotions différentes en fonction de la façon dont il sera évalué au regard de nos connaissances (ex : plaisir si le contact physique provient de la personne aimée, gêne s'il s'agit d'un inconnu).

Par ailleurs il revalorise les émotions dans son ouvrage fondateur « l'éthique ». Les émotions y sont décrites comme essentielles dans la rhétorique persuasive selon 2 aspects :

- On croira plus volontiers un discours qui touche nos sentiments personnels qu'un discours empreint de raison pure.
- On suivra plus volontiers une personne si elle a des caractéristiques émotionnelles similaires aux nôtres.

Ce sont en quelque sorte les prémices de l'enjeu empathique.

1.2.3. Descartes.



Mathématicien, philosophe, physicien...Descartes (1596-1650), tout comme Platon, se passionne pour le dualisme qui oppose le corps et l'âme.

Pour Descartes, les émotions se produisent dans l'âme et sont donc uniquement l'affaire de l'homme.

« Il n'est pas plus nécessaire que notre âme exerce immédiatement ses fonctions dans le cœur pour y sentir ses passions qu'il est nécessaire qu'elle soit dans le ciel pour y voir les astres ». Art.33 « que le siège des passions n'est pas dans le cœur. »

Il envisage, comme Aristote, que c'est à partir de nos connaissances que nous analysons les événements déclencheurs de l'émotion.

Descartes est par ailleurs un des premiers à proposer une liste d'états émotionnels. Il en retient 6 fondamentaux : Admiration, Amour, Joie, Haine, Désir, Tristesse.

« Toutes les autres ne sont que des composés de ces six »

Art. 69 « qu'il n'y a que six passions primitives »

Descartes reste aussi un des précurseurs d'une approche cognitiviste de l'émotion, il aborde en effet différentes caractéristiques préfigurant la théorie cognitive de l'évaluation émotionnelle :

- Tendance automatique à réagir :

« Car il est besoin de remarquer que le principal effet de toutes les passions dans les hommes est qu'elles incitent et disposent l'âme à vouloir les choses auxquelles elles préparent le corps, en sorte que le sentiment de la peur l'incite à vouloir fuir, celui de la hardiesse à vouloir combattre et ainsi des autres »

Art. 40 « quel est le principal effet des passions ? »

- Evaluation cognitive de la situation :

« L'admiration est une subite surprise de l'âme qui fait qu'elle se porte à considérer avec attention les objets qui lui semblent rares et extraordinaires. Ainsi elle est causée premièrement par l'impression qu'on a dans le cerveau qui représente l'objet comme rare et par conséquent digne d'être fort considéré »

Art.70 « de l'admiration, sa définition et sa cause ».

- Pouvoir informatif des émotions :

« Les émotions s'expriment sur ce qui a de l'importance à nos yeux. »

- Régulation partielle des émotions :

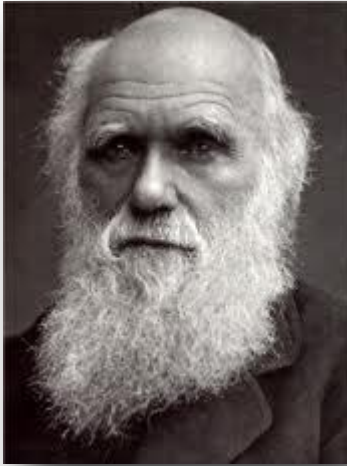
« L'âme peut aisément surmonter les moindres passions mais non les plus violentes et les plus fortes »

- Pouvoir de fixation mnésique :

« Or il est aisé à connaître que l'utilité de toutes les passions ne consiste qu'en ce qu'elles fortifient et font durer en l'âme des pensées, lesquelles il est bon qu'elles conservent et qui pourraient sans cela être effacées ».

Art.74 «à quoi servent toutes les passions et à quoi elles nuisent »

1.2.4. Charles Darwin.



Père de l'évolutionnisme, Charles Darwin (1809-1882) s'intéresse pourtant très tôt aux manifestations émotionnelles : dès 1838, il commence un travail dédié à l'observation émotionnelle animale et humaine soit presque 20 ans avant la publication de son livre fondateur « l'origine des espèces » en 1859.

L'ensemble de ses observations prend forme dans un ouvrage non moins emblématique intitulé « The Expression of the emotions in humans and animals » publié en 1872.

Darwin y considère les émotions comme des signes archaïques du développement de notre espèce. Pour Darwin, les émotions ont eu auparavant une fonction d'adaptation à l'environnement et de survie, mais en sont aujourd'hui totalement dépourvues.

Les émotions ne seraient ainsi que des vestiges à l'image de certains organes de notre corps ayant involués et auraient perdu toute fonction tel l'appendice verniculaire.

Elles auraient perdurées via un phénomène d'habitude quasi réflexe indépendamment du fait qu'elles aient perdu toute utilité dans la fonction de survie. Les « habitudes » émotionnelles ne seraient qu'une trace de notre développement antérieur.

Il illustre son propos par différentes analogies: l'expression faciale associée au ricanement méprisant consistant en l'exhibition des dents de la mâchoire supérieure serait le vestige du grondement chez l'animal se préparant à mordre ; les mains moites associées à la peur renverraient à nos ancêtres simiesques car cela facilitait la préhension dans les arbres pour fuir. Autre exemple à travers l'émotion de dégoût : il peut s'entendre d'un point de vue moral mais aussi et surtout gustatif. Le dégoût alimentaire spontané renvoie ainsi à une fonction cruciale pour la survie : l'expulsion de nourriture potentiellement pathogène voire nocive... De nos jours, le danger alimentaire est beaucoup moins présent, mais la grimace perdure. Valérie Curtis [30] observe ainsi que certaines substances comme les fèces, la salive, le vomi suscitent le dégoût dans la quasi-totalité des groupes culturels et ce, malgré la variabilité de leur appétence pour d'autres types d'aliments.

Mais peut-on considérer l'émotion comme un simple reliquat de notre évolution ?

Les théoriciens de l'évolutionnisme moderne ont conservé de leur prédécesseur, certains postulats de base [31] [32] mais dépassent l'approche de Darwin notamment vis-à-vis de l'émotion.

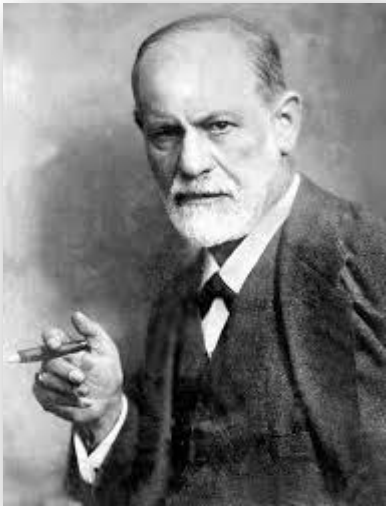
L'approche contemporaine voit dans les émotions des programmes génétiquement codés qui sont activés par des objets ou des évènements identifiés par l'évolution comme étant liés à des problèmes adaptatifs.

Leur activation permet une coordination des différentes fonctions de l'organisme comme le système moteur, la perception, les réactions physiologiques ... afin de résoudre un problème.

Le problème adaptatif doit se considérer en termes de survie du gène et non de l'individu.

Ainsi, un particularisme phylogénétique ne se propagera à travers les générations que s'il majore le potentiel de reproduction ou qu'il minore les menaces à l'encontre de la survie. [33]

1.2.5. Sigismund Schlomo Freud.



Penseur fondamental du 20ème siècle, aujourd'hui figure illustre enclavée dans la conscience populaire, Freud (1856-1939) ne représente pas à proprement parler un théoricien de l'émotion mais s'intéresse plutôt aux conséquences de certaines situations porteuses d'une signification émotionnelle intense.

Dans « Nouvelles remarques sur les psychonévroses de défenses » et « Introduction à la psychanalyse », il évoque la notion de traumatisme et son mécanisme affectif et émotionnel source de répercussions durables dans le fonctionnement de l'individu.

« Nous appelons traumatisme une expérience vécue qui apporte en l'espace de peu de temps, un si fort accroissement d'excitation à la vie psychique que sa liquidation ou son élaboration par les moyens normaux et habituels échouent, ce qui ne peut manquer d'entraîner des troubles durables dans le fonctionnement énergétique ».

Les émotions sont définies comme des processus complexes qui échappent parfois à une analyse et compréhension immédiate, et ne sont pas toujours observables.

Si elles sont inappropriées ou trop intenses, elles seront source de souffrance.

Freud propose alors, via l'évocation du passé, de ses lacunes et zones d'ombre, d'attribuer une signification à ces événements à partir des processus d'interprétations et d'introspection. Il en résulte une libération de la souffrance induite via un processus de répression : mise à l'écart du contenu affectif de certaines situations et/ou modification de la manière dont elles sont conservées.

1.2.6. Théories psychoévolutionnistes modernes : les émotions fondamentales.

Les émotions se conçoivent ici comme étant fonctionnelles, universelles et en nombre limité.

- Fonctionnelles, car décrites dans le contexte de l'évolution par sélection naturelle et donc dans le cadre de leur fonction adaptative.
- Universelles, car existantes dans toutes les cultures et aussi chez d'autres espèces.
- En nombre limité, car répondant à des programmes neuro-moteurs génétiquement déterminés. Au nombre de 10 à 15, ces programmes ont été conservés au cours de l'évolution et c'est donc ce déterminisme génétique qui en garantit l'universalité. Par voie de conséquence, l'expression des émotions se veut innée.

En référence à Darwin, les psycho-évolutionnistes adoptent une séquence temporelle où l'émotion précède le comportement.

Tomkins [34] conçoit ainsi les émotions comme des programmes dans sa « théorie de l'amplification » ; ces programmes innés sont contrôlés par des systèmes cérébraux rigides sous corticaux. Tomkins distingue neuf émotions de base (intérêt, surprise, joie, angoisse, peur, mépris, honte, dégoût et colère) auxquelles correspondent neuf expressions faciales différentes.

Izard [35] propose une théorie différentielle des émotions dans laquelle il envisage les émotions de base comme fondamentales dans le développement de la personnalité. Ces émotions organisent l'ensemble des comportements afin de pouvoir assurer les fonctions adaptatives élémentaires.

Le modèle psycho-évolutionniste le plus abouti est celui du « circumplex » de Plutchik [36] [37] [38]. Les émotions permettent une amélioration de la survie individuelle en

provoquant des réactions à des situations d'urgence ou en signalant l'intention d'actions futures.

Les émotions ont une base génétique conservée au travers du phylum et sont des formes d'ajustement aux contraintes de l'environnement. Il dénombre huit émotions primaires ; toute autre émotion n'est qu'un mélange de ces émotions primaires.

Les émotions sont la conséquence d'une chaîne de réactions complexes qui permet de préserver l'homéostasie. Cette chaîne inclut un processus d'évaluation réalisé par une structure cérébrale spécialisée qui génère ainsi un programme d'action spécifique sélectionné par l'histoire évolutive de l'espèce.

1.2.7. Théories béhavioristes des émotions.

Watson définit l'émotion comme un « patron héréditaire, impliquant de profonds changements dans les mécanismes du corps de façon générale, et plus particulièrement des systèmes viscéraux et glandulaires » [39]. L'émotion est considérée seulement comme une réponse séquentielle à un stimulus. Il décrit trois patrons apparentés à la peur, la rage et l'amour. La peur activerait un système comportemental d'évitement ; la rage, un système de combat ; et l'amour, un système d'approche. Le comportement est considéré comme une forme de réflexe.

Skinner [40] fait lui aussi peu de cas de l'émotion; pour lui, comportement et événements environnementaux sont en relation binaire exclusive : à chaque stimulus de l'environnement correspond un comportement spécifique. L'émotion n'est qu'une coloration superficielle...

Millenson [41] propose un modèle tridimensionnel des émotions reprenant la notion de patrons comportementaux mais en implémentant cette fois la dimension émotionnelle. Ainsi, il considère trois systèmes de réponse à un événement auxquels il attribue, selon l'intensité de leur activation, un gradient émotionnel correspondant :

- Système d'évitement/peur allant de l'appréhension à la terreur,
- Système d'approche/amour allant du plaisir à l'extase,
- Système de combat/rage allant de l'ennui à la colère.

Dans la continuité, E. Rolls, préfigure les émotions comme quatre états suscités par l'absence ou la présence de renforçateurs positifs ou négatifs [42]. Ainsi la joie est suscitée par la présence d'un renforçateur positif, la peur par la présence d'un renforçateur négatif, la

colère par l'absence d'un renforçateur positif, le soulagement par l'absence d'un renforçateur négatif.

L'ensemble de ces théories reste très mécaniciste et stéréotypé ne laissant aucune place à l'expérience subjective, l'intentionnalité et à la signification d'un comportement.

1.2.8. Théories périphéralistes des émotions.

« Je suis triste parce que je pleure, j'ai peur parce que je tremble »

Le cadre théorique proposé par le philosophe James [43] [44] à la fin du 19ème siècle, est celui d'une primauté de la perception corporelle des modifications physiologiques. C'est cette perception physiologique telle « l'accélération du rythme cardiaque » qui est le déclencheur du ressenti émotionnel. Il illustre son propos par l'exemple de la rencontre avec un ours, exemple devenu classique : « si nous rencontrons un ours, nous commençons spontanément à courir, puis nous percevons des modifications physiologiques (accélération de la fréquence cardiaque, sudation...) et c'est alors seulement que nous ressentons une émotion, la peur » « Sans ces modifications de l'état corporel consécutif à la perception, on peut voir l'ours et estimer qu'il vaut mieux courir mais on ne peut pas ressentir la peur ».

Le danois Lange complète cette théorie en introduisant l'idée de l'existence d'un centre cérébral capable de produire des modifications physiologiques spécifiques en réponse aux situations inductrices d'émotions. [45]

Cette théorie périphéraliste présuppose donc que les émotions viennent d'évènement surgissant dans notre corps selon la séquence suivante :

Stimulus -> réponses comportementales et physiologique -> perception de ces réponses -> Expérience émotionnelle.

L'étude de Lanzetta et al [46] tend à corroborer cette théorie. Cette étude consista à demander à des participants de soit amplifier, soit réprimer leur expression faciale pendant qu'ils recevaient des chocs électriques. Les participants ayant tenté de réprimer leur expression faciale déclarèrent avoir vécu l'expérience de façon moins désagréable.

Hypothétiquement, on pourrait donc concevoir une méthode de contrôle des émotions via la maîtrise des manifestations corporelles « déclencheuses » ; il suffirait de provoquer selon James les attitudes corporelles correspondantes à l'émotion souhaitée pour qu'elle survienne. « Pour se sentir gai, regardez gaiement autour de vous et agissez comme si la gaieté était déjà là »

On pourrait parler de théorie de rétroaction corporelle.

Ce modèle apparaît attractif même s'il semble à contrario de l'intuition.

Pour autant, il semble conforter par des études portant sur la rétroaction faciale (facial Feedback hypothesis) que nous aborderons après.

1.2.9. Théories centralistes des émotions.

Walter Cannon, physiologiste américain, est un des premiers contradicteurs de la théorie périphéraliste de James –Lange.

Il avance, dès 1927, une critique sévère de la conception périphéraliste des émotions [47].

Pour cela, il s'appuie sur différents arguments :

- Dans le cas de section de la moelle épinière, on supprime la capacité de percevoir les changements corporels mais pas les émotions.

- Par ailleurs, il constate que les mêmes signes physiologiques peuvent produire des émotions différentes (Exemple : élévation de la fréquence cardiaque pour peur et colère).

En 1932, Walter Cannon [48] élabore une théorie divergente qui conclue que l'excitation physiologique et l'expérience émotionnelle ont lieu simultanément.

Philp Bard conforte cette théorie en démontrant que le stimulus déclenchant l'émotion atteint simultanément le cortex (susitant la conscience subjective de l'émotion) et le système nerveux sympathique provoquant les réponses physiologiques.

La théorie centraliste dite de Cannon-Bard implique donc que le cœur commence à battre au moment même où l'on ressent la peur mais que l'un n'est pas la cause de l'autre.

Cela conduit-il la théorie périphéraliste à l'obsolescence ? Peut-être pas, car, même si la plupart des chercheurs confirme la nécessité de la cognition dans le ressenti des émotions à l'image de Cannon et Bard, les théories de rétroaction faciale ou les travaux de Hohmann posent question.

Hohmann [49] étudia, en effet, des sujets atteints de blessure médullaire à l'image de Cannon. Ses résultats sont plus nuancés que ce dernier : les sujets ayant une lésion au niveau des cervicales rapportèrent une diminution considérable de l'intensité émotionnelle comme James et Lange auraient pu s'y attendre.

Par ailleurs, sous le prétexte d'étudier la coordination psychomotrice, Strack et al [50] demandèrent à des participants de tenir un stylo d'une manière qui soit inhibait (tenir avec

les lèvres uniquement) soit facilitait (tenir avec les dents uniquement) les muscles typiquement associés au sourire. Dans cette étude, les participants utilisant les muscles associés au sourire pour tenir le stylo, ont rapporté ressentir plus de joie en réponse à des dessins animés qui leur avaient été présentés lors de la procédure expérimentale.

Au final, la thèse centraliste est à retenir, car prélude aux théories cognitivistes, mais des implications périphéralistes ne sont pas à écarter.

1.2.10. Théories cognitivistes des émotions.

Il s'agit du cadre conceptuel et théorique le plus étudié à ce jour.

Les émotions sont vues ici comme le résultat d'une évaluation cognitive. Cependant, cette vision d'une intégration cérébrale d'une information extérieure n'est pas nouvelle pour autant. Dès l'antiquité, Chrysippus avance que les émotions étaient les jugements sur l'aspect plaisant, douloureux, bon ou mauvais d'une situation. Marc Aurèle insiste sur le vécu différentiel de certaines expériences : « Brise un vase, s'il ne t'appartient pas, à peine te sentiras-tu gêné ; s'il s'agissait du vase préféré de ta mère, alors viendra la culpabilité et la tristesse ». Epictète, lui, nous renvoie à la différence entre l'animal et l'homme ; le premier n'a pas conscience de ce qu'il fait alors que le second est un interprète de la Nature.

Différentes nuances existent toutefois au sein des théories cognitivistes : des modèles prototypiques (Théorie Bifactorielle, Théorie de Mandler) aux modèles plus avancés (Théorie de l'évaluation cognitive, Théorie multidimensionnelle de Scherer)

1.2.10.1. Théorie Bifactorielle de Schachter et Singer.

Cette théorie représente une forme de compromis entre les aspects centralistes et péripéralistes.

Pour Schachter, ressentir une émotion nécessite une excitation physique et une identification cognitive de la stimulation.

Ainsi, comme James et Lange, Schachter part de l'hypothèse que l'expérience émotionnelle se développe à partir de la prise de conscience de l'excitation physique. Mais il croit aussi comme Cannon et Bard, que les émotions sont physiologiquement semblables. [51]

Il faut donc une interprétation consciente de l'excitation pour déterminer quelle émotion sera ressentie : « c'est la cognition qui détermine si l'état d'activation physiologique sera labellisé comme colère, joie, peur ou autre ».

L'expérience classique de Schachter et Singer appuyant leur théorie consista en l'administration d'adrénaline à des sujets tests.

Après injection, le sujet se retrouve dans une salle d'attente dans laquelle se trouve une autre personne (complice de l'expérimentateur) qui se comporte soit de façon euphorique, soit de façon irritée.

Les résultats retrouvèrent que :

- Si le sujet test était prévenu que les réactions physiologiques étaient liées à l'injection, il ne décrivait pas d'émotion particulière.

- Si le sujet test n'était pas informé des effets de l'adrénaline, ce dernier disait ressentir l'émotion induite par le complice.

Cette théorie bifactorielle, même si elle a été par la suite décriée (en raison de biais et de non reproduction des résultats de leur étude) est la première à fixer un déterminant cognitif pour l'épisode émotionnel.

1.2.10.2. Théorie de Mandler et Weiner.

Mandler développe une théorie interactive entre les indicateurs physiologiques et cognitifs. Il utilise un modèle de traitement de l'information dans lequel il suggère que l'expérience et le comportement émotionnel résultent d'une interaction complexe entre activation automatique et interprétation cognitive.

L'activation donne à l'émotion sa qualité et son intensité physiologique, et l'interprétation permet la catégorisation de l'expérience. Cette interprétation place l'épisode émotionnel dans le domaine de la conscience et autorise ainsi la communication de l'expérience émotionnelle. [52] [53]

L'émergence de l'émotion nécessite selon Mandler la rupture dans le déroulement d'un plan d'action : il est nécessaire qu'il y ait irruption d'un comportement ou d'une pensée qui interrompt le comportement en cours ce qui occasionne une appréciation cognitive de la situation. Ainsi, l'émotion serait une conséquence de l'éveil périphérique. Cette théorie préfigure le modèle d'interprétation cognitive de l'émotion.

Weiner [54] met l'accent sur la perception et l'interprétation de la causalité dans la genèse des émotions. Les cognitions ne portent plus sur des événements internes ou externes mais sur les croyances que nous pouvons nous faire de ces événements.

1.2.10.3. Théorie cognitive d'évaluation.

Emotion et cognition ont longtemps été opposées, le plus souvent au nom d'un principe d'objectivité qui imposait de rendre compte de tout phénomène en dehors de toute référence au soi.

Toutefois, la psychologie cognitive, après une longue parenthèse consacrant « l'homme-machine » a finalement renoué avec l'émotion et un abord plus humaniste.

Loin de l'approche évolutionniste qui reliait les émotions à une fonction d'adaptation biologique dans le passé, les théoriciens cognitivistes vont articuler cognition et émotion via une théorie dite d'évaluation.

Les émotions sont considérées comme des représentations psychologiques ayant une signification émotionnelle pour la personne les éprouvant [55]. A contrario de l'approche évolutionniste qui pourrait s'apparenter à un dictionnaire ad hoc des stimuli censés induirent de manière systématique certaines émotions, l'approche cognitiviste vise à comprendre ce qui amène une personne à éprouver une émotion spécifique et différenciée. [56]

Cette conception conduit au concept de processus émotionnel défini selon trois composantes : évaluation, préparation à l'action et réponse [57] [58].

Myers illustre ce modèle comportemental par un exemple dédié à la peur : « Imaginez que rentrant chez vous à pied dans une rue déserte, tard le soir, vous entendiez des pas derrière vous et réalisez que quelqu'un vous suit ; dès lors, votre cœur s'accélère, vous marchez plus vite et vous vous posez des questions au sujet des intentions du passant. Vous vous sentez inquiet et ressentez l'émotion appelée « peur ».

Dans cet exemple, on peut repérer les trois composantes précédemment évoquées :

- L'évaluation ou « appraisal » : le bruit de pas a été évalué comme pertinent par rapport à l'intention de rentrer chez soi.

- La préparation à l'action : elle consiste à revoir la hiérarchie des buts, à arrêter les actions en cours qui ne sont plus pertinentes et à mettre en œuvre une action plus adaptée. Dans cet exemple, accélérer le pas.

- La réponse émotionnelle : elle englobe les réactions physiologiques (cœur qui bat plus vite), les réactions comportementales, expressives et les réactions subjectives et expérientielles (correspondant à ce que vous pensez de l'évènement).

L'évaluation se définit selon Arnol et Gasson comme un jugement conscient ou non-conscient du caractère plaisant ou déplaisant d'un objet par rapport à soi.

Lazarus [59] a repéré trois traits participants à l'évaluation de la pertinence d'un évènement :

- La pertinence proprement dite du but car ce n'est que si le but est significatif pour un individu qu'il ressentira une émotion.
- La satisfaction du but : si l'évènement permet de se rapprocher du but alors il sera évalué comme positif.
- Le renforcement positif ou négatif de l'estime de soi.

La préparation à l'action peut être catégorisée en différents types : action d'approche, de fuite, d'appel à l'aide, d'inhibition...

Les réponses émotionnelles sont les plus étudiées ; nous les décrirons dans les prochains chapitres.

1.2.10.4. Théorie multidimensionnelle de Scherer.

Scherer [60] [61] propose un modèle multidimensionnel où l'émotion est le produit d'une évaluation d'une situation selon cinq composantes : évaluation de la nouveauté, de la valence, du rapport aux buts, du potentiel de maîtrise et d'accord avec les normes.

L'évaluation de la nouveauté vise à déterminer s'il y a des changements dans le pattern des stimulations tant internes qu'externes.

L'évaluation de la valence se fonde soit sur des apprentissages, soit sur des caractéristiques innées.

Ces deux premières composantes seraient sans cesse activées, représentant un système d'analyse continu des stimuli internes et externes. Elles représentent un système de veille analytique visant à repérer les éléments potentiellement pertinents de notre environnement.

L'évaluation du rapport aux buts est basée sur les concepts de la théorie de l'autorégulation [62]. Selon cette théorie, chaque individu est « habité » par une hiérarchie de buts allant de buts très généraux (préserver son intégrité physique) à des buts très spécifiques (arriver à réparer sa voiture).

D'après la théorie de l'autorégulation, les individus compareraient de manière automatique, s'ils se rapprochent ou s'ils s'éloignent des buts qu'ils poursuivent. Ces gradients de rapprochement ou d'éloignement par rapport aux buts détermineraient la présence d'émotions positives ou négatives.

L'évaluation du potentiel de maîtrise vise à déterminer les ressources nécessaires pour faire face ou se prémunir du stimulus.

Cette évaluation comprend quatre sous-étapes :

- Sous étape d'évaluation de causalité : l'évènement est-il le fruit de nos actes, de ceux d'autrui ou bien celui du hasard ? Est-ce intentionnel ou non ? La dimension de maîtrise sera en effet plus opérante en cas de causalité interne (plus d'accessibilité au contrôle) que de causalité externe (souvent source d'impuissance).

- Sous étape de contrôlabilité : vis-à-vis de la cause ou de ses conséquences. Cet aspect de contrôlabilité constitue un élément essentiel pour le bien être psychologique et la santé mentale : les personnes confrontées à un trouble des émotions ont très souvent l'impression de n'avoir aucune prise sur leurs émotions.

- Sous étape d'évaluation de la puissance : vise à déterminer ses capacités à faire face.

- Sous étape d'évaluation des ajustements ou acceptations possibles.

Enfin, la dernière composante est l'évaluation de l'accord avec les normes sociales ou personnelles. L'évènement est-il en accord avec les conventions sociales ou l'image de moi que je me fais ?

Selon Scherer, chaque émotion possède ainsi un profil d'évaluation spécifique. Il conçoit dès lors que si tous les éléments d'évaluation propre à une émotion sont réunis, le déclenchement de cette émotion est fortement probable.

**Profil des évaluations la situation pour la colère, la peur,
la tristesse et la joie selon Scherer**

Dimension d'évaluation émotionnelle	Colère/Rage	Peur	Tristesse	Joie
Nouveauté				
Soudaineté	haut	haut	bas	bas
Familiarité	bas	bas	bas	ouvert
Prévisibilité	bas	bas	ouvert	moyen
Valence intrinsèque	ouvert	bas	ouvert	haut
Rapport aux buts / besoins				
Pertinence	haut	haut	haut	moyen
Degré de certitude dans la prédiction des conséquences	très haut	haut	très haut	très haut
Congruence avec les attentes	dissonant	dissonant	ouvert	consonnant
Opportunité	obstruction	obstruction	obstruction	facilitation
Urgence	haut	très haut	bas	très bas
Potentiel de maîtrise				
Causalité : agent	autrui	autrui/ naturel	ouvert	ouvert
Causalité : motivation	intentionnel	ouvert	hasard	intentionnel
Contrôle	haut	ouvert	très bas	ouvert
Puissance	haut	très bas	très bas	ouvert
Ajustement	haut	bas	moyen	haut
Accord avec les normes				
Standards externes	ouvert	ouvert	ouvert	ouvert
Standards internes	bas	ouvert	ouvert	ouvert

1.2.11. Théorie schématique de Leventhal.

Les théories schématiques reposent essentiellement sur l'idée de l'existence d'un ensemble d'informations émotionnelles stockées dans un réseau mnésique ; lorsque l'un des éléments de ce réseau est réactivé, on suscite à nouveau l'émotion correspondante à ce réseau.

Leventhal [63] propose un cadre théorique qui s'appuie sur trois niveaux de traitements.

Un niveau sensori-moteur : niveau de base, il comprend un ensemble de programmes innés activés automatiquement et générant en réponse à des stimuli spécifiques des ensembles coordonnés de réponses expressives, physiologiques, comportementales et subjectives. Cela se rapproche en quelque sorte des réflexes émotionnels issus de notre bagage génétique. Il s'agit par exemple des réactions de sursaut dans la surprise ou de dégoût au contact d'un aliment amer.

Cette base innée va servir de fondement à des apprentissages émotionnels constitutifs du niveau de traitement suivant.

Un niveau schématique : il est régi par des représentations émotionnelles apprises : les schémas. Il s'agit des traces mnésiques des éléments récurrents dans certains types d'expériences émotionnelles.

Comme ils émanent d'apprentissages issus d'expériences personnelles, ces schémas sont différents d'un individu à l'autre.

Un niveau propositionnel : dernier niveau, il comprend deux composantes : l'une qui stocke l'information relative aux expériences passées et qui permet de parler de ses émotions, et l'autre, qui élabore les comportements émotionnels volontaires. Ce niveau dit conceptuel, permet la formation de représentation plus abstraite utile dans une optique de régulation rationnelle de ses émotions.

1.2.12. Théorie du constructivisme social.

Cette approche rejette l'idée qu'il existe des réalités physiobiologiques émotionnelles et suggère que la plupart des états émotionnels sont des constructions de la société qui servent certains de ses buts ; les émotions y sont considérées comme des produits de la culture.

Averill [64] définit l'émotion comme un "rôle social transitoire" à l'image d'une danse, dont la manifestation et la situation dans lequel elle se produit, sont développées et définies par la société. Cet apprentissage se réalise essentiellement au travers de l'étiquetage verbal des sensations somato-viscérales associées à des patrons d'activation psychique.

1.2.13. Théorie de l'émotion comme mouvement selon Ribot.

Ribot développa une théorie originale des émotions dans laquelle il rejette catégoriquement toute idée d'intellectualisation des émotions ainsi que toute idée de séquence causale ou de dualisme corps-psyché. Dans son ouvrage « la psychologie des sentiments », il rejette ainsi la notion de cause et d'effet car on ne peut pas dissocier l'expérience psychique de sa composante physique.

Il soutient que les émotions constituent un état original et indépendant ayant leur propre mémoire (mémoire affective) et leur propre logique (logique affective). Pour lui, l'émotion n'est rien d'autre qu'un mouvement produit ou arrêté dans le corps, associée à certains états de conscience.

1.2.14. Théorie des émotions selon Damasio.

Damasio [65] envisage les êtres humains comme des organismes se trouvant, à la naissance, dotés de mécanismes automatiques de survie, et qui acquièrent, par l'éducation et la culture, un ensemble de stratégies supplémentaires « désirables » et socialement acceptables leur permettant de prendre des décisions. La capacité d'expression et de perception des émotions ne serait qu'une fonction liée à la régulation biologique et fournirait un lien entre les processus rationnels et non rationnels, entre les structures corticales et sous-corticales.

Damasio fait la distinction entre les émotions primaires (innées, dépendantes du système limbique) et les émotions secondaires (appries, dépendantes du système limbique et des cortex préfrontaux et somato-sensoriels).

Pour Damasio, la capacité d'exprimer et ressentir des émotions dépend de deux processus fondamentaux :

- La perception d'un certain « état du corps » juxtaposée à la perception de l'évènement l'ayant déclenché.

- Des processus cognitifs se déroulant en parallèle à visée analytique.

Damasio parle de marqueur somatique pour décrire les perceptions que l'on a de son corps en association avec un évènement particulier. C'est le marqueur somatique qui va obliger à faire attention au résultat néfaste que peut entraîner une action donnée. Il fonctionne comme un signal d'alarme automatique qui dit qu'il y a danger à choisir l'option qui mène à ce résultat.

Inversement, un marqueur positif sera signe d'encouragement. On peut considérer ces marqueurs somatiques comme un système d'appréciation automatique des conséquences prévisibles.

L'ensemble pousse à considérer l'existence d'un « fil conducteur » reliant, sur le plan anatomique et fonctionnel, la faculté de raisonnement à la perception des émotions et au corps. La pensée découlerait en somme de la structure et du fonctionnement de l'organisme ; elle ne serait pas immatérielle mais intégrée dans un tissu biologique englobant l'organisme entier (corps et cerveau ne constituant qu'une seule unité).

1.2.15. Théories des modèles multi-niveaux.

Ces modèles suggèrent que l'on ne peut réduire les émotions à une causalité univoque ; ils intègrent l'idée d'un système automatique d'analyse simplifié et l'idée d'un système basé sur des processus cognitifs plus complexes.

Ces deux systèmes opèrent en parallèle.

Toates [66] définit ainsi un système direct correspondant à une série de réponses automatiques aux différents stimuli de l'environnement et un système indirect qui permet la prise en compte des aspects émotionnels et cognitifs. L'activité du système indirect permet ainsi de modifier l'activité du système direct en intégrant les éléments affectifs, l'expérience du sujet, mais aussi ses buts, ses attentes. (cf figure : Modèle multi-niveaux des émotions de F.Toates.)

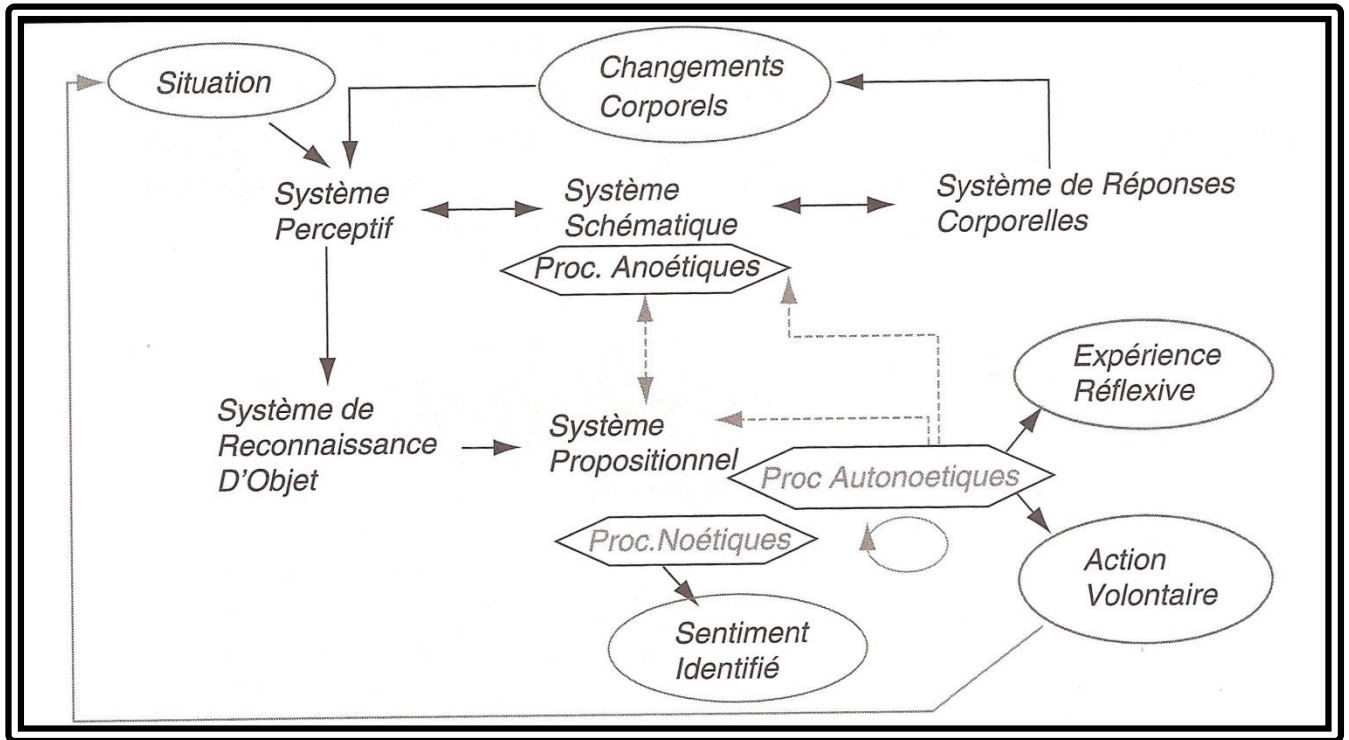
Philippot propose lui, un modèle complexe appelé Modèle BiMnésique [67] [68] intégrant à la fois les aspects cognitifs, périphériques et phénoménologiques et reposant sur deux systèmes : un système schématique et un système propositionnel.

Le système schématique correspond dans un premier temps à des réponses quasi-automatiques et innées. Mais dans un second temps, lorsqu'un évènement s'occure plusieurs fois, les indices perceptifs corrélés à cet évènement vont dès lors activer un patron schématique de réponse. Cela correspond à une forme de conditionnement simple. Ce système est associé à un mode de représentation anoétique, c'est-à-dire, sans niveau de conscience.

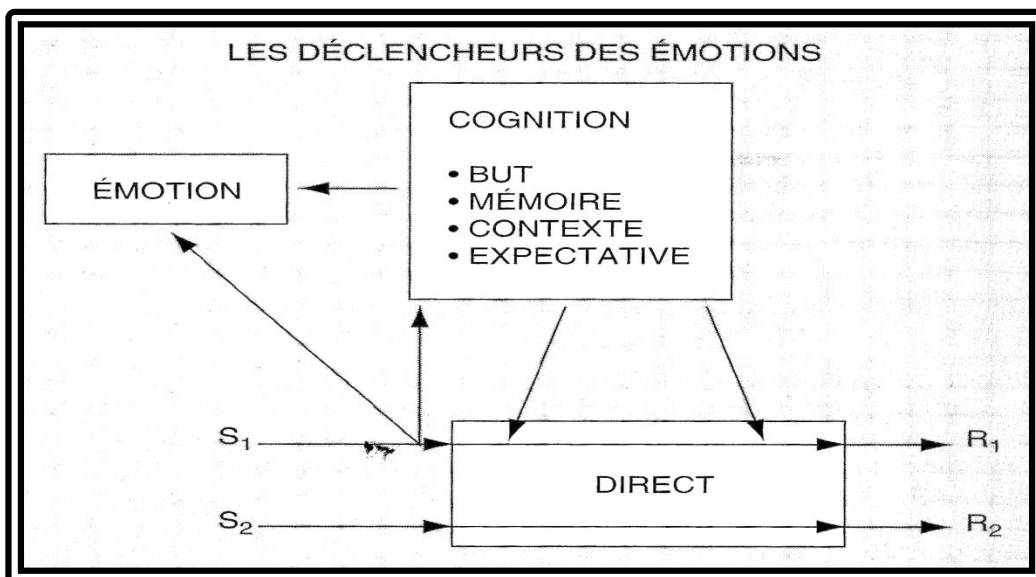
Le second système, dit propositionnel, fait intervenir des processus cognitifs tels la reconnaissance d'objet, l'expérience réflexive et l'action volontaire. Ce second système est associé à un niveau de conscience noétique (sentiment de familiarité avec la situation) qui permet la réactivation d'états émotionnels vécus, la prédiction du futur et le fait de se sentir sujet de l'expérience vécue.

L'état de conscience auto-noétique (aptitude à revivre la situation par une expérience de pensée) implique l'intégration des données des deux systèmes (schématique et propositionnel) et permet ainsi l'expérience réflexive et l'action volontaire.

Modèle multi-niveaux des émotions de P.Philippot



Modèle multi-niveaux des émotions de F.Toates.



1.3. Universalité ou variabilité culturelle des émotions ? Aspects ethnopsychologiques des émotions selon le relativisme culturel.

1.3.1. « Ces émotions venues d'ailleurs ».

Les étiquettes linguistiques se rapportant à la sémantique émotionnelle sont nombreuses. Tenter de les inventorier à l'image de Scherer ou Averill semble vain si tout du moins on vise à l'exhaustivité...

Mais il n'en reste pas moins vrai qu'il ne s'agit que « d'étiquette ». Derrière le signifiant se cache le signifié ; derrière deux emballages différents, on peut trouver un contenu identique. La phénoménologie émotionnelle peut-elle s'accorder avec le concept d'universalité ?

Dans les tenants du « pour », on retrouve P.Ekman, ardent défenseur de la thèse d'un ensemble d'émotions de base présentes de manière universelle et dépourvues de l'influence du contexte social ou culturel. S'appuyant sur les préceptes évolutionnistes, Ekman conçoit ces émotions basiques comme automatiques et seraient la résultante d'une évolution adaptative salutaire. Après tout certains primates font brillamment la démonstration de réponse émotionnelle de base comme la peur ou la colère.

Ses travaux se concentrent sur l'étude des expressions faciales des émotions basales chez des sujets de différents groupes culturels : les résultats de ses recherches ont montré un taux de reconnaissance des expressions émotionnelles faciales dans les différentes cultures significativement convergentes [69] [70] [71] [72]. Il en est de même pour la voix : Scherer, Banse et Wallbott [73] en 2001 retrouvent un taux de reconnaissance des émotions exprimées vocalement supérieur au hasard, suggérant une universalité de l'expression vocale des affects.

Cependant en contraste avec cette théorie universaliste, Scherer met déjà en avant une observation empirique mais contributive qui est que dans une situation émotionnelle identique, on observera des expressions faciales nuancées parmi les protagonistes voire des expressions faciales différentes pour un même individu qui vivrait deux fois la même situation. Haidt et Keltner dès 1999, [74] retrouvent, à contrario d'Ekman, des différences culturelles dans l'exactitude de la reconnaissance faciale émotionnelle et des confusions entre des expressions émotionnelles spécifiques même pour ce qui concerne les émotions de base. Izard [75] en présentant à des habitants de Nouvelle Guinée des photographies de

visages d'occidentaux exprimant la peur, la surprise et la tristesse, constata que les papous distinguaient moins d'une fois sur deux la peur de la surprise.

La théorie universaliste est également éprouvée au travers de différents relevés anthropologiques du vécu émotionnel « venu d'ailleurs »

A titre de dépaysement émotionnel, on décrit chez les Ilongots, tribu « chasseuse de tête », vivant aux Philippines, l'état émotionnel « liget ». La phénoménologie du « liget » retrouve une forme de colère connotée positivement (colère grisante et exaltante) au moment où une tête est tranchée...

L'« Amae » dans la société nippone représente une émotion plaisante de dépendance. Takeo Doi en fait un concept central pour la compréhension des relations sociales japonaises fondées sur les valeurs confucéennes de « b n volence » (du latin « bene volens » = vouloir du bien), de courtoisie, de loyauté, de fidélité et d'obéissance mutuelle.

Les esquimaux Utka à l'inverse ne semblent pas connaître la colère : ils ne l'expriment pas et ne disposent d'aucun terme pour la nommer.

Chez les Iffaluks, peuplade d'un atoll du pacifique étudiée par l'ethnologue C.Lutz, [76] la peur et la colère sont décrites comme des émotions acquises et non comme une expérience spontanée et naturelle. L'émotion « metagu » (la peur) et « song » (la colère) sont socialement transmises par les membres de la tribu et représentent un enjeu stratégique en termes de négociation dans la relation aux autres ou à l'autorité.

Au final, la théorie d'universalité des émotions peut être conservée mais en intégrant la notion d'un continuum d'expression émotionnelle selon un gradient culturel. Ceci permet d'appréhender les similarités et différences au sein des différents groupes culturels. [77]

En effet les émotions observées dans la vie quotidienne dépendent du cadre culturel dans lequel la situation sociale se déroule, et ne peuvent par conséquent pas être séparées des patterns de pensée, d'action et d'interaction spécifiques de la dite culture. [78]

Les émotions influencent réciproquement le développement des significations et des pratiques culturelles. [79]

Cette interaction émotion-culture impose dès lors d'envisager non plus seulement une théorie des émotions mais plutôt une théorie des modèles culturels des émotions.

Or la culture est elle aussi un concept capricieux   définir.

Kitayama propose une définition en terme d'ensemble de processus ; [80] la culture serait ainsi la résultante d'un amalgame de processus symboliques tels les théories naïves, les

schémas interprétatifs, les images et icônes partagés par les membres d'un groupe et révélés dans les rituels quotidiens, les habitudes et les usages ce que l'on peut dénommer « pratiques culturelles ».

Pour Shweder et Haidt, une culture est un sous ensemble de significations possibles ou disponibles qui, par accumulation, est devenue actif en donnant forme aux processus psychologiques des individus dans un groupe. [81]

Ces significations et pratiques culturelles sont des moyens efficaces d'affirmer des impératifs sociaux tels que ce que les gens sont censés faire dans leur vie, la façon dont ils sont censés remplir ces attentes ainsi que leurs possibilités de réussite ou d'échec dans l'atteinte de leur but.

En catégorisant ces significations et pratiques culturelles, on accède au concept de « modèle culturel » également appelé « systématisation en construits ».

L'étude de ces différents modèles culturels a, de façon attendue, fait émerger des patterns émotionnels généraux corrélés.

Illustrons ces considérations théoriques à travers la description de deux modèles culturels des émotions : celui opposant dialectique et optimisation ; et celui des émotions socialement engageantes et socialement désengageantes.

1.3.2. Modèle dialectique et optimisation.

Ce modèle culturel des émotions est centré sur le traitement spécifique des émotions positives et négatives. Il met en exergue deux modèles culturels prototypiques que sont le modèle asiatique et le modèle américano-européen [82]. Dans le modèle asiatique des émotions, les extrêmes sont évités. La culture fondée sur un construit collectiviste met en avant un idéal de modération dans l'expérience et l'expression émotionnelle. En effet les valeurs prédominantes concernant les relations, l'identité, le pouvoir et l'ambition imposent le groupe comme entité prioritaire. Les besoins, souhaits et désirs des collectivités sont mis en avant et la notion d'individualité est minimisée. La hiérarchie et les statuts sont valorisés et formalisés. La recherche d'harmonie dans le groupe supplante l'ambition individuelle [83]. En effet, de fortes émotions pourraient perturber les relations « intragroupe » et le bon fonctionnement social [84]. La conséquence de cette recherche de modération émotionnelle est une forme de tolérance voire une relation de neutralité fondamentale envers les émotions qu'elles soient positives ou négatives. La base culturelle de cette croyance réside dans

l'enseignement des religions dominantes : taoïsme, bouddhisme et confucianisme. Le taoïsme enseigne par exemple que « le bonheur est le malheur » : les expériences et émotions positives sont fondamentalement liées aux expériences et émotions négatives [85]. Dans le confucianisme, la poursuite du bonheur peut perturber l'harmonie du groupe parce qu'il peut engendrer de la jalousie chez les autres ou menacer le maintien d'un ordre social.

Ainsi le modèle culturel asiatique des émotions implique un équilibre entre les émotions positives et négatives, chacune modérant la portée des autres ; cela conduit à un traitement dit de dialectique émotionnelle.

Ce modèle est en contradiction avec le modèle prototypique américano-européen qui repose sur un traitement dit d'optimisation des émotions. La culture américano-européenne est fondée sur un construit individualiste : significations et pratiques culturelles convergent pour promouvoir les besoins, souhaits et désirs individuels. La recherche de développement personnel est encouragée. Le sujet se perçoit comme autonome par rapport aux groupes dont il est membre; la colère pourra donc y être plus fréquemment exprimée et inversement la honte moins fréquemment exprimée (du fait d'une moindre reconnaissance des déviations par rapport aux normes et but du groupe) [86]. Le bonheur est considéré comme une caractéristique personnelle, voir comme un élément identitaire ; l'expression du malheur est perçue comme un signe d'échec. Le bonheur est un état désiré et est en opposition avec les émotions négatives.

Kitayama & al en 2000 [87] rapportent des données convergentes : dans leur étude centrée sur la fréquence de survenue d'émotion positive et négative ils constatent que les sujets américains disent éprouver plus d'émotions positives que négatives tandis que les sujets japonais déclarent ressentir autant d'émotions positives que négatives.

En 2002, Mesquita et al [88] retrouvent que les asiatiques utilisent significativement le point médian d'une échelle de valence émotionnelle pour décrire leur ressenti tandis que les américains utilisent plus fréquemment les bornes extrêmes de l'échelle.

1.3.3. Modèle des émotions socialement engageantes/désengageantes.

Ce modèle repose sur la distinction entre les concepts de « soi dépendant » et de « soi interdépendant » qui recoupe assez largement les processus de développement de l'identité et des relations dans les cultures individualistes et collectivistes.

On définit comme « émotions socialement engageantes » les émotions prévalentes dans le cadre de la préservation de l'interaction sociale ; elles sont soit positives telles la sympathie, le respect, soit négatives telles la culpabilité et la honte.

Les émotions dites socialement désengageantes font référence aux émotions prévalentes dans l'optique d'affirmation d'un soi indépendant ; ce sont d'un point de vue positif la fierté par exemple et d'un point de vue négatif la colère ou la frustration.

Kitayama soutient ce modèle via une étude réalisée en 2005 [89] où des étudiants japonais et américains devaient rappeler l'évènement le plus émotionnel de la journée pendant 14 jours consécutifs.

Kitayama et al retrouvent que dans les situations positives les japonais ressentaient plus fréquemment des émotions positives socialement engageantes que des émotions socialement désengageantes. Il en était de même concernant situations et émotions négatives. Les étudiants américains produisirent les effets opposés dans les deux situations.

1.3.4. Synthèse.

Ainsi du fait d'importantes différences de significations dans la pratique culturelle, le vécu des émotions varie fondamentalement entre les cultures tant d'un point de vue de leur expression que de leur nature.

Les différences observées ne sont pas non plus seulement liées à des variables culturelles ; les buts et valeurs diffèrent souvent parmi les classes sociales, les générations, rendant fortement probable le fait que le même évènement provoque ainsi des émotions différentes parmi des membres appartenant à une même culture mais de groupe distinct.

Enfin les différences individuelles sont loin d'être négligeables en regard des interactions électives entre structuration de la personnalité et pattern privilégié d'expression émotionnelle.

Au final, la théorie d'universalité des émotions peut être conservée mais seulement dans une considération de briques émotionnelles élémentaires unanimement partagées mais dont « l'assemblage » et le « calibrage » répondent spécifiquement à des référentiels culturels, groupaux et individuels ce qui aboutit à un polymorphisme évident...

1.4. Aspects neuro-biologiques et neuro-anatomiques des émotions.

Nombreux sont les grands systèmes logistiques « sollicités » par les différentes émotions tant dans leur genèse que dans leur intégration psychique et physiologique.

On repère ainsi : les systèmes neuronaux centraux (hémisphère Droit et Gauche, aires cérébrales spécifiques dédiées tel le système limbique), les systèmes permettant la coordination de la réponse physiologique émotionnelle (système nerveux autonome), le système endocrinien sollicité par le stress (axe hypothalamus – hypophyse – surrénal et les hormones corticotropes qu'il sécrète) et les systèmes de neurotransmission (amines biogènes, neuropeptides).

L'étude de ces différents systèmes et de leur implication permet de mieux cerner la dynamique émotionnelle.

1.4.1. Approche historique : de Démocrite au Cerveau Tripartite de MacLean.

Le concept de substrat neuro anatomique spécifiquement dédié aux émotions est ancien. Démocrite (-400 avant JC) avance que le contrôle du comportement et de la raison trouve son siège dans la tête; le désir, dans le foie; le ressentiment et la colère dans le cœur. Hippocrate, dans sa théorie des humeurs, avance que le cerveau serait en partie un déterminant de la vie consciente (émotions incluses) et surtout que les états émotionnels seraient déterminés par la « température cérébrale » selon deux variables : hygrométrie et aridité. Il en résulte que la peur serait, selon Hippocrate, une conséquence d'une « surchauffe » du cerveau alors que l'anxiété résulterait d'un « refroidissement »...

François-Xavier Bichat [90] propose un nouveau cadre théorique dissociant une « vie organique » et une « vie animale ». La « vie organique » regroupe des organes asymétriques (tels cœur, intestins) dévolus aux fonctions métaboliques du corps et aux passions. La « vie animale » repose sur les organes symétriques (tels les yeux, les oreilles) qui seraient associés eux à des activités mentales supérieures comme la raison, la mémoire et la volonté.

Ce n'est qu'à partir de la seconde moitié du 19ème siècle, que le cerveau revient sur le devant de la « scène émotionnelle ». Emil Huschke [91] propose en 1854 que les lobes frontaux soient le siège de l'intelligence ; les émotions étant reléguées à d'autres zones cérébrales.

En 1892, Friedrich Leopold Goltz [92] s'intéresse lui aussi à la « circuiterie » cérébrale sollicitée par les émotions. Il observe la persistance de comportement de type rage ou peur chez des chiens auxquels il a réalisé l'ablation quasi complète des hémisphères cérébraux ; ses recherches mettent ainsi en avant une implication du tronc cérébral dans l'expression émotionnelle.

Walter Cannon (1871-1945) poursuit les travaux de Goltz sur le tronc cérébral. Il observe, qu'en déconnectant les zones corticales du tronc cérébral, des chats présentent des réponses comportementales de rage mais non dirigées vers le stimulus déclencheur [93]. Il baptise ces réponses « sham rage » (pseudo rage).

Philip Bard (1898-1977) approfondi les recherches de Cannon en identifiant la zone de l'hypothalamus postérieur comme fondatrice dans la survenue de cette « sham rage ». [94] [95]. En effet, son ablation rend les chats émotionnellement indifférents et apathiques.

Walter Hess [96] confirme l'hypothèse via des stimulations électriques de l'hypothalamus postérieur qui transformèrent des chats calmes en monstres (pupilles dilatées, poils hérissés...)

En synthèse, les émotions primitives non conditionnées sont associées aux neurones du diencephale et les connexions corticales permettraient le contrôle conscient de ces émotions.

En 1937, James Papez [97], neurobiologiste de l'Université de Cornell, propose un nouveau circuit des émotions regroupant : hypothalamus, hippocampe, gyrus cingulaire, et noyaux antérieurs du thalamus. L'hippocampe y joue un rôle central ; il est l' « intégrateur » du circuit émotionnel. Via le Fornix, il active l'hypothalamus générant ainsi l'expression émotionnelle qui à son tour, envoie l'information au gyrus cingulaire via le tractus mamillo-thalamique induisant alors l'expérience subjective de l'émotion.

Heinrich Klüver et Paul Bucy [98] viennent confirmer le circuit de Papez : via la réalisation d'une lésion bilatérale des lobes temporaux chez des macaques; ils observèrent une absence de réaction à types de peur ou d'agression.

Paul Maclean prolonge les travaux de Papez et propose dès 1949 sa théorie du cerveau tripartite ou figure un système spécialisé dans les émotions : le système limbique. [99] [100].

Ce système limbique (aussi appelé Paléomammalien) s'articule avec deux autres systèmes : le cerveau reptilien (ou archipallium) et le néocortex (ou néopallium)

Le cerveau paléo mammalien (limbique) regroupe : hypothalamus, amygdale, hippocampe, septum, gyrus parahipocampique et noyaux thalamiques ; il est associé non

seulement aux émotions mais aussi aux comportements fondamentaux pour la survie de l'espèce comme la recherche de nourriture ou de partenaires sexuels.

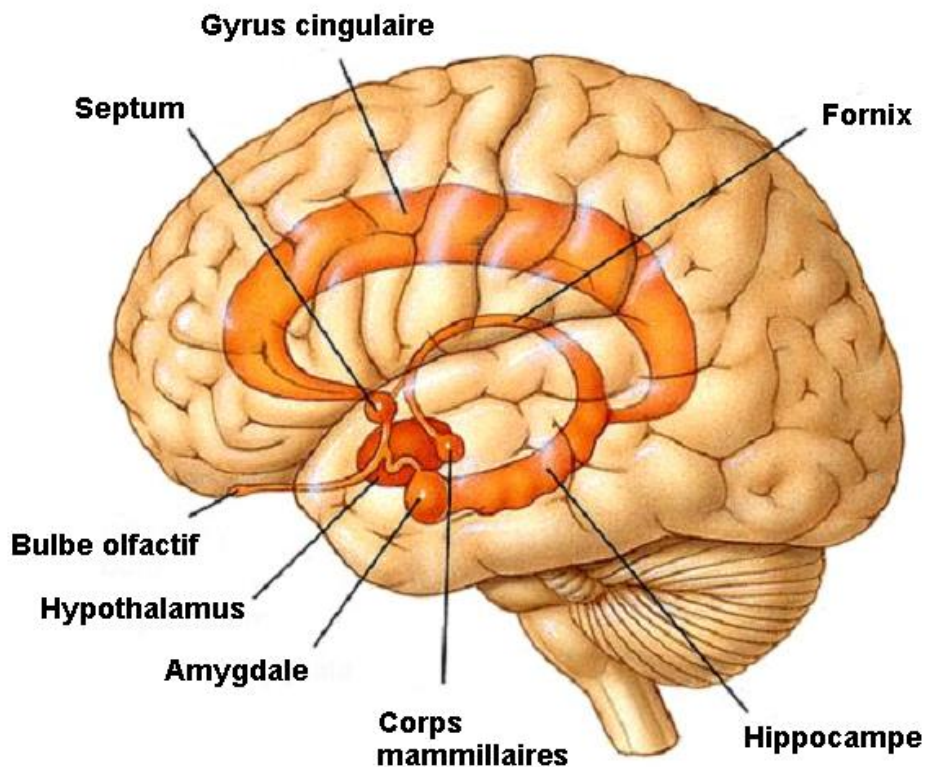
Le cerveau reptilien (Archipallium) regroupe cervelet, mésencéphale, pont, globus pallidus et bulbes olfactifs ; il contrôle les comportements automatiques et les fonctions autonomes.

Enfin, le cerveau néo mammalien (néopallium) comprend essentiellement le néo cortex ; il est associé aux fonctions mentales supérieures (langage, raison...).

Pour rappel, l'archipallium est présent dès les reptiles, le système limbique à partir des mammifères et le néo pallium essentiellement chez les primates.

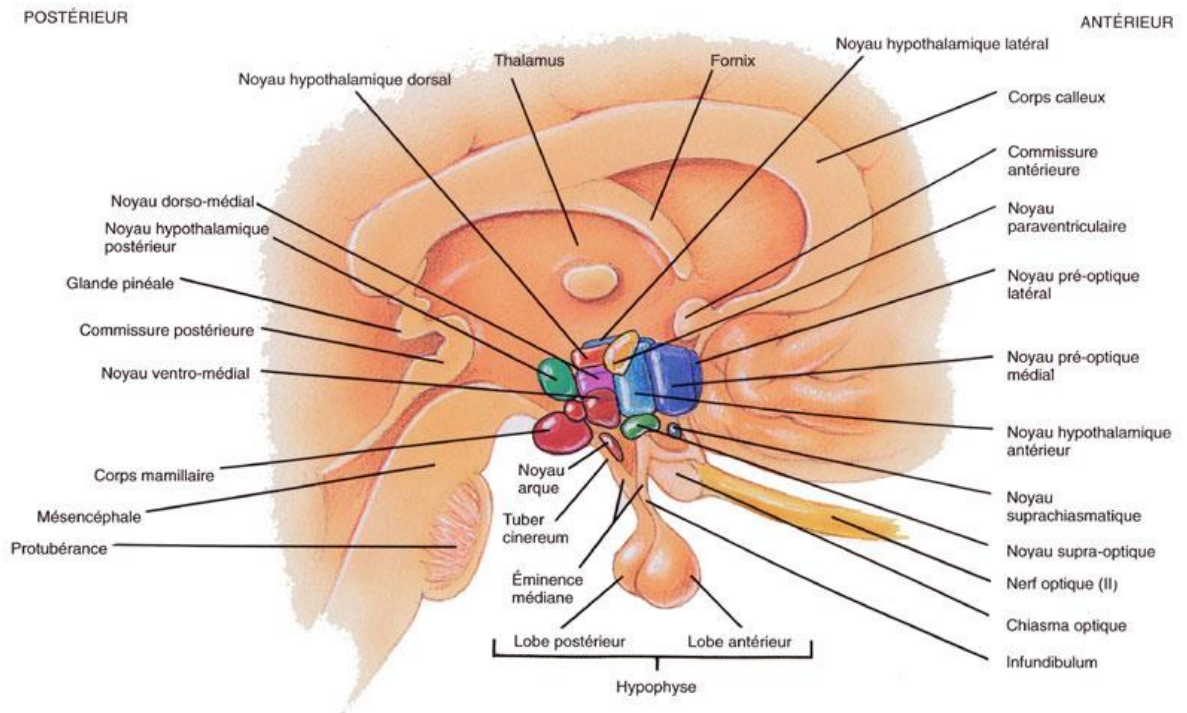
1.4.2. Le système limbique : un système déterminant des émotions.

1.4.2.1. Aspects anatomiques.



Le système limbique est au centre du vécu émotionnel ; il se compose de 7 éléments distincts dont les interactions et fonctionnement restent encore à ce jour à approfondir du fait de leur complexité.

1.4.2.1.1. Hypothalamus.



Il correspond à un ensemble de noyaux de part et d'autres du 3ème ventricule.

Subdivisé en 4 régions (antérieure, moyenne, postérieure et latérale), il regroupe entre autre l'aire préoptique, les noyaux supraoptiques, suprachiasmatiques, paraventriculaires, ventromédial, dorsomédial, le tuberum infundibulum, les corps mamillaires et la neurohypophyse.

Les noyaux de l'hypothalamus activent, contrôlent et intègrent l'activité du système endocrinien, l'activité du système nerveux autonome ainsi que des fonctions physiologiques telles que la régulation de la concentration hydrique, la température corporelle, le sommeil, la satiété...

Ils sécrètent, entre autre, la vasopressine, l'ocytocine et de nombreux facteurs de libération hormonale hypophysaire.

1.4.2.1.2. Substance grise périaqueducale (SGPA).

Région du tronc cérébral située autour de l'aqueduc de Sylvius et entre les colliculi supérieurs et inférieurs.

Elle s'étend depuis la commissure postérieure jusqu'au locus coeruleus

Elle se divise en deux parties : ventrale et dorsale (aux fonctionnements distincts).

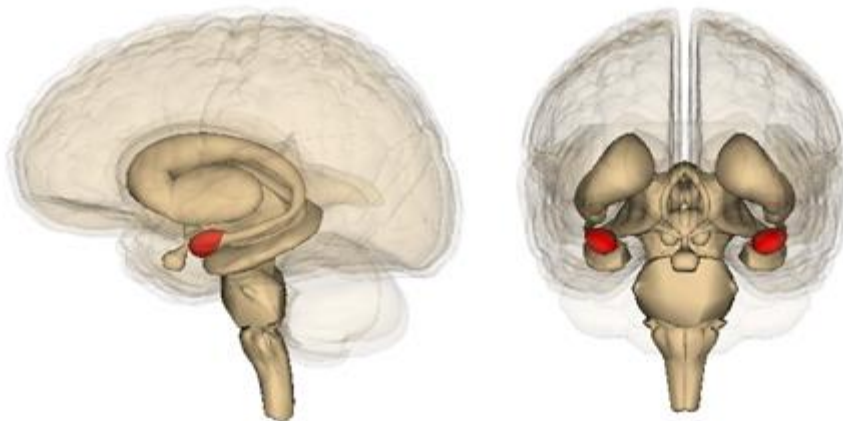
Enfin, elle comporte une organisation macroscopique en 4 groupes de colonnes longitudinales à l'axe de l'aqueduc : dorso médiane, dorso latérale, ventro médiane et ventro latérale.

La SGPA reçoit des afférences des structures suivantes : cortex préfrontal, amygdale, noyau du lit de la strie terminale, hypothalamus dorsal, thalamus médian, tegmentum dorso latéral et ventro latéral.

Elle envoie des projections vers l'amygdale, le noyau para brachial, la formation réticulée, le noyau moteur du nerf trijumeau et du nerf ambigu.

La SGPA semble impliquée dans l'expression des comportements défensifs, dans la régulation de certains organes autonomes et dans l'analgésie.

1.4.2.1.3. Amygdale.



Ensemble de noyaux localisés dans la partie dorso médiale des lobes temporaux

Elle se subdivise en deux parties :

- Cortico médiale comprenant le noyau cortical et le noyau médial
- Basolatérale comprenant le noyau latéral, le noyau basal, le noyau basal accessoire et le noyau central

Il existe 4 groupes d'afférences principales :

- Bulbe olfactif et aire olfactive du cortex cérébral
- Hypothalamus

- Tronc cérébral
- Cortex préfrontal

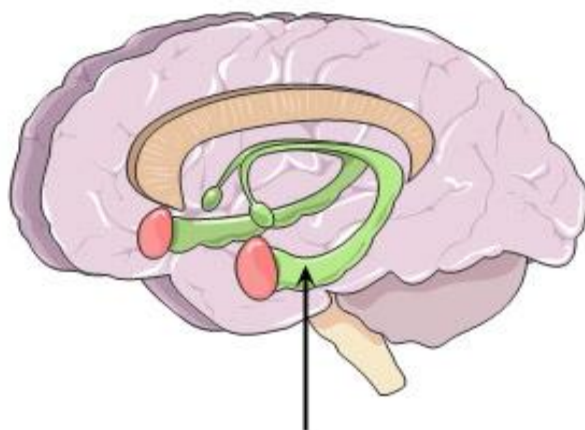
Les efférences sont dédiées à d'autres aires sous corticales du système limbique (septum, aire préoptique de l'hypothalamus, thalamus dorsal, Tronc cérébral)

L'amygdale semble jouer un rôle fondamental dans les réponses de peur et d'anxiété [101].

Ainsi via une stimulation électrique amygdalienne, on observe des modifications comportementales et physiologiques identique à celles observées dans les situations de peur intense : augmentation de la pression artérielle et de la fréquence cardiaque, augmentation de la vigilance, réponse de sursaut...

Des études montrent par ailleurs que les noyaux cortico médians peuvent être impliqués dans des émotions positives associées au comportement sexuel ou à la reconnaissance sociale. [102] [103]

1.4.2.1.4. Hippocampe.



Hippocampe

- Contrôle de l'humeur
- Mémorisation
- Concentration
- Acquisition des connaissances

Structure telencéphalique de forme incurvée qui s'étend du septum à la région occipitale

On observe peu de différence dans l'organisation neuro anatomique de cet organe selon les espèces, ce qui suggère un rôle de base et ancien dans le fonctionnement du système nerveux central.

La formation hippocampique consiste en 2 ensembles cellulaires ayant une forme de « C » et s'imbriquant l'un dans l'autre :

- L'ensemble des cellules granulaires du gyrus denté (fascia dentata)
- L'ensemble des cellules pyramidales des champs ammoniques (cornu amonis).

Chaque ensemble se subdivise également en plusieurs couches cellulaires.

Le gyrus comprend ainsi 3 couches (couche moléculaire, couche granulaire et hilus)

Le cornu amonis regroupe lui 7 couches.

L'ensemble de ces couches cellulaires est étroitement interconnecté notamment selon une organisation lamellaire identifiée à un circuit trisynaptique.

La fonction de la formation hippocampique reste controversée.

Pour O'Keefe et Nadel [104], l'hippocampe permet la formation d'une carte cognitive de l'environnement permettant ainsi un traitement spatial de l'information.

Pour Olton [105], l'hippocampe est impliqué dans la mémoire de travail.

Pour Gray [106] l'hippocampe forme avec le septum et l'amygdale un système d'inhibition comportementale utile dans les situations anxiogènes. [107]

En effet, les stimuli effrayants, nouveaux, punitifs, génèrent à la fois une augmentation de l'attention mais aussi une inhibition comportementale. Via ses afférences sensorielles et mnésiques, ce système hippocampique peut générer des prédictions et mettre en œuvre cette inhibition comportementale.

1.4.2.1.5. Septum.

Situé entre les ventricules latéraux, il se subdivise en deux parties : latérale et médiale.

Ses afférences sont : hippocampe, bulbes olfactifs, habénula, formation réticulée

Ses efférences sont : hippocampe, amygdale, hypothalamus

On observe ainsi un lien préférentiel avec l'hippocampe (connexions réciproques via le fornix).

Le septum semble associé à l'agressivité et au plaisir.

En effet, sa lésion induit un surcroît d'agressivité tandis que sa stimulation procure un effet apaisant voire hedonique. [108]

1.4.2.1.6. Gyrus cingulaire.

Localisé sur la face interne des hémisphères cérébraux, il encercle la partie supérieure du thalamus et du corps calleux.

Il représente une véritable interface entre les informations émotionnelles et les processus mentaux de prise de décision liés à l'activité du cortex préfrontal.

Son atteinte lésionnelle provoque un mutisme akinétique. Sa surstimulation est en partie responsable des tics vocaux et moteurs retrouvés dans le syndrome de Tourette.

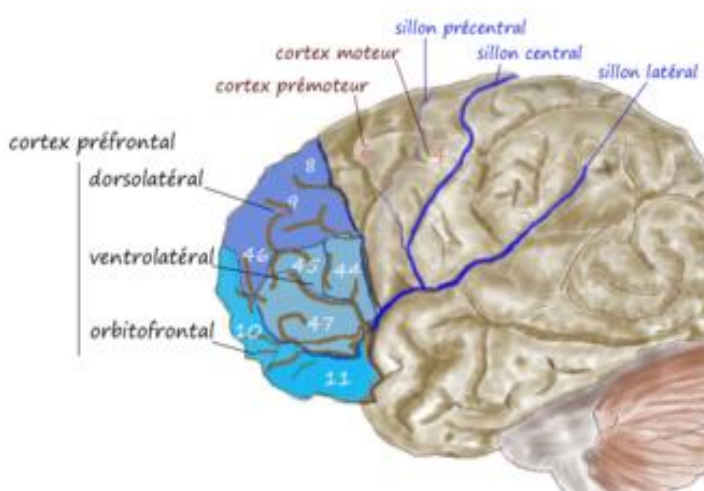
Il se divise en deux parties : antérieure et postérieure. On identifie les aires 24 et 25 dans la partie antérieure.

La stimulation de l'aire 25 provoque une piloérection et une sensation de peur.

L'aire 24 est quant à elle impliquée lors du traitement de l'information douloureuse : des patients présentant une lésion de cette aire sont en capacité d'identifier un signal douloureux dans leur corps mais n'en éprouve aucun vécu émotionnel et reste dans l'indifférence.

La partie postérieure du gyrus cingulaire est impliquée dans les fonctions visio spatiales.

1.4.2.1.7. Cortex préfrontal.



Représentant un tiers du cortex chez l'homme, le cortex préfrontal en constitue la partie la plus antérieure.

Ses afférences sont : le cortex associatif, le thalamus, et l'amygdale

Ses efférences sont : les aires sensorielles associatives, les aires motrices, le thalamus, l'hypothalamus, la SGPA, l'hippocampe, l'amygdale, le cortex entorhinal, et le gyrus cingulaire.

Il se subdivise en trois parties auxquelles sont rattachées différentes fonctions :

- Dorsolatérale -> mémoire de travail, génération des mots
- Orbitaire -> aptitude à dessiner
- Médiane ou ventrolatérale -> programmation motrice = tâche exécutive

La partie médiane est également impliquée dans les capacités motivationnelles et dans la prise d'initiative motrice.

La partie orbitaire est responsable en cas de lésion d'une modification dans les relations sociales, d'une désinhibition comportementale, d'une instabilité et impulsivité, d'une incapacité décisionnelle et d'un défaut d'évaluation des conséquences de ses actes.

Le cas historique et emblématique de Phineas Gage illustre cette fonctionnalité orbitaire préfrontale.

Agé de 25 ans, P. Gage, chef d'équipe sur un chantier de construction de voies ferrées en Nouvelle Angleterre, est victime d'un grave accident en 1848 suite à l'explosion d'un tonneau de poudre : une barre de fer d'un mètre de long, de trois cm de diamètre et de 6 kg lui perfore de part en part le crâne. La barre entre dans la joue gauche, juste sous l'orbite de l'œil et ressort sur le haut du crâne.

Gage ne perd pas connaissance et rentre par ses propres moyens à son hôtel où il est soigné par le Docteur Harlow qui décrit les suites de cet accident [109] [110].

Paradoxalement Gage ne présente pas de déficit sensitivo moteur, parle normalement, et voit bien de l'œil droit.

Les changements radicaux s'observèrent dans son comportement : décrit comme respectueux et aimable, Gage devient capricieux, irritable, impatient et irrévérencieux.

Il meurt le 21 mai 1861 soit 13 ans après l'accident dans les suites d'une épilepsie grand mal.

Hanna Damasio [111] parvient à calculer la trajectoire exacte de la barre de fer à partir des lésions observées sur le crâne de Gage conservé après son décès.

Cette trajectoire cible parfaitement la partie orbitaire préfrontale.

Antonia Damasio conforte ce constat via l'étude de patients présentant une cérébro-lésion orbitofrontale [112] notamment via l'étude du patient « E.V.A. ».

1.4.2.2. Aspects fonctionnels : focus sur le modèle « peur-anxiété »

Nous évoquerons à travers ce chapitre une revue des connaissances actuelles des aspects fonctionnels du système limbique dédiés à l'émotion primaire qu'est la peur. Le choix de l'émotion peur (et de l'anxiété qui s'y rattache) fait échos à son rôle prédominant dans la maladie dépressive.

Via ce focus, nous chercherons ainsi à préciser la mécanique spécifique impliquée dans l'émotion peur et de fait le rôle propre des différents éléments constitutifs du système

limbique et leurs interactions réciproques. Ces aspects fonctionnels seront décrits à partir de trois champs d'étude complémentaires qui sont : l'imagerie fonctionnelle, les modèles lésionnels et enfin les apports des études sur le modèle animal.

1.4.2.2.1. Rappels généraux sur les émotions peur et anxiété.

La peur se déclenche par la mise en présence du sujet avec une menace pour son homéostasie. Cette menace est à considérer par définition comme un agent stressant. La peur peut se révéler être spontanée ou apprise (peur conditionnée, peur anticipatrice) mais se réfère toujours à un objet déterminé. Elle est à considérer comme une émotion normale et salutaire.

Par ailleurs, la peur peut être décrite comme un modèle prototypique de l'anxiété. Dérivée du latin *anxietas* (disposition à l'inquiétude) voire de l'indoeuropéen *Angh* (étroit, constriction, strangulation), l'anxiété est souvent considérée comme une "peur sans objet".

Cependant, il convient de préciser cette qualification : le danger n'est certes pas réel, immédiat mais existe bel et bien et ce, dans une dimension de potentialité incertaine, voire irraisonnée.

L'anxiété reste ainsi incluse dans le landerneau de la peur à ceci près qu'elle doit être considérée comme une peur anticipée ou conditionnée mais non comme une peur innée, spontanée.

L'anxiété reste elle aussi une émotion normale ; ce n'est que lorsqu'elle devient excessive ou chronique que l'on doit la considérer comme pathologique : elle constitue dès lors, un des piliers symptomatologiques de la maladie dépressive dont fait l'objet ce travail de thèse.

1.4.2.2.2. Données issues de l'imagerie fonctionnelle cérébrale.

Les travaux réalisés pour étudier les régions cérébrales impliquées dans la réaction de peur ont recours au modèle expérimental de peur conditionnée. Cela consiste en l'association d'un stimulus conditionnel (signal lumineux ou sonore) à un stimulus non conditionnel aversif (choc électrique, bruit fort...). Via la répétition de l'association des deux types de stimuli, on observe à terme que la survenue seule du stimulus conditionnel induit une réponse identique au stimulus non conditionnel.

Les travaux de Labar et al [113] mettent en évidence une implication élective de l'amygdale dans les phases d'acquisition et d'extinction de la peur conditionnée.

L'amygdale contribuerait ainsi à la plasticité associative en encodant les contingences sensorielles à acquérir pour éviter les dangers.

En réalisant le même type d'études sur un modèle de conditionnement de trace (consistant en la mise en place d'un délai entre les deux stimuli) on a pu observer une activation conjointe de l'hippocampe. D'où un probable rôle de ce dernier dans l'encodage des aspects temporels de la réponse émotionnelle [114].

Enfin, il est relevé également une activation du cortex cingulaire antérieur juste avant la survenue des stimuli non conditionnels d'où une probable implication de ce dernier dans les processus d'anticipation et d'attention.

Dans un modèle de « peur instruite », c'est-à-dire une représentation cognitive de la peur associée à une menace mais sans avoir vécu directement l'exposition à cette menace, on constate une nouvelle fois l'activation de l'amygdale (mais préférentiellement la partie Gauche) mais aussi l'activation de l'Insulae qui joue donc un rôle dans la représentation corticale de la peur [115].

Au total, l'ensemble de ces études permet d'établir un réseau cérébral impliquant amygdale, hippocampe, cortex cingulaire, insulae et cortex préfrontal ; l'amygdale jouant un rôle central dans la reconnaissance et l'induction de l'émotion peur.

Le ressenti émotionnel de la peur ne sollicite pas, par contre, l'amygdale : Damasio [116] le démontre à travers une étude où il demande à des sujets de ré-expérimenter des peurs vécues dans le passé via le seul rappel mnésique ; il en résulte une diminution de l'activité de l'hypothalamus, du cortex cingulaire postérieur et du cortex orbito frontal et une augmentation d'activité dans l'hippocampe, l'insulae Droit et le cortex somato sensoriel secondaire. Mais donc pas de modification dans l'activité de l'amygdale.

Enfin, on a pu observer une relation entre les patterns d'activation cérébrale de la peur et les processus d'identification de la peur sur le visage d'autrui. L'étude de Morris et al [117] démontre même une corrélation significative entre l'intensité de l'expression faciale de peur chez autrui et le niveau d'activation de l'amygdale Gauche.

Par ailleurs, cette activation de l'amygdale ne fut pas retrouvée lors de l'exposition à d'autres représentations émotionnelles (par exemple la joie, le dégoût, la colère) d'où un critère d'exclusivité. Le cortex préfrontal Droit peut vraisemblablement jouer un rôle de modulateur de cette activation amygdalienne [118]. En effet, ces mêmes sujets exposés à des visages de peur auxquels on demande de décrire ce qu'ils voient, présentent une

diminution du niveau d'activation de l'amygdale et en parallèle une activation du cortex préfrontal ventral Droit. Ainsi, décrire à voix haute ce qui « fait peur », représente un moyen de contrôle/ d'atténuation de l'émotion peur.

1.4.2.2.3. Données issues des modèles lésionnels.

L'étude des réseaux cérébraux de la peur s'est appuyée également sur l'observation de patients présentant des lésions fonctionnelles ou structurelles des structures cérébrales précédemment identifiées.

Une forme particulière d'épilepsie partielle dite à foyer insulaire s'associe ainsi à la survenue d'une peur intense associée à des symptômes viscéro-sensitifs et viscéro-moteur à type de strangulation [119]. Des épilepsies fronto-temporales occasionnent également la survenue de symptômes viscéraux et d'effroi sans tableau convulsif. Enfin des crises comitiales ayant pour foyer l'amygdale puis se propageant au cortex orbito frontal et cingulaire provoquent une peur intense associée à la survenue d'hurllements.

Une lésion physique de l'amygdale (liée à une maladie ou une résection chirurgicale) provoque une altération du processus affectif implicite de la peur tandis que la mémoire explicite est conservée [120]. En clair, les patients peuvent décrire la tâche de peur mais cela ne provoque pas de manifestation émotionnelle.

En cas de lésion amygdalienne, il est constaté également une altération des capacités de reconnaissance de la peur chez autrui [121].

En parallèle, ces sujets sont dans l'incapacité d'apprécier le degré de confiance que l'on peut faire à autrui. Si on leur présente une série de visages inspirant la « confiance » et inspirant la « méfiance », les sujets amygdalo-lésés décrivent tous les visages comme inspirant la confiance. [122]

Dans le cas d'une atteinte des régions ventro-médiales des lobes frontaux observée par exemple dans le cas de démence fronto-temporale, les patients présentent non seulement un défaut de reconnaissance des expressions faciales de peur mais aussi des autres émotions en général ; et ce, sans prosopagnosie.

1.4.2.2.4. Apports des études chez l'animal.

Via l'étude sur l'animal, Ledoux précise le rôle propre de l'amygdale et plus spécifiquement du noyau latéral et du noyau central. Le noyau latéral représente une « porte d'entrée » des informations sensorielles signalant un danger ; le noyau central est, quant à lui, la « porte de sortie » qui va permettre de coordonner la réponse comportementale et physiologique de peur.

Reste le noyau basolatéral de l'amygdale ; Everitt [123] établit qu'il serait impliqué dans les réponses de peur volontaires. Sa fonction serait d'anticiper les aspects renforçateurs d'un stimulus et de planifier l'action nécessaire pour s'en approcher ou s'en éloigner.

La notion de conditionnement précédemment décrite implique par ailleurs des modifications de la plasticité synaptique au niveau de l'amygdale à travers un phénomène de potentialisation à long terme (PLT) selon Rogan et al [124].

Le phénomène de PLT mis en évidence par Bliss et Lomo en 1973 représente la base cellulaire des apprentissages associatifs. Il consiste en une modification durable de l'amplitude des potentiels post synaptiques excitateurs consécutive à une stimulation afférente de haute fréquence ; ce phénomène semble caractéristique des processus de mémoire à long terme.

L'hippocampe joue également un rôle clé dans le conditionnement de peur. En cas de conditionnement différé (cf : conditionnement de trace), seul l'hippocampe apparaît indispensable [125]. L'hippocampe apparaît primordial dans la gestion de l'information temporelle associée à une situation de peur.

Le cortex cingulaire antérieur complète l'hippocampe car il représenterait une structure de stockage plus permanente [126].

Cortex cingulaire et hippocampe jouent ainsi un rôle essentiel dans la dynamique temporelle émotionnelle ; tout comme le souligne leur implication dans les émotions secondaires corrélées que sont la crainte et l'aversion.

1.4.2.2.5. Synthèse.

L'ensemble des résultats précédant permet d'assigner des rôles propres aux différents composants du circuit de la peur.

L'hypothalamus et la substance grise périaqueducule sont à l'origine des réponses autonomes et comportementales de la peur.

L'amygdale joue un rôle pivot permettant notamment le processus d'association entre un stimulus neutre et la peur ; elle donne une coloration affective au stimulus.

L'hippocampe permet un traitement explicite du stimulus perçu et surtout une dimension d'intégration au contexte spatio-temporel. Ainsi, si l'amygdale permet d'associer un stimulus précis avec un danger, l'hippocampe permet d'associer l'ensemble du contexte au danger.

Le cortex préfrontal comporte plusieurs parties aux fonctions distinctes. La partie orbito-frontale serait impliquée dans l'apprentissage de la valeur émotionnelle et motivationnelle des stimuli. La partie ventro-médiale du cortex préfrontal jouerait un rôle clé dans la perception des réactions physiologiques du corps que l'on nomme « marqueurs intéroceptifs » [127] ou marqueurs somatiques.

Le cortex cingulaire antérieur est le lieu de l'intégration entre les informations viscérales, attentionnelles et émotionnelles. Il pourrait également permettre l'expérience consciente du sentiment de peur.

L'ensemble constitue un système hiérarchique multi-niveau ascendant et descendant, permettant de coordonner activement la réponse émotionnelle de peur du sujet.

1.4.3. Emotions et Asymétrie anatomique et fonctionnelle du cerveau.

Le dogme initial d'une stricte symétrie des deux hémisphères cérébraux est à ce jour fortement infirmé suite aux études post mortem approfondies de ces dernières années et surtout via les progrès de l'imagerie cérébrale ; ainsi le planum temporal est plus étendu à gauche qu'à droite chez environ deux tiers des sujets. Cette asymétrie du planum est présente dès la naissance et demeure tout au long de l'existence indépendamment des spécificités phénotypiques et développementales du sujet. L'operculum des lobes frontaux présente de la même façon une asymétrie.

D'un point de vue fonctionnel, il a longtemps été d'usage de distinguer un hémisphère Droit « émotionnel » d'un hémisphère Gauche « intellectuel ». Cette dichotomie repose sur les travaux historiques de Jules Bernard Luys de 1881 qui observa chez des patients hémiplegiques une modulation substantielle de leur expressivité émotionnelle. Les patients ayant une hémiplegie Droite (donc une atteinte hémisphérique Gauche) se révélèrent plutôt passifs et apathiques tandis que le tableau inverse provoquait une instabilité émotionnelle.

A ce jour, ce dogme est remis en question ; les nouvelles théories fonctionnelles du traitement des émotions reconnaissent que chaque hémisphère est associé aux processus émotionnels et que la différence entre les deux hémisphères se veut plus subtile.

On retrouve deux grandes théories explicatives concernant cette asymétrie fonctionnelle : la théorie de la valence différentielle et la théorie de la dominance de l'hémisphère Droit.

La théorie de la dominance de l'hémisphère Droit sur le Gauche pour la perception et l'expression des émotions repose sur différents constats : la partie gauche du visage (innervée par l'hémisphère Droit) exprime davantage les émotions que la partie droite. Cette observation empirique se retrouve dès la naissance y compris chez des sujets aveugles dédouanant l'hypothèse d'un apprentissage par initiation sociale. [128]

Sackheim [129] en fait la démonstration via l'utilisation de « portraits composites ». Ces portraits sont réalisés à partir d'une photo de face d'un sujet ; elle est alors divisée en deux parties Droite et Gauche. Chaque partie est ensuite répliquée en miroir afin de reconstituer un visage complet. On obtient ainsi à partir d'une photo classique, deux portraits composites composés pour l'un, de deux parties Gauches et pour l'autre, de deux parties Droites.

Ces portraits ont été exposés à des sujets auxquels on a demandé de noter l'intensité de l'expression émotionnelle. Les résultats montrèrent une nette « supériorité » des portraits composites « Gauche » par rapport aux « Droit ».

De façon similaire, on a constaté une dominance de l'hémisphère Droit dans la perception émotionnelle via le canal auditif [130].

La théorie de la valence différentielle propose elle, une spécialisation hémisphérique émotionnelle : les émotions positives seraient associées à l'hémisphère Gauche, les émotions négatives à l'hémisphère Droit.

Les premiers arguments en faveur de cette théorie proviennent d'expériences réalisées à la fin des années 50 : on procède à l'inactivation spécifique et transitoire d'un hémisphère cérébral via l'injection carotidienne d'un anesthésique puissant (l'amytal sodique, selon la technique de Woda).

On observa que l'inactivation de l'hémisphère Gauche provoque des réactions dépressives spectaculaires alors que celle du Droit induit une euphorie.

Une analyse EEG de sujets exposés à des stimuli émotionnels positifs puis négatifs [131] conforte ces premières constatations : lors des stimuli positifs, les lobes frontaux Gauches sont plus actifs ; inversement, lors des stimuli négatifs, les lobes frontaux Droits

sont plus actifs. Par ailleurs, cette dissymétrie d'activation n'est pas observée pour les autres lobes du cerveau.

D'un point de vue imagerie, Canli et al retrouvent le même constat [132] via l'utilisation de technique d'Imagerie par résonances magnétiques fonctionnelles.

Au total, ces deux théories ne sont pas en soit opposées, et peuvent se voir dans une vision intégrative où on retrouverait ainsi :

- Un hémisphère Droit dominant, spécialisé dans les émotions négatives,
- Un hémisphère Gauche dominé, spécialisé dans les émotions positives

1.4.4. Emotion et Stress.

1.4.4.1. Notion de « Stress ».

La survie de l'individu nécessite l'existence d'un état d'équilibre physiologique conceptualisé sous le terme d'homéostasie.

L'agent stresseur vient menacer cet équilibre.

Le terme de stress, provient initialement de la mécanique et évoque les contraintes de pressions infligées à certains métaux ; il est utilisé de nos jours pour décrire la réaction adaptative d'un sujet face à un facteur physique, chimique ou EMOTIONNEL qui met en cause son homéostasie.

Le terme de « stresseur » correspond quant à lui, aux agents qui causent la réaction de stress. Ces agents peuvent être de nature physique ou psychique.

Hans Selye (1907-1982) est un des premiers à appréhender ce concept de stress. Dès 1936, Selye [133] décrit le « syndrome général d'adaptation » : il s'agit d'un ensemble de symptômes non spécifiques qui se manifestent quel que soit l'agent stresseur, et qui viennent s'ajouter aux symptômes spécifiques de l'agression (infectieuse, traumatique...).

En 1946, Selye décrit 3 phases successives survenant au cours du syndrome général d'adaptation : [134]

- Réaction d'alarme :

Phase initiale dite de mobilisation où apparaissent les premières réactions à l'agression comme l'augmentation du débit cardiaque, la modification du rythme respiratoire,

la modulation de la répartition du sang dans l'ensemble de l'organisme, la stimulation de la glycogénolyse hépatique et musculaire...

Cette réaction, d'apparition rapide, est associée principalement à une activation de l'axe hypothalamus - SN sympathique, et se traduit sur le plan comportemental par des schémas type « de fuite ou de combat »

- Le stade de résistance :

L'homéostasie est dite préservée via la mise en jeu des mécanismes adaptatifs face à l'agression. L'axe corticotrope est le principal sollicité.

- Le stade d'épuisement :

Le corps n'arrive plus à réagir de façon adaptative au stresser si celui-ci persiste. L'axe corticotrope ayant été hyperactivé de façon durable, on observe une augmentation de la taille des glandes surrénales, une involution du thymus, une ulcération de la muqueuse gastrique... Les capacités sécrétoires en glucocorticoïde s'épuisent et il s'en suit une dysrégulation de la glycémie source de dysfonctionnement cellulaire divers.

Mason, en 1971, complète la théorie de Selye en intégrant la dimension émotionnelle de l'état de stress [135]. Pour Mason, ce n'est pas le stresser proprement dit, qui cause les réponses de stress mais plutôt la façon dont le stresser est perçu par le sujet. (Dynamique interactionnelle)

Weiss [136] avance en complément 3 facteurs déterminants dans la « perception » de cet agent stresser : la contrôlabilité, la prédictibilité et le rétrocontrôle.

Le modèle animal sert d'illustration, en particulier un protocole consistant en l'application de choc électrique à des rats :

- En cas de signal sonore annonçant les chocs, on observe une moindre activation de l'axe corticotrope et une diminution de la sévérité des lésions de la muqueuse gastrique. (facteur de prédictibilité)

- Idem si le rat a la possibilité de contrôler l'arrivée des chocs, via l'utilisation d'une roue par exemple. (facteur de contrôlabilité)

- Enfin, si on offre aux rats un rétrocontrôle sur leur succès à contrôler l'arrivée des chocs (ex : signal sonore informant que l'utilisation de la roue a été suffisante pour « bloquer » le choc électrique) alors on n'observe aucune mobilisation de l'axe corticotrope ni de lésion de la muqueuse gastrique. (facteur de rétrocontrôle)

Weiss propose également une notion essentielle inhérente à la perception de l'agent stressant qui est la capacité d'ajustement dite « coping » [137]. Dans la continuité de Weiss, Ursin définit cette capacité d'ajustement comme le sentiment que peut ou non avoir le sujet d'être capable de faire face à l'agent stressant. [138]

Ursin se base initialement sur l'observation des réactions de sujets réalisant pour la première fois un saut en parachute.

Lors de ce premier saut, il constate une forte mobilisation de l'axe corticotrope associée à un sentiment d'anxiété centré sur l'idée de ne pas être capable d'affronter la situation. Ces mêmes sujets, lorsqu'ils réalisent un second saut, présenteront une mobilisation physiologique et affective moindre.

Or, les variables de contrôlabilité, prédictibilité et de rétrocontrôle sont pour le moins inchangées ; ce vécu différentiel repose sur le sentiment subjectif d'être capable de « faire face ».

Ces conduites d'ajustement se définissent comme les efforts cognitifs et comportementaux visant à maîtriser, réduire ou tolérer les exigences internes et externes qui sont produites par la transaction stressante. L'ajustement se définit ainsi indépendamment du résultat (réussite ou échec).

Ces conduites peuvent se différencier en deux catégories :

- Ajustement centré sur les émotions.
- Ajustement centré sur la résolution ou modification du problème source du stress.

Jaap Koolhaas [139] parle de coping proactif et de coping réactif.

Via l'utilisation d'une barre électrifiée dans la cage de différents rats, il constate en effet, deux types de comportements

Certains enterrent la barre avec de la sciure (coping proactif) d'autres se tiennent le plus éloignés de la barre (coping réactif).

Cette distinction rappelle des notions plus anciennes : le comportement combat/fuite de Cannon [140] et la réponse de conservation/retrait de Engel et Schmale. [141]

Les profils comportementaux entre sujets proactifs et réactifs diffèrent ainsi significativement.

Un sujet proactif se caractérise en général par une agressivité élevée, une aptitude à mettre plus rapidement en œuvre des routines comportementales et une faible flexibilité ; le profil inverse étant observé chez les sujets réactifs.

Sur le plan neuroendocrinien, les sujets proactifs se caractérisent par une activité de l'axe corticotrope faible, une activité du SN sympathique élevée, une activité du SN parasympathique faible et un taux de testostérone élevé. Encore une fois, le contraire est observé chez les sujets réactifs.

Au sein d'une population, la distribution de ces stratégies est bimodale et ces traits apparaissent stables dans le temps.

D'un point de vue opérationnel, l'ajustement centré sur l'émotion (coping réactif) peut se faire en modifiant la signification d'un résultat, ou bien s'exprimer à travers le déni, le retrait, voire certaines addictions. Il s'agit de comportements dirigés vers le soulagement de la détresse intérieure.

L'ajustement centré sur le problème (coping proactif) vise à contrôler ou tout du moins à mieux maîtriser la relation difficile que le sujet entretient avec l'environnement. Il s'exprime par une recherche active des solutions au problème existant, incluant la recherche d'informations et l'élaboration de stratégies alternatives, la prise de décisions et l'action directe.

Enfin, même si la différenciation entre sujet proactif et réactif est significative, elle n'aboutit pas à une dichotomie stricte puisque ces deux conduites d'ajustement ne sont pas exclusives l'une par rapport à l'autre ; voire sont nécessairement associées.

On conviendra facilement que l'efficacité des efforts centrés sur le problème dépend largement du succès des efforts centrés sur l'émotion ; car des émotions violentes génèraient volontiers l'activité mentale de recherche de solutions au problème.

La variété des agents stresseurs est également à prendre en compte ; les effets consécutifs étant fonction de sa durée, de sa répétition, de son intensité et bien sûr de sa qualité. A ce titre, il faut distinguer les stresseurs « cognitifs », c'est-à-dire reconnus directement par le système nerveux central (événements psychiques) des stresseurs « non cognitifs » (traumas physiques, infection, inflammation). Ils ont, pour point commun, de représenter, ou du moins, d'être identifiés comme une menace à notre homéostasie, soit de façon formelle, soit par anticipation.

1.4.4.2. L'axe corticotrope et Vasopressine.

La situation de stress induit l'activation de plusieurs neuropeptides cérébraux notamment le CRH produite par l'hypothalamus.

Le CRH possède des actions propres tant au niveau physiologique (réduction de l'activité gastro-intestinale, augmentation de la pression artérielle) que psychologique (réduction de l'interaction sociale, de l'appétit, de la libido) via deux types de récepteurs membranaires (CRF1 et CRF2).

Sécrété par les corps cellulaires des neurones du noyau para ventriculaire de l'hypothalamus, il induit également la sécrétion de l'ACTH par l'antéhypophyse. La cascade hormonale se poursuit alors par la libération de glucocorticoïdes par les cellules stéroïdiennes du cortex des glandes surrénales. La libération de glucocorticoïdes permet une réponse adaptée à la survenue du stresser tant au niveau physiologique (sécrétion de neuropeptides, d'hormones, de catécholamines, acheminement de l'oxygène et des nutriments vers le système nerveux central, vers certains muscles voire vers les parties lésées, augmentation de la fréquence cardiaque et respiratoire, augmentation de la néoglucogenèse hépatique, de la lipolyse) que comportemental (vigilance accrue, attention portée sur le stresser, inhibition des comportements alimentaires et reproducteurs).

Le cortisol induit aussi la diminution de la croissance ainsi qu'une réduction des fonctions immunitaires et des fonctions de reproduction.

A noter que des récepteurs aux glucocorticoïdes sont exprimés au niveau de différentes aires cérébrales dont l'hippocampe et le cortex préfrontal. Il est aujourd'hui démontré qu'une activation trop élevée de ces récepteurs peut avoir des effets délétères de type neurotoxiques et neuromodulateurs [142] [143] [144].

On retrouve notamment un impact notable sur la mémoire de travail en cas de surexposition à de l'hydrocortisone lié à une perturbation de l'activité du lobe préfrontal. [145]

La mémoire déclarative liée à l'hippocampe est également affectée en cas d'hyper-corticisme [146].

Des systèmes de rétro-contrôle permettent de limiter l'emballement du système en cas de stress mais en cas de sur-stimulation ou de stimulations répétées ; on ne peut éviter une hyperactivation de l'axe corticotrope et les conséquences qui en découlent. On peut ainsi avancer que la phase d'épuisement du syndrome général d'adaptation provient de cette hyperactivation corticotrope en échappement.

La vasopressine est un peptide de 9 acides aminés, elle agit sur de nombreuses fonctions physiologiques comme les rythmes circadiens, le rythme cardiaque ou la diurèse [147].

Elle est également impliquée dans des processus comme l'apprentissage, la mémoire et la réaction au stress [148].

Elle se fixe sur 3 types de récepteurs V1a, V1b et V2.

Les récepteurs V1a sont distribués de façon ubiquitaire tandis que les récepteurs V2 se retrouvent principalement au niveau des reins. Les récepteurs V1b sont présents au niveau du système nerveux central, du pancréas, des reins et du cœur.

Les principales zones de synthèse de la vasopressine sont l'hypothalamus (noyaux supra optique, supra chiasmatique et para ventriculaire) l'amygdale centrale et les noyaux du lit de la strie terminale.

Les cibles sont variées : septum latéral, noyau du raphé, gyrus cingulaire, aire tegmentale ventrale, neuro hypophyse, locus coeruleus, hippocampe.

Les projections modulent donc aussi bien l'axe corticotrope que le système limbique ; on observe en particulier une élévation de la sécrétion de vasopressine lors d'évènement stressant et ceci plus nettement au sein du système limbique.

1.4.4.3. Allostasie et Pathologie.

L'homéostasie, au travers des différents éléments précédemment abordés, apparaît ainsi comme un des fondements du "vivant" au même titre que les notions de croissance et reproduction.

Les réponses dynamiques mises en œuvre par l'organisme pour maintenir sa stabilité que l'on nomme allostasie [149] paraissent ainsi cruciales notamment pour faire face aux agents stressants. On dénomme "charges allostasiques" ou "prix de l'adaptation" [150] [151] les effets délétères résultants d'un épuisement des capacités d'adaptation.

Le poids de la charge allostatique est sous-tendu par 4 mécanismes différents :

- Répétition des stressants.
- Défaut d'ajustement du sujet.
- Réponse inadéquate conduisant à des réponses compensatoires.
- Réponse prolongée liée à un arrêt différé de la réponse au stress.

Ces charges allostatiques peuvent conduire à des états pathologiques physiques ou mentaux et représentent par là même un véritable enjeu de santé publique.

Le système cardiovasculaire se trouve naturellement concerné tant les différentes hormones corticotropes et la vasopressine agissent sur ce dernier. L'hypertension artérielle, l'augmentation induite du taux de cholestérol sérique et du taux d'acide gras favorisent en effet les processus d'artériosclérose et d'athérosclérose.

Sur le plan immunologique, les observations dans ce sens sont anciennes : du célèbre "prends garde au froid" de Pasteur qui constate que l'immersion d'un organisme dans l'eau froide (stresseur physique) augmente le risque d'infection aux observations d'Ishigami [152] sur l'acutisation de la tuberculose selon l'exposition à différents stressseurs.

Solomon lance pour la première fois le tryptique stress-émotion-système immunitaire en 1964. [153]

Dans les suites, naît une discipline à part entière : la Psycho Neuro Immunologie qui va confirmer qu'une diminution des fonctions immunitaires est positivement corrélée avec des événements perçus comme étant négatifs ; l'inverse également.

Cette interaction « stress-système immunitaire » est illustrée à travers différentes pathologies : herpès, lupus, SEP, SIDA. Une récurrence de l'herpès est significativement corrélée à la survenue d'un agent stressseur et s'accompagne d'une diminution des lymphocytes T-CD8. Le SIDA présente une évolution plus rapide en cas d'expositions fréquentes à des facteurs de stress et cette évolution accélérée est significativement corrélée à une diminution stressse induite des lymphocytes T-CD4+ [154].

Cette interrelation entre dynamique du stress et immunité se retrouve tout aussi bien dans le cas de stress aigu que chronique [155].

Rappelons cependant que c'est l'évaluation subjective de l'agent stressseur qui est déterminante dans le « vécu » et l'impact du stress. Zeier [156] le démontre judicieusement à travers son étude sur des contrôleurs aériens : malgré des contraintes cognitives et physiques intenses, ils restent fiers de leur activité ; leur engagement est élevé d'où une évaluation subjective de leur situation qui reste positive et leur système immunitaire n'est en rien déprimé.

Enfin, sur le plan psychiatrique, nombreuses sont les pathologies mentales associées à la survenue d'un agent stressseur. La dépression par exemple peut impliquer, soit la survenue d'un stressseur aigu (perte d'un être cher, d'un statut social) ou de stressseurs répétés (facteurs psychosociaux et contraintes au travail) ; on peut ainsi sous-catégoriser deux types de dépression : dépression de perte et dépression de contrainte [157]. Or, en cas de stress intense ou répété, le syndrome de stress concomitant à la dépression va être

responsable de façon propre d'atteinte psychique et plus particulièrement mnésique (Cf. Axe corticotrope) : la neurotoxicité hippocampique des glucocorticoïdes provoque à terme, mort cellulaire et atrophie dendritique des neurones pyramidaux [158] [159]. Il en résulte une réduction du volume hippocampique et une altération des performances corrélées à la mémoire déclarative mais aussi et surtout dans la gestion des émotions [160] [161].

2. La personnalité : rappel généraux, revue des concepts et focus sur le modèle dimensionnel de Cloninger.

2.1. Introduction.

D'un point de vue étymologique, personnalité vient du latin « persona » qui désigne classiquement le masque de théâtre qu'un acteur portait pour exprimer différentes émotions et attitudes dans l'antiquité.



L'utilisation de ces masques ne correspondait pas à un déguisement ou artifice décoratif ; au contraire, elle répondait à un code de la dramaturgie assez strict qui prévoyait ainsi que chaque acteur devait arborer un masque reflétant les caractéristiques émotionnelles de son rôle. Si un acteur devait évoquer la tristesse, le masque revêtu en avait les caractéristiques d'expression faciale.

Cette codification visait à éviter toute ambiguïté et permettre une interprétation commune. Par ailleurs le théâtre antique avait une implication « religieuse » de sorte que les acteurs incarnant souvent des personnages divins devaient effacer leur humanité par le masque.

Du reste la notion de personnalité va au-delà de simple « jeu de rôle ». Elle désigne de façon générale ce qu'il y a de relativement stable et permanent dans la dynamique et l'organisation du fonctionnement psychologique d'une personne.

Cependant, à l'image de l'émotion, la personnalité est un concept complexe dont la définition est difficile à circonscrire :

Pour Allport [162], la personnalité est l'organisation dynamique, au sein de l'individu, de systèmes psychophysiques qui déterminent son comportement caractéristique et ses pensées.

Eysenck [163] voit dans la personnalité, l'organisation plus ou moins ferme et durable du caractère, du tempérament, de l'intelligence et du physique d'une personne; cette organisation déterminant son adaptation unique au milieu.

Byrne [164] définit lui la personnalité comme la combinaison de toutes les dimensions relativement durable de différences individuelles qui peuvent être mesurées.

D'un point de vue plus contemporain, Carver et Scheier [165] évoquent la personnalité comme une organisation active (processus dynamique) du psychisme d'un individu qui repose sur des bases physiologiques. Elle détermine comment cet individu va adapter ses comportements, pensées et sentiments et ce à partir de patterns de réponses récurrents et consistants.

La personnalité repose ainsi sur trois caractéristiques essentielles : cohérence, dynamisme et stabilité.

Ces multiples définitions souvent complémentaires, parfois superposables, renvoient intrinsèquement aux différentes théories de la personnalité. Les perspectives selon lesquelles on peut aborder la personnalité sont nombreuses : psychanalytique, néo-analytique, humaniste, behavioriste, cognitive, psychobiologique... Il semble important de citer ces courants majeurs.

2.2. Revue des théories majeures de la personnalité.

2.2.1. Modèles psychodynamiques : approche psychanalytique et néo analytique.

2.2.1.1. Perspective psychanalytique.

Elle est incarnée par Freud. Cette théorie se conçoit en termes de « Métapsychologie » car elle s'étend au-delà des processus conscients.

Elle repose sur le postulat suivant : « toute la vie psychique est animée par une énergie d'origine pulsionnelle ; le fonctionnement de l'appareil psychique repose ainsi sur des principes de conservation et de transformation de cette énergie » [166].

La personnalité est conçue comme un ensemble dynamique constitué par des composantes sans cesse en affrontement. La sexualité et l'inconscient y jouent des rôles prépondérants.

De façon assez dogmatique, Freud définit une première théorie appelée « première topique » reposant sur trois instances psychiques : inconscient, préconscient et conscient. [167]

A cette théorie succède vers 1923 une seconde topique reposant sur le Moi, le Ça et le Surmoi.

La personnalité se veut la résultante des interactions entre ces trois composantes : le Moi représente la composante rationnelle de l'appareil psychique, lequel cherche à assouvir les pulsions et les désirs primitifs du Ça tout en respectant les contraintes imposées par le monde extérieur et les normes sociales du Surmoi.

2.2.1.2. Perspective néo analytique : Jung, Adler, Erikson.

C.G Jung, bien que fortement influencé par la théorie psychanalytique de Freud, s'écarte cependant du dogme Freudien ; notamment sur la place donnée à la sexualité. Jung conçoit ainsi une libido déssexualisée de type « énergie mentale générale » assez proche de la notion l'élan vital. Jung considère aussi que l'orientation des conduites sera fonction des intérêts existentiels et il fixe pour tâche primordial le développement du Moi.

Il différencie deux types d'inconscient : personnel et collectif. L'inconscient collectif correspondrait à des expériences ancestrales et serait commun à tous les individus. Jung avance qu'il serait transmis génétiquement de sorte que le nouveau-né ne serait pas une « Tabula Rasa » mais déjà doté d'informations expérientielles guidant ses comportements initiaux. Ces informations sont appelées « Archétype » ; on y distingue l'archétype « maternel » (chaleur, amour, protection, consolation), l'archétype « animus-anima » (représentation qu'a l'homme de la femme et réciproquement) et l'archétype « ombre » (les infériorités innées de l'homme qui sont par nature émotionnelle). Jung justifie ces dispositions archétypales par des observations de similarité dans les expériences vécues au travers de différentes civilisations.

Pour Jung, la personnalité est composée de plusieurs facettes (attitudes et fonctions psychologiques) ; l'homme possède toujours les deux versants d'une même facette et doit de ce fait apprendre à les faire communiquer.

Jung est le premier à différencier deux « attitudes » générales : l'extraversion et l'introversion [168].

L'attitude selon Jung désigne « une prédisposition du psychisme à agir ou à réagir d'une certaine manière face aux évènements externes ».

Parallèlement à ces deux attitudes du Moi, Jung définit quatre fonctions psychologiques : pensée, impressions, sensations, et intuitions à l'origine de 4 types de personnalités.

En combinant « attitudes » et « type », la typologie jungienne conçoit huit avatars de personnalité.

Le MBTI, Myers Briggs Type Indicator, est un instrument d'évaluation centré sur cette typologie [169].

La contribution de Jung relative au concept de personnalité est importante ; notamment via sa classification pionnière « introversion-extraversion ».

Pour Adler, les différences individuelles sont liées à l'interaction entre une composante atavique et une composante environnementale. Le point cardinal de la théorie d'Adler est ce qu'il appelle « le sentiment social » : fait de se sentir concerné par les autres et besoin de coopérer avec les autres. Ce sentiment se concrétise par l'accomplissement de trois tâches fondamentales [170] :

- S'insérer dans la société.
- Consacrer du temps à un travail.
- Développer des relations amoureuses.

L'individu n'est pas considéré comme passif mais comme acteur de sa personnalité : il met en place des comportements jugés adéquats pour atteindre/réaliser ses intérêts sociaux.

Adler a défini quatre types de personnalités selon cette dimension sociale :

- Personnalité assertive, agressive, active « ayant peu d'intérêt sociaux ».
- Personnalité orientée sur la satisfaction par eux-mêmes.
- Personnalité passive avec peu de contacts sociaux.

- Personnalité sociale et active.

On retiendra dans la théorie d'Adler la mise en avant de la variable sociale et environnementale dans la structuration de la personnalité ; ainsi que la notion d'acting d'un individu dans l'édification de sa personnalité au travers de différentes tâches fondamentales.

Une échelle, la Social Interest Scale (SIS) est dédiée à cette approche. [171]

Erik Erikson envisage le développement de la personnalité selon huit stades psychosociaux. Le terme psychosocial met en exergue la relation entre le développement psychique d'un individu et le contexte social au sein duquel ce développement se réalise : ainsi le développement psychique est intriqué à l'environnement. Erikson avance huit stades de développement : quatre dans l'enfance, un dans l'adolescence et trois dans la vie adulte. Erikson conçoit donc la personnalité comme une entité en développement continue tout au long de la vie ; il refuse la notion d'un construit stable et verrouillé.

Ce développement se déroule au décours de différentes crises dite « psychosociales » émaillant les âges de la vie ; ces crises représentant le levier de la recherche d'identité [172].

On retient principalement d'Erikson l'idée d'un développement durable de la personnalité et non d'un simple construit figé passé les premières années de la vie.

Différentes études [173] [174] ont validés partiellement les théories d'Erikson.

2.2.2. Modèle Humaniste selon C.Rogers.

« Les individus sont fondamentalement bons, conscients et rationnels »

La théorie de Rogers [175] émerge dans les années 50. Cette conception s'appuie sur deux courants philosophiques : existentialiste et phénoménologique ; elle fixe notamment comme fondement une primauté du libre arbitre de l'individu et rejette ainsi les positions génétiques et sociogénétiques : la personne se construit par elle-même. Il s'agit donc d'une approche subjective et expérientielle : les individus décident de ce qu'ils veulent faire et être seulement en fonction de leurs expériences.

Le moteur de cette structuration est selon Rogers le principe « d'actualisation ». L'actualisation se définit comme une tendance innée qu'ont les organismes à développer toutes leurs capacités afin de maintenir et améliorer leurs états.

Pour Rogers, le développement adéquat de la personnalité va requérir trois conditions :

- Un « regard positif » : la reconnaissance d'autrui est le facteur clef de l'estime de soi.
- L'empathie : se mettre à la « place » de l'autre favorise la compréhension et la considération d'autrui.
- Des relations interpersonnelles congruentes : c'est à dire l'ajustement des vécus émotionnels des individus en rapport à un évènement considéré.

2.2.3. Modèle comportemental et behavioriste : Skinner, Bandura.

A l'inverse des théories psycho dynamiques et humanistes, les théories behavioristes veulent dégager l'étude de l'homme de toute subjectivité et elles se fondent sur des préceptes de stimuli et réponses selon un principe de conditionnement.

Les lois du conditionnement (conditionnement répondant selon Pavlov; Conditionnement opérant ou instrumental selon Skinner) prévoient ainsi que l'interaction d'un individu avec un stimulus environnemental engendre une réponse spécifique.

Cette réponse est soit reproduite, soit éliminée en fonction des conséquences aversives ou appétitives qu'elle engendre ; on parle de renforcement positif et négatif. La punition peut être envisagée comme un troisième type de renforcement selon Skinner. Skinner, via de multiples recherches expérimentales, avance la nécessité d'une priorisation des renforcements positifs pour améliorer les comportements souhaités ; les renforcements négatifs pouvant, au-delà de leur effet aversif, durer et cristalliser l'attention sur la conduite indésirable ce qui sera source d'anxiété et de peur.

Skinner rejette partiellement la notion de personnalité ; « la personnalité n'est tout au plus qu'un répertoire de comportements engendrés par un ensemble déterminé de contingences » [176].

Pour Skinner, les comportements répondent à des lois de conditionnement et la seule façon de les contrôler passe par des manipulations de l'environnement. Il rejette ainsi les explications biologiques et génétiques des comportements et de la personnalité.

A. Bandura [177] [178] définit une vision dite néo-behavioriste notamment via l'apport de la notion de renforcement social et d'apprentissage social.

L'apprentissage social procède par l'observation et l'imitation ; Bandura parle d'apprentissage vicariant.

Le principe sous tendu est que l'observation des comportements d'autrui servira de guide pour nos futures actions.

Par ailleurs, Bandura réintègre des facteurs cognitifs (croyance, attente, auto-perception) et biologique dans les principes de détermination des comportements. Les facteurs subjectifs individuels sont cette fois pris en compte.

2.2.4. Modèle cognitif: Kelly, Mischel, Beck.

Kelly [179] avance que les processus cognitifs représentent la caractéristique dominante de la personnalité. Son postulat est que « chaque individu décode la réalité comme un scientifique intuitif qui tente de comprendre, d'expliquer, d'anticiper et de contrôler son environnement direct pour s'y adapter le mieux possible ». Pour cela, chaque individu se repose sur des unités cognitives permettant de sélectionner les données pertinentes de l'environnement en vue de réaliser des prévisions et jugements efficaces selon les attentes de l'individu. Kelly parle de construits personnels.

Par conséquent, Kelly avance que la personnalité se définit comme l'ensemble des construits propre à chaque individu. « Les comportements des individus, leurs pensées et leurs impressions sont déterminés par les construits qu'ils utilisent pour anticiper et prédire les événements ».

Kelly propose ainsi une théorie intéressante et basée sur le fait que les individus ont besoin de prédire les événements qu'ils expérimentent et ce à partir de construits personnels.

W. Mischel de son côté rejette la notion de trait de personnalité. Pour Mischel, il n'existe pas d'éléments invariants et permanents qui déterminent des comportements stables dans des situations diverses [180] [181]. Il se base sur le constat que les individus savent discriminer une situation d'une autre et qu'ils se comportent différemment dans chaque cas. Mischel montre que la corrélation entre des comportements dans différentes situations et des traits de personnalité est faible (autour de 0,30).

Il opère une révolution dans la psychologie de la personnalité en remettant en question la notion de trait et la notion de stabilité des comportements. Il conçoit une théorie interactionniste expliquant les différences individuelles en fonction de cinq variables cognitives d'expression variable selon le contexte :

- Compétence : de la manipulation d'objet aux compétences sociales.

- Stratégie d'encodage : correspond à la vision personnelle, interprétations et représentations mentales propre à un individu.
- Les attentes : confirmées ou infirmées des effets de notre comportement sur l'environnement
- Les valeurs subjectives : renvoi aux notions de choix et motivation.
- Les systèmes d'autorégulation : correspondent aux plans, buts et concrétisations d'un individu

Beck postule dès 1972 [182] l'existence de schémas cognitifs délétères pour l'individu. Ses travaux sur les sujets dépressifs ont mis en évidence que ces patients présentent quasi-systématiquement de mauvais schémas cognitifs (« je ne sais pas le faire » « personne ne m'aime ») et des distorsions cognitives (ex: généralisation abusive) de sorte qu'ils décodent la réalité de manière inadéquate et négative. Beck élabore dans ce sens une théorie cognitive pour aider les individus à modifier ces distorsions et schémas inadéquates [183]. De façon synthétique, la restructuration cognitive propose au patient de considérer ses pensées comme des hypothèses et non comme des vérités ; il lui faut tester ses hypothèses de façon rationnelle en les confrontant à la réalité pour les confirmer ou infirmer.

Pour Beck, la personnalité résulte ainsi de l'interaction de prédispositions génétiques individuelles avec le vécu expérientiel agréable ou désagréable. Ainsi, le facteur expérience est le facteur principal qui façonne la personnalité.

En synthèse, ce sont les expériences vécues qui modulent nos choix stratégiques ; et ces stratégies influençant les systèmes cognitifs « de croyances et d'attentes » définissent selon Beck les traits stables de la personnalité d'un individu.

2.2.5. Modèle des dispositions : Allport, Cattell, Eysenck, et le Big Five.

Les théories des dispositions 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 représente un des précurseurs de l'étude des traits de personnalité. Dès 1937, [184] il conçoit que chaque individu est unique selon une configuration spécifique de traits, sans pour autant s'attacher à la « consistance » des comportements.

« Les traits sont des prédispositions à répondre de la même manière à des stimuli divers et assurent chez les individus la stabilité des comportements au fil du temps. ». Allport (1937)

Pour Allport, ces traits sont plus qu'une habitude ; ils interagissent entre eux, sont observables et distribués normalement dans la population.

Cattell [185] [186] [187] adopte pour la première fois en psychologie une approche statistique dédiée à l'étude de la personnalité. Il avance une formule de prédiction comportementale :

$$R = f (S \times P)$$

R= nature et intensité d'une réponse comportementale

S= situation

P= nature de la personnalité

Il procède à l'étude de nombreux individus dans une ou plusieurs situations puis opère une analyse factorielle.

En 1977, il élabore ainsi à partir de ses observations le questionnaire 16-PF [188].

D'un point de vue conceptuel, Cattell priorise les facteurs héréditaires dans la détermination de la personnalité sans pour autant réfuté le rôle de l'environnement dans le développement de l'individu.

S'inspirant du modèle de Cattell, Hans Jurgen Eysenck conçoit une théorie dispositionnelle de la personnalité selon « trois super facteurs ». [189] [190]

Son modèle définit une organisation hiérarchique de la personnalité en quatre niveaux:

- Premier niveau : correspond aux trois « super facteurs » : Extraversion- Introversion (E) Neuroticisme – Stabilité Emotionnelle (N) Psychotisme – Force du Moi (P)
- Deuxième niveau : correspond aux Traits associés. Exemple : pour le facteur (E), ce sont sociabilité, activité, assertivité, vivacité, recherche de sensation....
- Troisième niveau : correspond aux réponses habituelles // situation habituelle
- Quatrième niveau : correspond aux réponses spécifiques // situation particulière

Eysenck évoque lui un double fondement de la personnalité reposant à la fois sur des facteurs héréditaires mais aussi sur des systèmes psychobiologiques (système réticulaire activateur pour E ; système nerveux autonome et limbique pour N ; système hormonal gonadotrophique pour P.

Le questionnaire « Eysenck Personality Questionnaire » (EPQ) représente l'outil d'évaluation le plus complet du Modèle d'Eysenck. [191]

Le Big Five :

Ce modèle, comme son nom l'indique, est fondé sur 5 dimensions majeures. Il émerge dans les années 80-90 mais trouve ses prémises bien avant: dès 1949, Fiske [192] propose une approche à cinq facteurs. Mais il faut attendre les travaux de Goldberg, Digman, John et Wiggins pour que le modèle soit structuré et opérant [193] [194] [195] [196].

Les 5 dimensions considérées sont :

- Extraversion
- Agréabilité
- Conscienciosité
- Neuroticisme ou émotionnalité
- Ouverture vers l'expérience

Costa et Mc Crae ont par leurs différents travaux largement contribué à sa validation ; ils ont ainsi pu constater à travers des études longitudinales que ce modèle à cinq facteurs est fortement corrélé à des dispositions réelles à se conduire d'une manière spécifique dans certaines situations et qu'il se retrouve dans différents cultures sans être influencé par le sexe et l'âge. [197]

Le questionnaire NEO-PI-R comprenant 240 items représente l'outil d'évaluation de référence de ce modèle.

Ce modèle dit de disposition, issu d'analyse factorielle, a subi diverses critiques ; notamment vis-à-vis de la notion des traits ; les tenants situationniste faisant bien sûr prévaloir que c'est la situation qui détermine majoritairement notre façon d'agir...

La position « interactionniste » représentée entre autre par Endler et Magnusson tente de concilier les visions situationnelle et dispositionnelle en prenant le parti de considérer le comportement comme la résultante de l'interaction entre le trait et la situation. Endler et

Magnusson [198] propose ainsi un modèle mixte dit transactionnel se fondant sur le fait que les situations n'ont pas le même effet sur les personnes en fonction de leur traits de bases.

2.2.6. Modèle psychobiologique : Gray, Tellegen, Zuckerman.

Ce sont les modèles les plus récents ; ils se distinguent principalement par leur approche « causale » des différences inter individuelles via la mise en avant de variables psychobiologiques c'est-à-dire l'identification de zones électives du cerveau et de neurotransmetteurs impliqués préférentiellement dans certains comportements.

Gray [199] s'est focalisé sur deux facteurs: anxiété et impulsivité.

Pour l'anxiété, Gray avance un système d'inhibition comportemental reposant sur le système septo-hippocampique via des différences noradrénergique et serotoninergique du tronc cérébral vers les lobes frontaux.

Pour l'impulsivité, il s'agirait d'un système de facilitation comportementale reposant sur les ganglions de la base via des projections dopaminergiques vers le cortex. [200]

L'échelle BIS/BAS permet d'appréhender les systèmes d'inhibition et de facilitation comportementale tels qu'ils sont définis par Gray. [201]

Tellegen met en avant trois dimensions fondamentales :

- Emotions positive (espoir, bonheur, excitation, énergie).
- Emotions négatives (dégoût, peur, tristesse, colère).
- Contrainte (contrôle du comportement et traditionalisme).

Les données psychobiologiques associées sont :

- Pour les émotions positives : système dopaminergique mesolimbique et mesocorticale [202] associés au cortex frontal gauche [203].

- Pour les émotions négatives: l'activité du locus coeruleus médiée par la noradrénaline serait centrale [204].

- Pour la contrainte, Coccaro et al montre un rôle notable de l'activité serotoninergique. [205]

L'outil dédié à la perspective de Tellegen est le questionnaire MPQ. [206]

Zuckerman s'inspire fortement des éléments constitutifs du Big Five mais les complète notamment via la dimension de recherche de sensation [207] et des bases biologiques qui s'y rattachent. [208]

Il intègre ses travaux selon différents modèles : trois facteurs, cinq facteurs, sept facteurs.

Le modèle à cinq facteurs sera le plus retenu dans la littérature scientifique, notamment du fait de la conception d'un outil dédié : le questionnaire de personnalité de Zuckerman et Kullman [209] [210] explorant le facteur recherche impulsive de sensation, le facteur neuroticisme-anxiété, le facteur agressivité-hostilité, le facteur activité et le facteur sociabilité.

Le substratum neurobiologique prévoit que l'activité sérotoninergique soit corrélée au système d'inhibition comportementale/ recherche de sensation ; l'activité noradrénergique au système d'éveil/anxiété-neuroticisme ; l'activité dopaminergique au système recherche de sensation/sociabilité. Enfin les comportements « d'approche » et neuroticisme seraient également influencés par l'activité du système gabaergique et des endorphines.

2.3. Focus sur le modèle dimensionnel biopsychosocial de Cloninger.

2.3.1. Introduction



Robert Cloninger représente un personnage éminent dans le monde de la recherche psychocomportementale. Son parcours éclectique suscite le respect: philosophe, psychologue, anthropologue puis médecin spécialisé en psychiatrie et génétique ; il est à ce jour le directeur du centre de psychobiologie de la personnalité de l'université de Washington (St Louis, MO) et professeur honoraire.

Auteur prolifique (+ de 350 articles publiés) ainsi que le plus cité dans toute la littérature scientifique moderne, membre de l'institut de médecine de l'académie nationale des sciences (USA) et récipiendaire de l'Award Adolf Meyer en psychobiologie (remis par l'American Psychiatric Association) ; ce fils d'un professeur d'anglais et d'une actrice est à ce jour devenu une référence incontournable. Ses domaines d'intérêts initiaux concernaient l'étude des troubles de la personnalité antisociale et de la dépendance aux substances toxiques (alcoolodépendance principalement). Ces recherches furent le point de départ pour une

étude plus générale de la personnalité ; étude intégrant les versants atavique, environnementaux et biologique. Cette théorisation pour le moins ambitieux représente à ce jour le modèle explicatif des ressorts de la personnalité le plus intégratif et holistique. Le modèle de Cloninger, maintes fois validé, figure comme la référence actuelle dans le cadre de l'étude de la personnalité en tant que produit de l'interaction entre potentiel génétique et environnement.

Ce modèle de Cloninger s'articule sur deux concepts clefs : les tempéraments et les caractères qu'il convient de définir en préambule avant de les décrire de façon plus spécifique.

Le tempérament représente la dimension affective et émotionnelle de la personnalité. Il a une base biologique et apparaît tôt dans la vie du sujet tout en continuant à exercer un rôle tout au long de l'existence. On peut considérer le tempérament comme un ensemble de traits innés de personnalité apparaissant dès l'enfance et par conséquent dont l'origine est fortement corrélée au substrat génétique.

Ces dispositions naturelles se caractérisent par une relative stabilité dans le temps, sans exclure pour autant d'éventuelles modifications liées à l'environnement et aux facteurs d'adaptation. Cette approche n'est pas nouvelle en soi et rappelle spontanément la classique théorie des « humeurs » de l'antiquité... Toutefois le modèle de Cloninger comme nous allons le voir s'appuie sur des données robustes et non spéculatives.

L'approche de Cloninger s'envisage sous le spectre dimensionnel ; de ce fait ces dispositions tempéramentales ont une distribution normale dans la population de sorte qu'il existe une continuité entre le normal et le pathologique sans point de rupture ni distribution plurimodale.

Les troubles de la personnalité sont à considérer comme les extrêmes de ces continuums.

Cloninger a identifié initialement trois tempéraments : recherche de nouveauté, évitement du danger, et dépendance à la récompense auquel il adjoint la persistance dans la version révisée de son modèle.

Ces tempéraments seraient associés chacun à des systèmes neurochimiques particulier sans pour autant notion d'exclusivité (d'autres hormones et neurotransmetteurs peuvent exercer une influence) et engendreraient par conséquent des réactions passives et prédéterminées devant différents stimuli. [211] [212] [213]

Le concept de "caractère" selon Cloninger n'entretient que peu de lien avec l'acceptation populaire usuelle. Pour Cloninger, le caractère ne revêt pas de dimension «

moral », il s'envisage dans l'optique d'un « trait de personnalité » c'est-à-dire d'une disposition durable à se conduire d'une manière particulière dans des situations diverses. Plus spécifiquement, les caractères sont selon Cloninger des dimensions de la personnalité déterminées par l'apprentissage social et l'apprentissage cognitif et ils ne sont donc pas influencés par des facteurs héréditaires à l'inverse des tempéraments. Les caractères sont donc des composantes à part entière de la personnalité ; et sont à considérés comme la résultante des actions de l'environnement sur notre personnalité. Les caractères n'évoluent cependant pas de façon indépendante des tempéraments puisqu'au contraire ils modulent l'expression de ces derniers.

Ils sont au nombre de trois : auto détermination, coopération et transcendance.

Cloninger avance que les caractères évoluent en fonction de la maturation du sujet (correspondant à l'avance en âge, mais aussi selon la survenue d'épisode expérientiel emblématique tels que le deuil, la dépression, la parentalité, le burn-out...). Il parle de maturité individuelle pour la dimension d'auto détermination ; de maturité sociale pour la coopération et de maturité spirituelle pour la transcendance.

Les caractères induisent des réactions conscientes en étroite relation avec les processus cognitifs face aux stimuli.

2.3.2. Les Tempéraments.

2.3.2.1. Recherche de nouveauté (RN).

Ce tempérament joue selon Cloninger un rôle central dans l'activation des comportements. Il correspond à la « tendance à répondre par l'excitation ou l'exaltation à des stimuli nouveaux ». Concrètement, cela se traduit par une recherche de récompense et un évitement de la monotonie et de la punition.

La base neurochimique principalement associée serait le circuit neuronal dopaminergique du mésencéphale selon le corrélat suivant : taux basal faible de dopamine pour note haute à la Dimension RN. En effet la conséquence d'un taux faible serait une hypersensibilité des récepteurs post synaptique associés ; d'où une action potentialisée de la dopamine lorsqu'elle est libérée. Or il a pu être démontré via différentes études psychopharmacologiques que la dopamine influe positivement sur les comportements exploratoires [214] [215]. Par ailleurs, différents travaux indépendants mettent en avant une

corrélation positive entre la libération de l'hormone de croissance (GH) et la recherche de nouveauté. [216] [217]

La description comportementale associée retrouve ainsi pour un score élevé une tendance à la curiosité, un ennui rapide [218], l'emportement, l'impulsivité et le désordre [219]. Pour Parker et al [220], une recherche de nouveauté haute est marquée par l'évitement actif de la solitude, la labilité émotionnelle, des attitudes et des humeurs volubiles et l'irresponsabilité. Elle est fortement corrélée à la personnalité antisociale. [221]

Une note faible à la recherche de nouveauté serait marquée par un aspect sociable, ordonnée et frugal [219] ; une tendance au perfectionnisme orienté vers soi quand elle est associée à une forte dépendance à la récompense et une forte persistance; et enfin un perfectionnisme social quand elle est associée à un fort évitement du danger [222]. Un individu ayant une recherche de nouveauté faible étudie toute situation en détail avant de prendre une décision ou de se forger une opinion. Elle respecte par ailleurs scrupuleusement les règles ou la loi.

On distingue quatre sous-dimensions de Recherche de Nouveauté:

- Besoin de changement (excitation exploratoire) versus Rigidité stoïque :

Un score élevé décrit des personnes qui ont plaisir à explorer de nouvelles activités ou expérimenter des situations quand la plupart des autres estiment que c'est une perte de temps. Elles sont souvent décrites comme « chercheuse de sensations » ; d'aventure. Elles sont intolérantes à la routine et la monotonie et essaient au contraire d'introduire des changements dans leur vie ; elles sont pour cela parfois décrites comme non-conventionnelles et innovatrices. [223]

A l'inverse, un score faible décrit des personnes qui préfèrent leurs habitudes avec peu de plaisir à en changer. Elles sont dites résistantes aux changements et à l'engagement dans de nouvelles activités.

- Impulsivité versus Réflexion :

Un score élevé décrit des personnes excitables, qui prennent des décisions rapidement voire impulsivement en s'appuyant sur une information partielle, leur pressentiment ou une

intuition. Elles sont également distractibles et ne peuvent focaliser leur attention qu'un court moment.

Un score faible décrit une personne réfléchie, qui préfère prendre le temps de bien comprendre une situation.

- Extravagance versus Réserve :

Un score élevé décrit des personnes extravagantes dans leurs sentiments et dépenses. Elles sont dites vaillantes, flamboyantes, sans retenue et peuvent se pousser aux limites de leurs capacités ou ressources. [224]

Un score faible décrit des personnes qui se contrôlent, qui sont réservées, retenues, et économes.

- Désordre versus Discipline :

Les scores élevés décrivent des personnes désordonnées; elles perdent rapidement leur calme et montrent facilement leur mécontentement ou de la colère quand elles n'ont pas rapidement ce qu'elles souhaitent. Elles préfèrent les activités libres, sans règles ni contraintes. Elles évitent l'ennui, la frustration et l'inconfort physique et psychologique.

A l'inverse, les scores faibles décrivent des personnes organisées, ordonnées, méthodiques et systématiques. Elles préfèrent les activités réglementées et savent différer la gratification en tolérant la frustration plus longtemps que la plupart des gens.

2.3.2.2. Evitement du danger (ED).

Tempérament impliqué dans la dynamique d'inhibition comportementale. Il correspond à la tendance que manifeste un individu à répondre plus ou moins intensément à des stimuli aversifs par une réponse d'inhibition pour éviter les punitions, la nouveauté et les frustrations.

Le système neurobiologique associé serait le circuit serotoninergique des voies septo-hippocampiques issues des noyaux du raphé selon le corrélat suivant : Taux basal élevé de sérotonine pour note haute à la dimension ED.

En effet, la conséquence d'un taux basal élevé sera une diminution du nombre de récepteur post synaptique (phénomène de Down régulation des récepteurs) d'où une action minorée de la sérotonine en cas de libération induite. [225] [226]

Du point de vue comportemental, les individus qui ont un faible niveau d'évitement du danger ont une faible anxiété anticipatoire, une faible peur du danger ; en conséquence ils sont « preneurs de risque », optimistes [219]. Ces personnes sont décrites comme confiantes, décontractées, désinhibées, insouciantes, ouvertes et énergiques [227] avec des émotions positives et une bonne estime de soi [228]. Cette absence de crainte peut confiner à l'insouciance [219] et est une partie des caractéristiques des personnalités antisociales, histrionique, schizoïde et cyclothymique.

On distingue quatre sous dimensions d'évitement du danger :

- Inquiétude anticipatoire versus Optimisme:

Les scores élevés décrivent des personnes soucieuses et pessimistes et qui anticipent un désagrément, un danger ou l'échec, notamment dans des situations non familières, hasardeuses. Elles sont également sensibles aux situations embarrassantes et humiliantes et tendent à les éviter.

A l'inverse, les scores faibles décrivent des personnes optimistes et peu inquiètes devant les difficultés. Elles tendent à être nonchalantes et insouciantes et ont peu d'hésitations à compromettre leur bien-être physique.

- Peur de l'inconnu versus Confiance :

Les scores élevés décrivent des personnes qui ne peuvent tolérer les circonstances non familières et potentiellement dangereuses dans lesquelles elles ressentent tension et anxiété. Elles prennent peu de risques, ont des difficultés à changer leurs habitudes et à quitter leur routine en préférant rester inactives.

A l'inverse, des scores faibles décrivent des personnes confiantes, calmes et sûres d'elles en toutes circonstances même les plus hasardeuses voire périlleuses. Elles aiment prendre des risques et changent aisément leurs habitudes pour éviter la routine.

- Timidité versus grégarisme/aisance sociale :

Les scores élevés décrivent des personnes qui ont du mal à s'affirmer et timides en situation sociale. Elles évitent activement de rencontrer de nouvelles personnes par manque de confiance envers les gens qu'elles ne connaissent pas. Elles sont peu disposées à entrer en relation avec les autres et toute initiative peut facilement être inhibée par les situations sociales.

A l'inverse, les scores faibles décrivent des personnes audacieuses et ouvertes, qui tendent à parler sans hésitation en public et à s'engager facilement dans des situations sociales.

- Fatigabilité versus Energie/Endurance :

Les scores élevés décrivent des personnes qui ont moins d'énergie que la plupart des gens. Elles ont besoin de périodes de repos plus fréquentes et récupèrent plus lentement que les autres.

Au contraire, les scores faibles décrivent des personnes énergiques et dynamiques. Elles peuvent rester actives pendant de longues périodes sans devoir se « pousser ». Peu de chose les impressionne, et elles récupèrent plus aisément après des efforts ou des maladies mineures.

2.3.2.3. Dépendance à la récompense (DR).

Tempérament qui se traduit par la propension à répondre sans cesse de manière intense à des signaux de récompense comme l'approbation sociale et interpersonnelle ; et à éviter toute punition.

Le principal neuromédiateur impliqué serait la noradrénaline via les voies ascendantes partant du locus coeruleus vers le système limbique. Le corrélat neurobiologique associé est le suivant : Taux basal faible de noradrénaline pour note élevée à la dimension dépendance à la récompense. [229]

Du point de vue comportemental, la dimension dépendance à la récompense est négativement corrélée au détachement émotionnel, à la solitude et l'isolement. [230]

Une dépendance à la récompense élevée fait partie des caractéristiques des personnalités passives dépendantes, cyclothymiques, histrioniques et passives agressives.

Une dépendance à la récompense faible fait parties des caractéristiques des personnalités antisociales, explosives, obsessionnelles et schizoïdes.

On distingue trois sous dimensions de dépendance à la récompense :

- Sentimentalité versus Insensibilité :

Les scores élevés décrivent des personnes sentimentales, sympathiques, qui montrent facilement leurs émotions devant les autres. Elles rapportent également ressentir les émotions plus que les autres.

Les scores faibles décrivent des personnes pragmatiques. Elles tendent à être détachées. Elles sont rarement émues et paraissent froides et distantes, peu sensibles aux émotions d'autrui, cela entrave leur rapport sociaux.

- Attachement affectif versus Détachement affectif :

Les scores élevés décrivent des personnes qui aiment l'intimité affective. Elles aiment partager et discuter de leurs expériences émotionnelles et de leurs sentiments avec les autres. Leur engagement interindividuel est profond et sincère. Elles sont en retour sensibles au rejet ou à la légèreté des relations sociales.

Les scores faibles décrivent des personnes socialement détachées et qui présentent un désintérêt pour les relations sociales. Elles préfèrent la solitude et ne pas partager leurs sentiments avec les autres.

- Dépendance/Besoin de soutien versus indépendance :

Les scores élevés décrivent des personnes dépendantes de l'appui émotionnel et de l'approbation des autres. Elles font attention au regard que porte les autres sur elles et peuvent rechercher ou provoquer la surprotection voire la domination des autres. Elles sont peu disposées à prendre des décisions ou à faire des choses de leur propre initiative. Elles peuvent aller à l'encontre de leurs intentions ou souhaits pour satisfaire les autres. Enfin elles sont sensibles à la critique et ont peur d'être abandonnées.

Les scores faibles décrivent des personnes insensibles à la pression sociale et à la critique. Elles vont rarement dans le sens des souhaits d'autrui et ne cherchent pas à plaire ou satisfaire celles et ceux qui leur demandent soutien, réconfort ou protection. Elles sont perçues comme indépendantes voire auto-suffisantes.

2.3.2.4. Persistance (P).

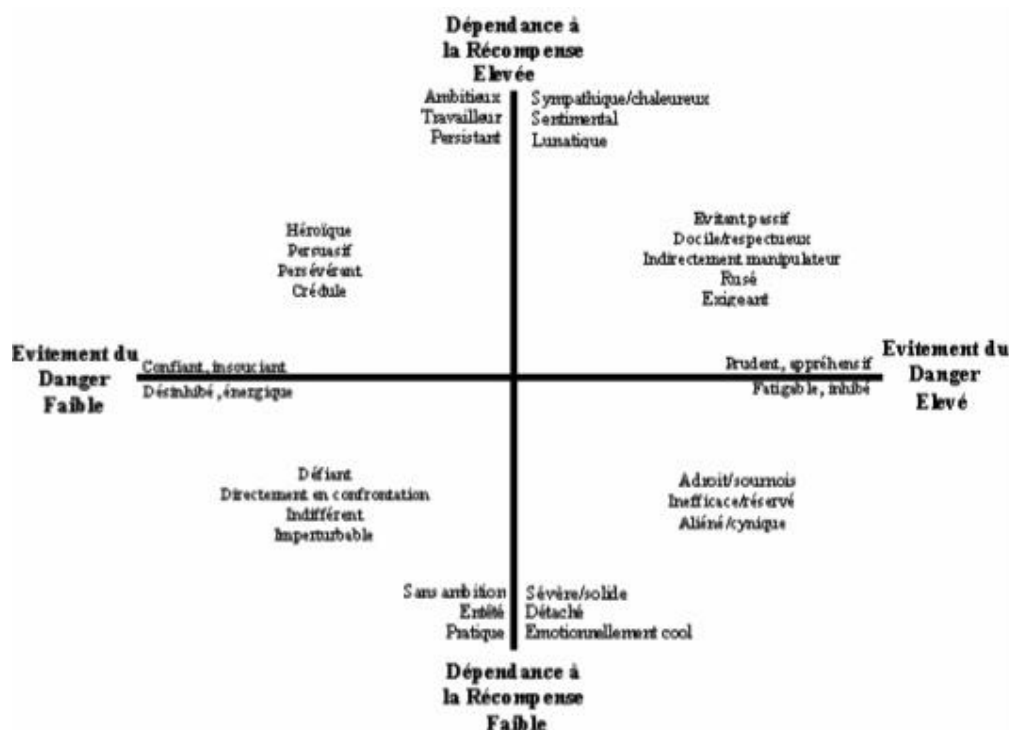
La persistance devant l'adversité ou persévérance représente la tendance à négliger la fatigue ou la frustration dans un comportement sans qu'il soit prometteur d'une récompense. Elle serait liée à la capacité de générer et de maintenir un niveau d'activation et de motivation interne en l'absence de facteurs motivants et de récompense immédiate. La persistance est corrélée à une appréciation plaisante vis-à-vis d'une tâche de discrimination ; alors que l'évitement du danger est négativement corrélé au plaisir ressenti dans ce type de tâche selon Gusnard et al [231]. Elle est généralement associée à la persévérance, au perfectionnisme au travail et constitue une stratégie adaptée dans un environnement sain et stable. En revanche, elle peut se montrer délétère dans un environnement instable ou lors de la survenue de conduite déviante comme l'anorexie [232] car le sujet persévère alors dans un comportement qui lui est néfaste.

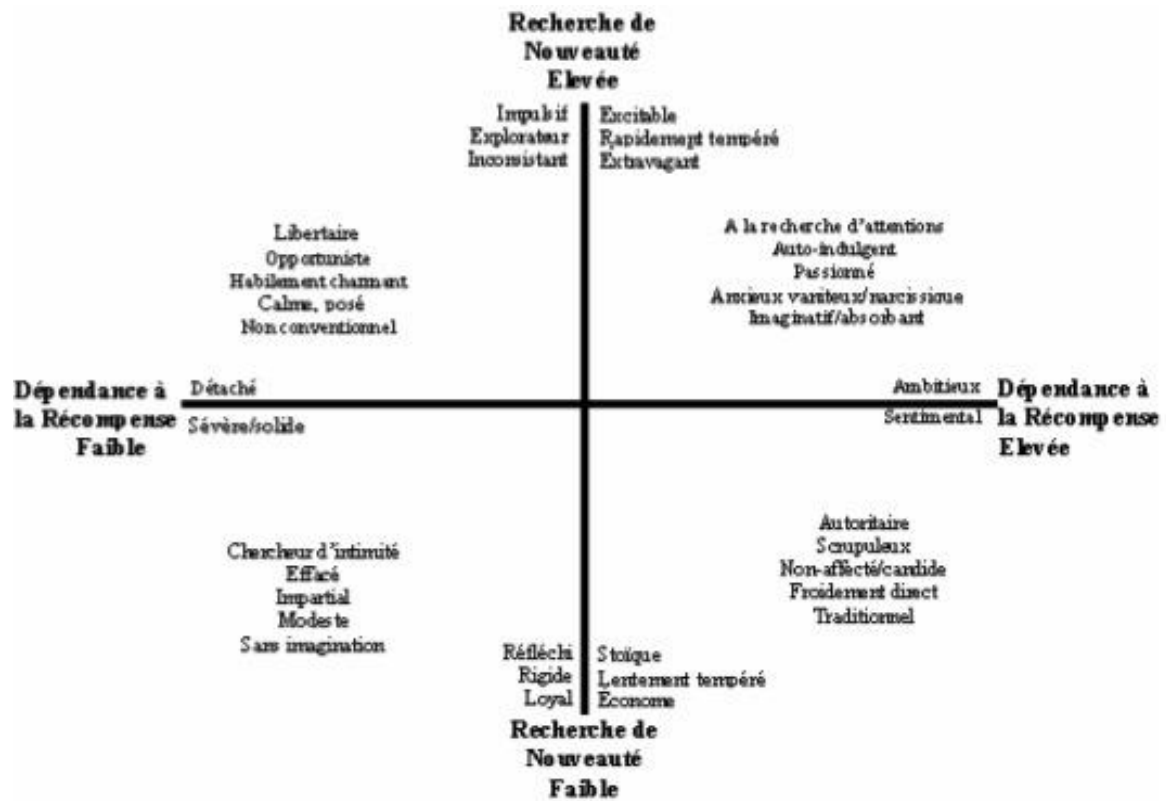
Initialement une sous-dimension de la dépendance à la récompense dans le TPQ, la persistance s'est régulièrement montrée indépendante d'où son individualisation. [233] [234]

Les scores de persistance élevée caractérisent des sujets travailleurs, volontaires et enthousiastes [235] avec une forte estime de soi. [236]

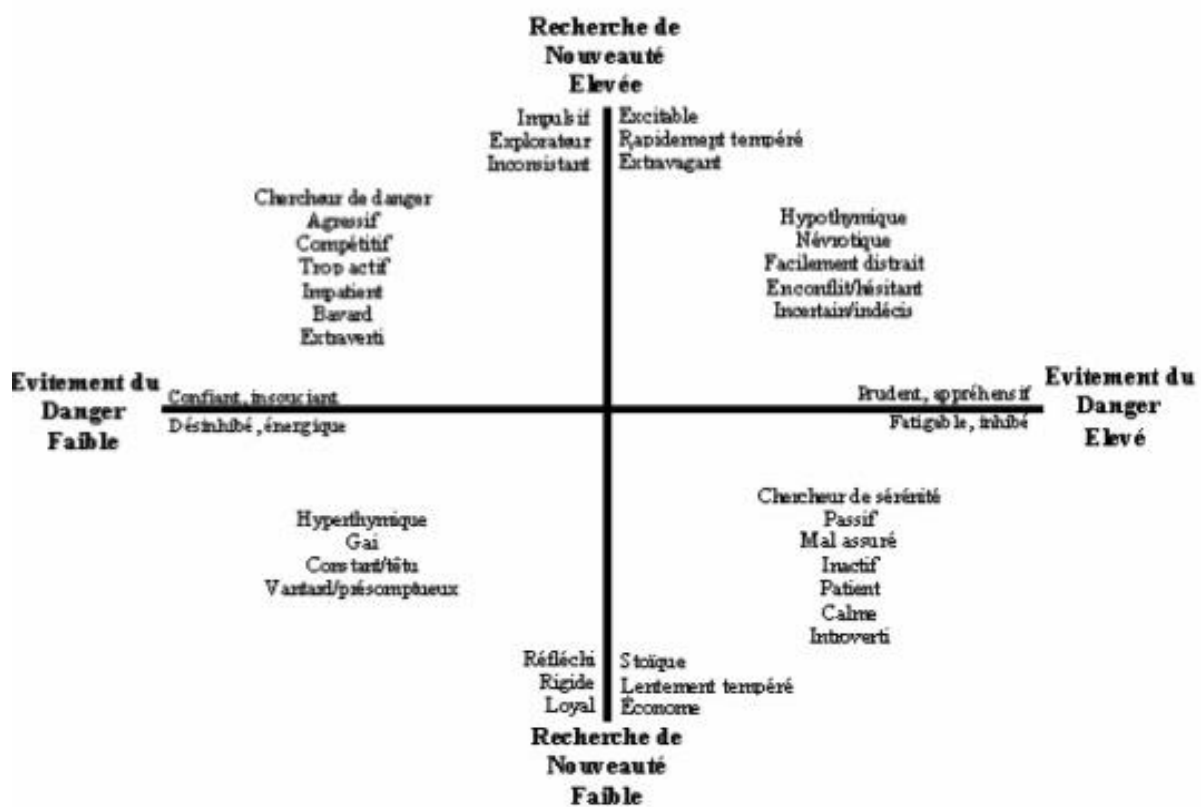
2.3.2.5. Facettes des tempéraments :

L'association des dimensions deux à deux permet de décrire des facettes de la personnalité, ou profil de tempérament.





Traduction libre de **Cloninger**, (1987), p. 579, repris dans **Cloninger, et al.**, (1994), p. 31



Traduction libre de **Cloninger**, (1987), p. 578, repris dans **Cloninger, et al.**, (1994), p. 29

2.3.3. Les Caractères.

2.3.3.1. Auto-détermination (D).

L'auto-détermination est la facilité qu'a un sujet à mettre tout en œuvre dans l'accomplissement d'une tâche en accord étroit avec ses buts intrinsèques et valeurs fondamentales. Cette volonté s'accompagne de la capacité à contrôler, réguler et adapter son comportement dans la direction choisie. C'est la manière dont le sujet s'identifie comme individu autonome. L'auto détermination correspond à la maturité individuelle.

Au niveau substrat neurobiologique, Hamer et al [237] trouve une relation entre sérotonine et faibles scores d'autodétermination chez des sujets sains.

L'auto-détermination mesure le degré auquel un individu se perçoit comme autonome et perçoit ses capacités à modifier son comportement pour être en accord avec ses objectifs et principe de vie [238]. Elle inclut l'acceptation de la responsabilité de ses propres choix.

De faibles scores à cette dimension seraient fréquemment corrélés au trouble de l'humeur et à l'intensité du stress perçu. [239]

L'auto-détermination serait négativement corrélée au névrosisme et positivement aux dimensions conscience et extraversion du NEO PI-R. Cette dimension à elle seule permettrait de définir un risque à la pathologie ou au trouble de la personnalité [240].

On distingue 5 sous dimensions d'auto détermination :

- Sens des responsabilités versus Faute attribuée aux autres :

Des scores élevés décrivent des personnes qui se sentent libre de faire ce qu'elles veulent. Elles reconnaissent que leurs attitudes, comportements et problèmes sont bien le reflet de leurs propres choix [241].

Au contraire, les scores faibles décrivent des personnes qui tendent à blâmer les autres et les circonstances externes pour ce qui leur arrive. Elles pensent que leurs attitudes, comportements et problèmes sont le fruit d'influences extérieures ; et donc indépendants de leur volonté et n'en assument pas la responsabilité.

- Volonté d'aboutir (ambition) versus Absence de but :

Des scores élevés décrivent des personnes résolues et tenaces qui savent quel est leur but et le sens de leur vie. Elles savent différer une gratification car elles savent quels sont leurs objectifs et quelles sont leurs valeurs.

Au contraire, des scores faibles décrivent des personnes qui luttent pour trouver quels sont leurs buts, et la direction de leur vie.

- Ressources individuelles versus Inertie :

Les scores élevés décrivent des personnes pleines de ressources et efficaces. Elles sont perçues comme actives, productives, compétentes et innovatrices ; ne manquant pas d'idées ou d'initiatives pour résoudre un problème. Pour elles, une situation difficile est un défi ou une opportunité.

Au contraire, les scores faibles décrivent des personnes pessimistes, sans espoir et inefficaces. Elles sont peu confiantes dans leur capacité à résoudre leurs problèmes. Elles attendent des autres qu'ils fassent les choses à leur place.

- Acceptation de soi-même versus Insatisfaction :

Les scores élevés décrivent des personnes qui ont confiance en elles ; qui reconnaissent et acceptent leurs forces ou leurs limites. Elles font de leur mieux sans prétendre pouvoir faire plus ou se donner les moyens de s'améliorer.

Au contraire, les scores faibles décrivent des personnes qui montrent une faible estime de soi et qui n'acceptent pas leurs capacités physiques ou mentales. Elles rêvent ou prétendent être différentes de ce qu'elles sont : plus belles, plus jeunes, plus riches ; et sont contrariées devant les preuves du contraire.

- Efficacité de réflexes/habitudes cohérentes versus Réflexes inefficients :

Les scores élevés décrivent des personnes qui ont développé de bonnes habitudes de comportement en accord avec leurs objectifs et principe de vie. Elles ne perdent pas de vue leurs objectifs principaux et ne succombent pas à la tentation.

Au contraire, les scores faibles décrivent des personnes dont les habitudes ne correspondent pas à leurs objectifs de vie ou qui n'apprennent pas de leurs erreurs.

2.3.3.2. **Coopération (C).**

La coopération se subdivise en 5 sous-dimensions :

- Tolérance sociale versus Intolérance :

Les scores élevés décrivent des personnes tolérantes et amicales qui acceptent les autres tels qu'ils sont, avec leurs comportements, valeurs éthiques, opinions, valeurs et apparences propres.

Au contraire, les scores faibles décrivent des personnes intolérantes et inamicales, peu patientes et critiques avec les autres, notamment quand elles ont des valeurs ou des ambitions différentes.

- Empathie versus Désintérêt social :

Les scores élevés décrivent des personnes qui essaient de se mettre à la place des autres, de s'accorder à leurs sentiments. Elles traitent les autres avec dignité et respect, et mettent de côté leur propre jugement pour mieux comprendre les expériences des autres.

Au contraire, les scores faibles décrivent des personnes insensibles, qui ne se sentent pas concernées par les sentiments des autres. Elles sont incapables de partager les émotions, la souffrance ou les sentiments de frustration des autres. Elles ne respectent pas les valeurs ou ambition d'autrui.

- Solidarité versus Egoïsme :

Les scores élevés décrivent des personnes utiles, positives et encourageantes ou rassurantes. Elles aiment rendre service aux autres et partagent leurs compétences dans un travail d'équipe.

Au contraire, les scores faibles décrivent des personnes égocentriques et égoïstes, préférant travailler seules, même quand elles sont au sein d'une équipe.

- Indulgence versus Esprit de revanche :

Les scores élevés décrivent des personnes compatissantes, charitables et bienveillantes. Elles n'aiment pas la vengeance et ne s'y essaient pas même lorsqu'elles ont été maltraitées.

Au contraire, les scores faibles décrivent des personnes qui préfèrent se venger des personnes qui les ont blessées. La vengeance sera manifeste ou masquée.

- Probité versus Individualisme :

Les scores élevés décrivent des personnes honnêtes, authentiquement consciencieuses et sincères, qui traitent les autres de manière juste, en accord avec des principes et des scrupules éthiques dans leurs relations sociales et interpersonnelles.

Au contraire, les scores faibles décrivent des personnes opportunistes, qui traitent les autres injustement, égoïstement, les influençant pour leur propre bénéfice. Manipulatrices et décevantes, elles n'ont pas intégré de principe ou de scrupules éthiques dans leurs relations sociales et interpersonnelles.

2.3.3.3. Transcendance (T).

L'auto-transcendance est définie selon Cloninger comme une dimension de caractère teintée de spiritualité mais également comme la perception que l'individu a de lui-même, de la nature, de l'univers, de la vie et la mort. L'auto-transcendance est l'idée que l'individu s'identifie comme partie intégrante de l'unité de toute chose (l'univers) et d'appartenir à un ensemble humain cosmique ou spirituel. Elle correspond à la maturité spirituelle.

Elevée elle n'est pas en soit pathologique et si elle est associée à des scores élevés de coopération et d'auto détermination, elle témoigne d'une bonne humeur créative. Les individus qui ont des scores élevés sont sans prétention, accomplis, créateurs, désintéressés et spirituels.

Une faible auto-transcendance aurait un impact sur l'image de soi (instable), une vision du monde inhabituelle (le sujet regarde l'environnement comme étant chaotique, imprévisible et n'est pas capable de reconnaître les rapports et relations qui permettent d'anticiper les problèmes), une tendance à la pensée magique (les perceptions sont sensiblement distordues par les vœux personnels ; et les relations complexes sont réduites à de simples dichotomies manichéennes). Un sentiment chronique de vide de soi ou de séparation du monde et une insensibilité esthétique (le sujet n'a pas le sens de la beauté ou présente une crainte respectueuse des miracles, du merveilleux ou de l'art).

On distingue 5 sous dimensions :

- Négligence versus Conscience de soi :

Les scores élevés décrivent des personnes créatives et originales qui peuvent oublier où elles sont tant elles sont absorbées par leurs pensées. Elles sont perçues comme lunaires, dans un autre monde.

Au contraire, les scores faibles décrivent des personnes très conscientes de leurs limites et de leur individualité dans leur relation aux autres ou dans leur investissement dans le travail. Elles sont perçues comme conventionnelles, prosaïques ou sans imagination.

- Identification Transpersonnelle versus Différenciation :

Les scores élevés décrivent des personnes qui font l'expérience d'une connexion forte entre soi et la nature ou l'environnement physique incluant les autres personnes. Elles rapportent avoir l'impression d'appartenir à un organisme vivant qui regroupe la nature physique et l'univers perçu comme un tout. Elles sont perçues comme idéalistes avec des pensées brouillées.

Au contraire les scores faibles décrivent des personnes qui tendent à être individualistes et non responsable de ce qui se passe pour les autres ou le reste du monde. Elles perçoivent la nature comme quelque chose de concret et de manipulable.

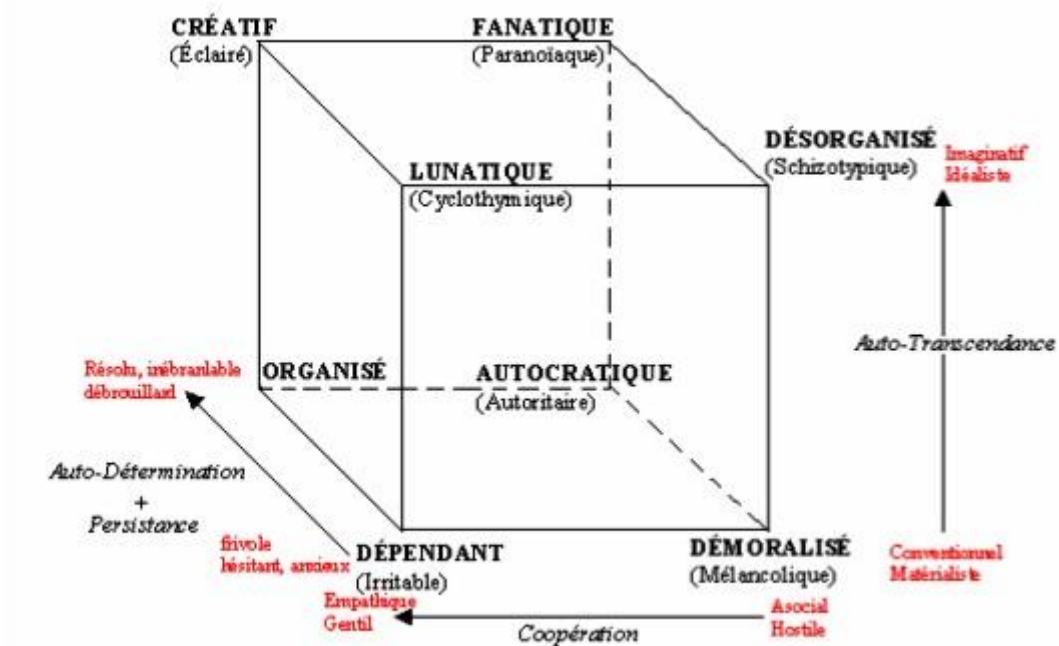
- Sens du spirituel versus Matérialisme :

Les scores élevés décrivent des personnes qui croient aux miracles, aux expériences extra-sensorielles et aux phénomènes ou influences spirituelles.

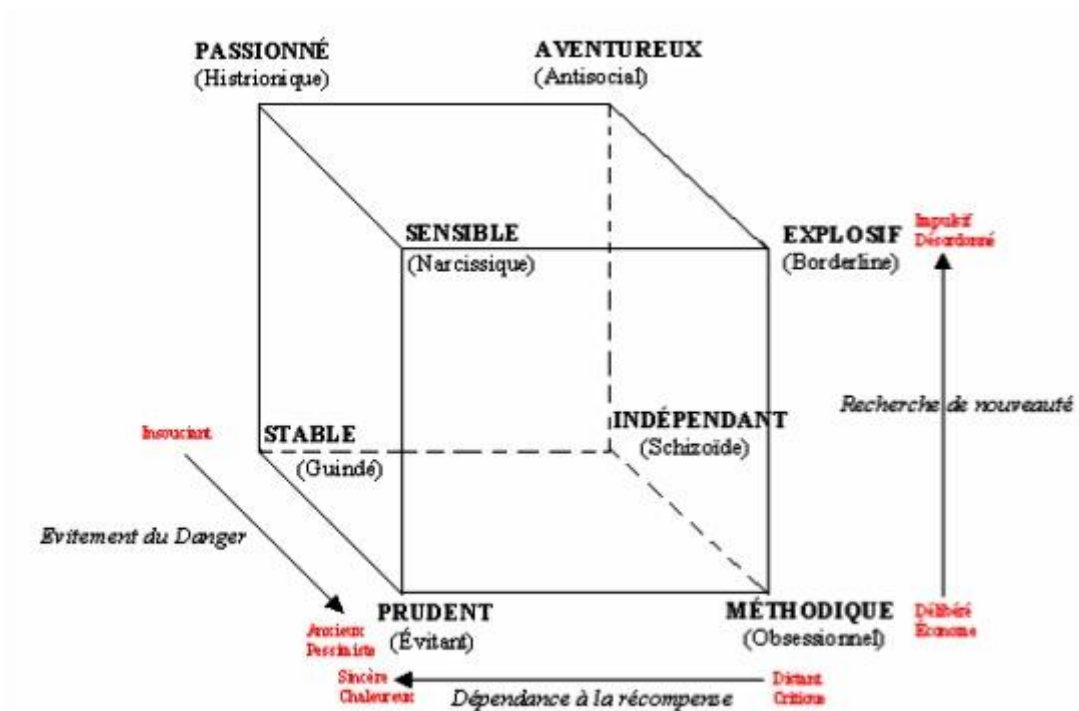
Au contraire les scores faibles décrivent des personnes qui n'acceptent que les phénomènes rationnels, le matérialisme et l'empirisme objectif.

- Deux autres sous dimensions « intuitif versus objectif » « idéaliste versus pratique » ont été proposées par Cloninger dans une version révisée en 1996, mais leur étude factorielle s'est avérée peu robuste et elles n'ont donc pas été reprises dans la traduction française.

2.3.4. Cubes des Caractères et Tempéraments.



traduction libre de Cloninger, & Svrakic, (1997), p. 125



traduction libre de Cloninger, & Svrakic, (1997), p. 124

Modèle de la Personnalité selon Cloninger: Tempéraments et Caractères

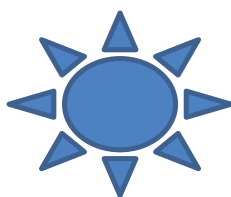
Dépendance à la Récompense :

Sentimentalité Vs Insensibilité
Attachement Vs Détachement
Dépendance Vs Indépendance

Persistance Vs Irrésolution

Recherche de Nouveauté :

Excitabilité Vs Rigidité
Impulsivité Vs Réflexion
Extravagance Vs Réserve
Désordre Vs Discipline



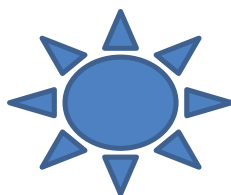
Evitement du danger :

Inquiétude Vs Optimisme
Incertitude Vs Confiance
Timidité Vs Grégarisme
Fatigabilité Vs Energie

PERSONNALITE

Autodétermination :

Responsabilisation Vs Fautes
Ambition Vs Absence de but
Ressources individuelles Vs Inertie
Acceptation de soi-même Vs Insatisfaction
Habitudes cohérentes Vs Réflexes inefficients



Coopération :

Tolérance sociale Vs Intolérance
Empathie Vs Désintérêt
Solidarité Vs Egoïsme
Indulgence Vs Revanche
Probité Vs Individualisme

Transcendance :

Négligence Vs Conscience de soi
Identification Vs Différenciation
Spiritualisme Vs Matérialisme

3. Dépression : rappels généraux, hétérogénéité et étiopathogénie.

3.1. Rappels généraux sur la dépression : vision historique et aperçu épidémiologique.



« Tout bonheur est négatif, sans rien de positif ; nulle satisfaction, nul consentement, par suite, ne peut-être de durée, au fond ils ne sont que la cessation d'une douleur ou d'une privation, et, pour remplacer ces dernières, ce qui viendra sera infailliblement ou une peine nouvelle, ou bien quelque langueur, une attente sans objet, l'ennui »

Schopenhauer, Le monde comme volonté et comme représentation (1818).

Du latin depressio « enfoncement », la dépression existe de tout temps et semble peu dissociable de l'histoire de l'humanité. Que ce soit dans le papyrus d'Eber, un document médical égyptien datant de quelques 1500 ans avant notre ère, dans les mythes babyloniens, ou dans l'ancien testament (les malheurs de Job, la mélancolie du roi Saül), la symptomatologie dépressive est déjà largement reconnue et décrite dès l'antiquité. Hippocrate, dans ses « aphorismes », évoque l'état mélancolique « quand la crainte et la tristesse persistent longtemps ». La dépressivité est fondatrice de nombreux mythes, souvent synonyme de fatalité, crainte et incompréhension.

La compréhension de la dépression à ce jour, est certes meilleure grâce aux apports multiples de diverses disciplines : médecine (psychiatrie, neurologie), psychologie, physiologie, psychanalyse, mais aussi philosophie et sociologie...

Mais force est de constater qu'il reste encore de nombreuses zones d'ombre...

Le regard sociétal n'a quant à lui guère changer : même si les Chiites voient dans la dépression une forme d'honneur car synonyme de profondeur d'âme ; les bouddhistes, une forme d'accomplissement personnel ; la vision la plus répandue reste celle d'un mal honteux et dégradant. W. Churchill évoque ses propres accès dépressifs comme des périodes sombres où sa vie était rongée par un chien noir, amorphe et hideux qui dégagait de lui une impression de froid, de découragement et de désespoir.

La réalité dépressive n'est donc pas nouvelle et plus que jamais d'actualité.

En effet, l'OMS [242] estime que la dépression pourrait devenir la première source de mauvais état de santé d'ici 2020. 8 à 12% des individus souffriront d'une dépression dans leur vie. [243]

En France, la dépression frappe chaque année 3 millions de personnes soit 8% de la population [244]. L'enquête ANADEP 2005 [245] retrouve sur un échantillon de 6 498 individus que 45% des sujets ont vécu une période de tristesse ou de perte d'intérêt d'au moins deux semaines au cours de leur vie (critères principaux d'un EDM selon le DSM IV) et 18% d'entre eux auraient présenté un EDM caractérisé.

Via une revue de la littérature et des différentes études consacrées, quel que soit le pays considéré, la méthodologie utilisée et le « schéma diagnostique » employé, la prévalence de la dépression est constamment plus élevée chez les femmes que chez les hommes (entre 1,5 et 3 fois). [246] [247] [248] [249]

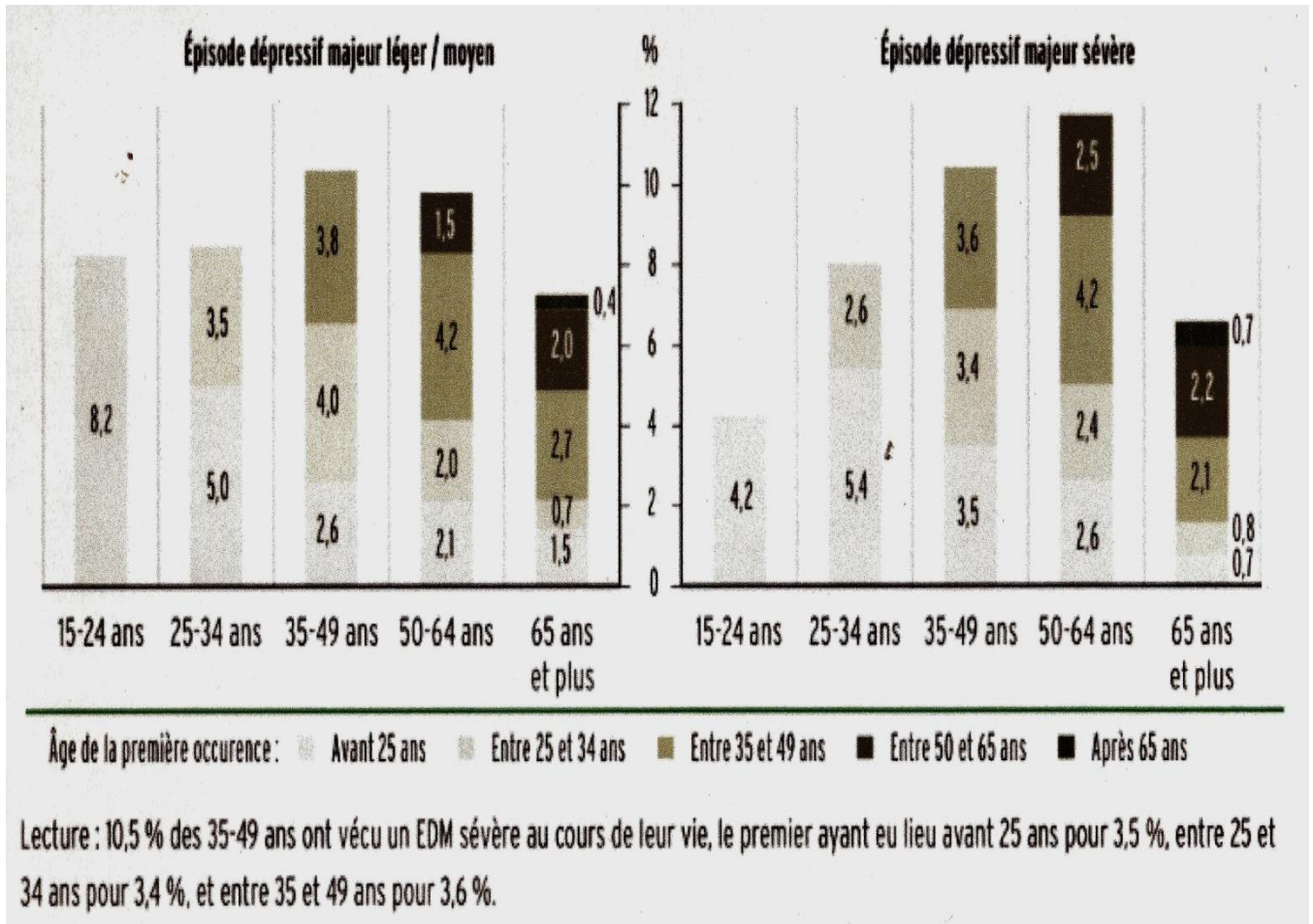
La durée du trouble dépressif ne semble par contre pas dépendante du sexe [250].

L'âge moyen de survenue du premier épisode dépressif est estimé à 30 ans selon l'enquête ANADEP 2005. La moitié des premiers épisodes survient entre 19 et 38 ans. Il s'agit donc d'une pathologie qui, de manière générale, apparaît plutôt au début de l'âge adulte. L'âge au premier épisode ne semble pas différent selon le sexe.

En synthèse, 50% des 1ers EDM s'occurrent entre 19 et 38 ans, seulement 9% ont lieu après 60 ans. Les derniers 41% se situent entre 38 et 60 ans avec un deuxième pic marqué entre 50 et 65 ans.

Au final, en s'appuyant sur les données de l'OMS et de l'enquête ANADEP, on peut conclure que presque 1 individu sur 5 présentera une dépression dans sa vie. Ce chiffre déjà majeur, doit de plus être considéré comme une estimation basse compte tenu des contraintes liées à l'étude épidémiologique de la maladie dépressive (difficulté du recueil des données, retard ou absence fréquente du recours au soin des patients, frein du tabou sociétal...). L'enjeu de la compréhension et de l'amélioration des prises en charge de la dépression représente ainsi un véritable enjeu de santé publique

Prévalence de l'EDM au cours de la vie; et âge au premier épisode de dépression.



[Enquête ANADEP 2005, p45]

3.2. Distinction entre Emotion et Humeur.

« *L'humeur, une notion facile à entendre, mais difficile à définir* » Delay (1946).

L'humeur se distingue de l'émotion dans sa nature temporelle, sa fonction, son intensité, et son rapport au « soi ». Elle est à considérer comme un état affectif durable, d'installation progressive contrairement à la soudaineté et volatilité de l'émotion. On peut la concevoir comme un état chronique.

La distinction n'est cependant pas catégorique et les hypothèses d'un continuum Emotion-Humeur peuvent être légitimes :

- L'humeur n'est-elle pas émotion plus durable ?
- L'émotion n'est-elle pas une humeur plus intense ?

La distinction doit ainsi s'enrichir de critères qualitatifs [251] préfigurant l'humeur comme un cadre conditionnant le type d'émotion ressentie/facilitée et modulant la réactivité émotionnelle.

Ainsi peut-on distinguer une tristesse normale (ponctuelle, attachée à un objet particulier) de la tristesse pathologique (envahissante, durable, étendue à tous les objets du sujet car c'est le soi qui est « en jeu » et non un objet extérieur causal).

Par ailleurs, contrairement à l'émotion, l'humeur gouverne tout autant la vie psychique que le corps et le vécu.

« *L'humeur est l'ensemble des dispositions affectives et instinctives qui déterminent la tonalité fondamentale de l'activité psychique, physique et expérientielle* » Delay (1946)

L'humeur doit donc s'appréhender au-delà de la seule perturbation émotionnelle.

De façon plus prosaïque, je me permets de reprendre l'analyse de Baptiste (jeune patient de 7 ans) : « la dépression, c'est comme porter des lunettes de soleil en permanence sans pouvoir les enlever ; on voit tout en noir sans rien pouvoir faire contre ; les émotions, c'est comme si on me mettait un coup de lampe torche dans les yeux ou qu'on éteignait brusquement la lumière ; ça perturbe mais ça passe vite ».

Ainsi la dépression peut se concevoir comme un prisme permanent altérant négativement la perception et compréhension des aspects affectifs, conatifs et cognitifs d'un sujet tant d'un point de vue intrapsychique que dans sa relation à son environnement.

L'émotion est, elle, à considérer comme un signal affectif à visée informative et adaptative (influençant les aspects conatifs et cognitifs) d'intensité et de tonalité variable (positive – négative – neutre) et qui de principe se veut de durée brève.

Toutefois, à l'image du concept de douleur-symptôme (utile, informative) versus douleur-maladie (chronique, néfaste), on peut émettre de façon similaire l'hypothèse étiopathogénique qu'une émotion «dysfonctionnelle» (notion de trouble émotionnel) puisse induire un trouble de l'humeur. Frijda [252] envisage en effet un continuum entre Emotion et Humeur : les émotions proprement dites peuvent, si elles sont de trop forte intensité ou répétitives et durables, induire une bascule dans un trouble de l'humeur type dépressif où l'émotion devient « Trait » (= récurrence élevée d'un état émotionnel).

Ainsi un trouble émotionnel (concept émotion-maladie) pourrait représenter le « primum movens » d'un phénomène dépressif.

Nous nous proposons d'illustrer et d'appuyer cette hypothèse via l'étude des aspects hétérogènes de la dépression puis et surtout via l'étude des éléments étiopathogéniques de la dépression notamment en envisageant le rôle propre des émotions dans la genèse du phénomène dépressif.

3.3. Hétérogénéité et polymorphisme du phénomène dépressif.

3.3.1. Introduction.

Au décours de mon internat et des périodes de remplacement précédant la présentation de cette thèse, j'ai eu la chance d'accompagner et d'exercer mon métier auprès de différents patients sollicitant mon aide, et je les remercie de leur confiance.

Dans les différents temps qui jalonnent cette relation thérapeutique, il en est un particulier : la première rencontre entre un patient et le médecin psychiatre. Cette rencontre reste toujours un moment intense et sans cesse différent. Il persiste quelques rituels cependant, et notamment, après les présentations usuelles et réciproques, vient le temps d'une question ouverte, anodine et classique « Que vous arrive-t-il ? ».

Les réponses d'un patient « dépressif » sont diverses et variées :

- « je vais pas bien »
- « je me sens mal »
- « je suis triste, je pleure tout le temps... »
- « on m'a dit de venir vous voir... »
- « j'ai les nerfs »
- « je viens vous voir car j'ai un épisode dépressif caractérisé et d'intensité modéré...»
(merci au site internet Doctissimo...)
- « je suis fatigué, je n'en peux plus »
- « j'aimerais parler, je me sens seul »
- « je suis déprimé, je n'ai plus goût à rien »
- « je suis dépressif, mais ça doit être un loup » (merci au docteur House...)
- « je ne sais pas, je ne comprends pas ce qu'il m'arrive, je ne me reconnais plus »

Il s'en suit alors ce que l'on appelle communément un entretien : moment d'écoute, de recherche, de questionnement, de tentative de compréhension...

Ce moment a une fin et lorsque se termine l'entretien, rare sont les patients qui n'énoncent pas la question fatidique : « Alors qu'est-ce que vous en pensez, Docteur ? »

Il survient alors, chez moi, un moment de doute et de perplexité : les hypothèses diagnostiques défilent dans ma tête mais il n'y a rarement une certitude...

Le patient attend pourtant sa réponse tel un jugement, voire une sentence (« au bout d'une heure à discuter, il doit bien savoir ! »)

J'ai pourtant des éléments nets en faveur d'une dépression mais j'hésite encore : ce patient est dépressif mais il est tellement différent du précédent dans son histoire, son discours, sa gestuelle, sa mimique, ses plaintes...

J'ai alors pour me secourir un souvenir précieux : celle d'une rencontre lors d'un repas d'accueil des nouveaux internes où je me retrouvai assis face à un vieil homme à la barbe blanche impressionnante. La discussion s'amorça pourtant avec aisance, virevoltant d'un sujet à un autre.

Je lui posais alors une question naïve sur la dépression « qu'est-ce qui en dehors des pensées suicidaires devait le plus m'alerter chez un patient dépressif ? ».

Silence, sa main frota sa longue barbe blanche puis vint sa réponse :

« Si tu as reconnu la dépression, c'est déjà l'essentiel car ce n'est pas une chose aisée. J'ai le sentiment que la dépression est unique et multiple, propre à chaque individu ; et si tu considères que « nous naissons plusieurs, nous mourrons un seul » (Paul Valéry) alors la dépression d'hier ne sera pas celle de demain. Dès lors, tu peux te dire que la dépression est, dans ses formes, infinie et qu'il te faudra apprendre chaque jour à reconnaître une inconnue » - Propos rapportés d'après mes souvenirs ; R. Garoux (2007)

Je peux alors répondre à mon patient : « vous faites une forme de dépression, VOTRE dépression ».

Au-delà de cette anecdote personnelle, le constat de la variabilité des tableaux dépressifs est relevé par nombre de soignants accompagnant des patients dépressifs.

« *Chaque patient nous témoigne de SA dépression, de SA tristesse* ». D. Boyon (2008)

La maladie dépressive n'apparaît pas univoque et homogène mais multiple, polymorphe et propre à chaque individu.

Les approches scientifiques modernes pour appréhender et ordonner le phénomène dépressif sont de deux types : catégorielle et dimensionnelle. Basées sur des principes différents, chacune d'entre-elles présentent un intérêt mais également des limites notables.

Nous proposons dans un premier temps une description du modèle catégoriel de la dépression centrée sur le modèle du DSM IV-TR. Ce modèle prédominant à ce jour présente de nombreux avantages ; mais se montre limité voire réducteur dans la prise en compte du polymorphisme dépressif. Nous illustrerons ainsi ces différentes limites du modèle catégoriel.

Puis nous introduirons dans un second temps une approche différentielle de la dépression : « l'approche dimensionnelle » qui permet une vision d'avantage centrée sur la phénoménologie dépressive « individuelle » de chaque sujet. La dimension d'émotivité, objet d'étude de notre thèse, sera présentée et détaillée au décours de cette présentation.

3.3.2. Illustration de l'hétérogénéité de la dépression au travers du prisme de l'approche catégorielle.

3.3.2.1. Principe de l'approche catégorielle et vision historique.

Catégorie provient du grec « categoria » signifiant prédicament (attribut logique). Dans le langage général, catégorie désigne toute classe où l'on range des objets de même nature, ayant des attributs communs (source : Dictionnaire Littré).

Le principe de catégorisation de l'état psychique dépressif n'est pas nouveau.

Dès le Vème siècle avant JC, Hippocrate catégorise deux états thymiques : la mélancolie (Melas = noire, Khôlé = bile) décrite comme une humeur morose, avec un caractère excessif envahissant l'esprit parfois source de génie et attribué à un excès de sécrétion de la rate ; et la Manie (bile chaude) considérée comme son opposé.

Les tentatives de description catégorielles s'enchaînent au fil du temps et des progrès scientifiques parallèles : citons les catégorisations d'Arétie de Cappadoce, de Galien ...

Toutefois, de l'Antiquité jusqu'au 18ème siècle, l'opposition Mélancolie et Manie reste prédominante.

Esquirol (1772-1840) est un des premiers à sortir de ce cadre catégoriel bipolaire en proposant le concept de Lypémanie : il s'agit d'une monomanie caractérisée par la tristesse, forme de passion débilite et oppressive.

Ce sont principalement Guislain (1833) puis Griesinger (1865) qui font apparaître la catégorie de l'humeur et des troubles de l'humeur dans la taxinomie psychiatrique, le tout reposant sur la notion critérielle de « douleur morale ».

En France, J. Seglas (1895) décrit la « mélancolie simple » caractérisée par la présence de douleur morale, d'insomnie, d'anorexie, d'inhibition, d'aboulie, de pensée suicidaire, le tout vécu avec passivité, résignation. Cette description catégorielle vieille de plus de 100 ans, semble étonnamment proche des descriptions catégorielles modernes (Cf. DSM IV).

Kraepelin en 1899 distingue 5 formes de dépression :

- La dépression de la folie (et non pas psychose) maniaco-dépressive
- La dépression névrotique ou psychogène
- La dépression d'involution chez le sujet âgé
- La dépression symptomatique faisant suite à une autre affection organique
- La dépression liée à une personnalité pathologique

La mélancolie n'est considérée que comme un aspect du spectre dépressif allant de léger à sévère. Cette catégorisation « Kraepelienne » persiste en de nombreux points dans les modèles catégoriels actuels.

En 1869, apparaît le terme de « neurasthénie » considérée comme une forme dépressive incluant asthénie physique et psychique avec fatigabilité, troubles de l'humeur et de l'émotivité, troubles psychosomatiques avec insomnie et douleurs diverses [253].

En 1928, J. Lange sépare le groupe des dépressions en « dépression endogène » et « dépression réactionnelle/exogène ». La première n'ayant pas de facteur déclenchant identifié, se caractériserait par des sentiments d'auto-accusation, une importante inhibition (RPM), un amaigrissement et des manifestations sans rapport avec l'attitude de l'entourage. La seconde forme se caractériserait par un moindre ralentissement psychomoteur et davantage de projection sur autrui de sentiments de culpabilité.

Au terme de cette brève revue historique des différentes tentatives de catégorisation de la maladie dépressive, on peut constater les progrès certains dans la compréhension du trouble dépressif mais aussi la multiplicité des critères descriptifs associés aux différentes catégories selon l'importance relative qu'elles ont accordé à la phénoménologie, l'étiologie ou à l'évolution du trouble.

Le recours à l'approche catégorielle est toujours d'actualité et est dominé à ce jour par la classification issue du DSM (Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux). Il est utile par conséquent de décrire ce guide clinique catégorielle d'usage fréquent dans la pratique clinique quotidienne et de le confronter à la notion d'hétérogénéité dépressive.

3.3.2.2. Classification du Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles mentaux (DSM).

3.3.2.2.1. Historique, méthodologie, buts et objectifs.

L'impulsion initiale pour développer une classification « moderne » des troubles mentaux a été la nécessité de collecter des informations statistiques. Elle prend son essor aux Etats-Unis dès 1840 via l'enregistrement de la fréquence d'une catégorie unique : idiotie/aliénation.

Il s'en suit différentes vagues de recensement par la suite, augmentant les catégories recensées (7 en 1880 : manie, mélancolie, monomanie, parésie, démence, dipsomanie et épilepsie). Ce n'est qu'en 1917 que l'approche initiée sur un versant purement statistique commence à inclure des éléments d'utilité clinique et aboutit à la première « nomenclature classifiée et standardisée des maladies mentales » de l'Association médicale américaine de psychiatrie.

Cette nomenclature est largement étoffée par l'armée américaine au lendemain de la seconde guerre mondiale via la prise en charge des troubles psychologiques des vétérans. On démontre dès lors 10 catégories de psychoses, 9, pour les psychonévroses et 7 pour les troubles de la personnalité, du comportement et de l'intelligence. Le Comité de l'association américaine de psychiatrie pour la nomenclature et les statistiques des désordres psychologiques publie en 1952 le premier Manuel Diagnostique et statistiques des troubles mentaux (DSM I) sur la base des précédentes recherches. Il est le premier manuel officiel des troubles mentaux à se centrer sur l'utilité clinique.

Le DSM II publié en 1968, inclut 145 pathologies différentes dont l'homosexualité ... qui ne sera retirée qu'en 1973 suite à de multiples controverses et pressions associatives.

Un tournant majeur est observé avec la publication du DSM III en 1980. Sous l'impulsion de Feighner et Spitzer [254] [255], le DSM III propose une nouvelle classification purement opératoire et athéorique basée sur des données purement empiriques. En voulant se détacher des théories psychanalytiques alors prédominantes, cette nouvelle édition vise à rapprocher les pathologies psychiatriques des pathologies somatiques. La conséquence primordiale en est l'exclusion de toute considération étiologique du trouble. En contrepartie, le DSM III introduit un nombre important d'innovations méthodologiques : diagnostic explicite, système multiaxial et une approche descriptive la plus neutre possible aboutissant à une nomenclature nosographique pour les cliniciens et les chercheurs au-delà du seul recueil statistique des premières démarches.

Toutefois, à l'usage, le DSM III suscita bon nombre de contradictions notamment en lien avec des critères pas tout à fait clairs ; une version révisée (DSM IIIR) parut en 1987.

Le DSM IV (1994) et sa version révisée DSM IV TR (2000) sont les dernières versions de cette classification catégorielle (en attendant la parution du futur DSM V).

Le but du DSM IV TR est à l'image de ses aînées de se focaliser sur la clinique, la recherche et l'enseignement via l'établissement de critères brefs, dans un langage « limpide », afin de faciliter la démarche diagnostique et la communication entre chercheurs et cliniciens, et tout autres soignants (le DSM IV-TR se veut conçu de façon à pouvoir être utilisé par tout type de soignants, spécialistes ou non, et ce, dans tous types de situations : patients hospitalisés ou ambulatoire, consultation, dispensaire...). La méthodologie mise en œuvre pour son élaboration repose sur le travail de 13 groupes d'experts ayant chacun la responsabilité d'une section du manuel via une procédure reposant sur un système formel d'arguments déterminants :

- revues de la littérature exhaustive et détaillée en retenant les études publiées ayant les meilleurs critères de validation.

- réanalyses de données : en l'absence d'études suffisantes ou de validité forte en regard d'une catégorie diagnostique, des études spécifiquement dédiées ont été organisées et/ou des protocoles d'accès à des données non publiées ont été menés.

Les comptes-rendus des groupes experts ont ensuite été révisés par 50 à 100 « conseillers » choisis pour leur expérience et compétence dans les domaines visés.

Enfin, via un bulletin semestriel publié tout au long du processus d'élaboration, puis la distribution publique du « DSM IV options book » deux ans avant la publication officielle, chaque praticien concerné pouvait apporter des critiques et suggestions sur le travail en cours.

Le DSM IV-TR regroupe au final 410 troubles psychiatriques. Il est à noter qu'une exigence particulière a été apportée pour assurer une meilleure concordance et une diminution des différences de formulation entre le DSM IV-TR et la Classification Internationale des maladies V10 (CIM-10).

3.3.2.2.2. Classification catégorielle des troubles de l'humeur « Mood Disorder » selon le DSM IV-TR.

Le DSM IV-TR vise à une classification des troubles mentaux. Le trouble mental y est conçu comme un modèle ou un syndrome comportemental ou psychologique cliniquement significatif survenant chez un individu et associé à une détresse concomitante, ou un handicap, ou à un risque significativement élevé de décès, ou de perte importante de liberté. Il est à considérer comme la manifestation d'un dysfonctionnement comportemental psychologique ou biologique de l'individu.

Les troubles de l'humeur s'inscrivent dans le modèle d'évaluation multiaxiale (introduit à partir du DSM III) sur l'Axe I.

3.3.2.2.1. Rappels sur le modèle multiaxial.

Pour rappel, le modèle d'évaluation multiaxiale comporte 5 axes visant à aider le clinicien dans son choix thérapeutique et dans son pronostic.

L'Axe I : correspond aux troubles cliniques et autres situations qui peuvent faire l'objet d'un examen clinique. Il correspond de fait à l'ensemble des troubles et situations de la classification (à l'exception des troubles de la personnalité et du retard mental) et de fait, indique le diagnostic principal (et éventuellement les diagnostics secondaires associés).

L'Axe II : correspond aux troubles de la personnalité et retard mental. L'Axe II s'adjoint à l'Axe I mais ne le substitue pas ; il peut toutefois, selon l'appréciation clinique, être considéré comme diagnostic principal.

L'Axe III : correspond aux affections médicales générales. Y sont répertoriées toutes affections somatiques susceptibles d'avoir une importance pour la compréhension ou la prise en charge du patient. Mais cet axe n'a pas intrinsèquement de valeur contributive au diagnostic.

L'Axe IV : correspond aux problèmes psychosociaux et environnementaux. Il se veut également informatif, comme aide à la compréhension du diagnostic mais n'y participe pas explicitement. Il englobe la description contextuelle du trouble clinique (événement de vie négatif, stress familial, inadéquation au support social). Il est toutefois « recommandé » de préciser si ce/ces facteur(s) influence l'initiation et/ou l'exacerbation du trouble clinique ou s'ils en sont la conséquence. Le recueil doit se concentrer sur les problèmes présents au cours de l'année précédant l'évaluation initiale.

Le recueil est organisé selon 9 catégories :

- Problèmes avec le groupe de support principal, Ex. : décès d'un membre de la famille, rupture/séparation conjugale, déménagement, surprotection parentale, négligence envers un enfant...
- Problèmes liés à l'environnement social : mort d'un ami, solitude, difficulté d'acculturation ...

- Problèmes d'éducation: analphabétisme, conflit scolaire ...
- Problèmes professionnels : chômage, horaire de travail stressant, insatisfaction au travail, conflit avec l'employeur ou les collègues...
- Problèmes de logement : absence de domicile fixe, logement précaire/inadapté, insécurité du quartier, conflits avec les voisins...
- Problèmes économiques : pauvreté, insuffisance de ressources, dettes...
- Problèmes d'accès aux services de santé : absence de structure de soin, sécurité sociale inadaptée...
- Problèmes en relation avec les institutions judiciaires/pénales : arrestation, incarcération, litiges, victime...
- « Autres problèmes environnementaux », Ex. : catastrophe naturelle, guerre, conflits avec les médecins...

Florilège des différents codages attribués à ces « autres problèmes environnementaux » selon CIM 10 :

- V954 : Accident de vaisseau spatial blessant un occupant
- W583 : Morsure par un crocodile ou un alligator
- W17 : Chute depuis le haut d'une meule de foin
- X35 : éruption volcanique
- Y 35.5 : Exécution légale
- W28 : contact avec une tondeuse à gazon à moteur
- Z99.0 : Dépendance envers un aspirateur

L'Axe V : correspond à l'évaluation globale du fonctionnement (EGF). Cet axe permet au clinicien d'indiquer un jugement sur le niveau de fonctionnement global de l'individu afin d'aider à la planification du traitement. Cette évaluation se fait à partir de l'échelle EGF et représente un moyen utile pour suivre globalement les progrès cliniques du patient. Cette échelle comporte 10 niveaux régis par 2 composantes : la gravité symptomatique, et le niveau de fonctionnement. Dans les situations où il y aurait discordance entre ces deux composantes, c'est la composante la plus sévère qui indiquera le niveau EGF. Cette cotation se réfère à la période actuelle soit le plus souvent la semaine précédant l'évaluation.

Echelle d'évaluation Globale du Fonctionnement EGF (Echelle G.A.F. ou Global Assessment of Functioning Scale) (source : DSM IV-TR) :

Evaluer le fonctionnement psychologique, social et professionnel sur un continuum hypothétique allant de la santé mentale à la maladie. Ne pas tenir compte d'une altération du fonctionnement due à des facteurs limitant d'ordre physique ou environnemental.

- **100** : Niveau supérieur de fonctionnement dans une grande variété d'activités. N'est jamais débordé par les problèmes rencontrés. Est recherché par autrui en raison de ses nombreuses qualités. Absence de symptômes.
- **90** : Symptômes absents ou minimes (p. ex, anxiété légère avant un examen), fonctionnement satisfaisant dans tous les domaines, intéressé et impliqué dans une grande variété d'activités, socialement efficace, en général satisfait de la vie, pas plus de problèmes ou de préoccupations que les soucis de tous les jours (p. ex, conflit occasionnel avec des membres de la famille).
- **80** : Si des symptômes sont présents, ils sont transitoires et il s'agit de réactions prévisibles à des facteurs de stress (P. ex, des difficultés de concentration après une dispute familiale) ; pas plus qu'une altération légère du fonctionnement social, professionnel ou scolaire (p. ex, retard temporaire du travail scolaire).
- **70** : Quelques symptômes légers (p. ex, humeur dépressive et insomnie légère) ou une certaine difficulté dans le fonctionnement social, professionnel ou scolaire (p. ex, école buissonnière épisodique ou vol en famille) mais fonctionne assez bien de façon générale et entretient plusieurs relations interpersonnelles positives.
- **60** : Symptômes d'intensité moyenne (p. ex, émoussement affectif, prolixité circonlocutoire, attaques de panique épisodiques) ou difficultés d'intensité moyenne dans le fonctionnement social, professionnel ou scolaire (p. ex, peu d'amis, conflits avec les camarades de classe ou les collègues de travail).
- **50** : Symptômes importants (p. ex, idéation suicidaire, rituels obsessionnels sévères, vol répétés dans les grands magasins) ou altération importante du fonctionnement social, professionnel ou scolaire (p. ex, absence d'amis, incapacité à garder un emploi).
- **40** : Existence d'une certaine altération du sens de la réalité ou de la communication (p. ex, discours par moments illogique, obscur ou inadapté) ou déficience majeure dans plusieurs domaines p. ex, le travail, l'école, les relations familiales, le jugement, la pensée ou l'humeur (p. ex, un homme déprimé évite ses amis, néglige sa famille et est incapable de travailler ; un enfant bat fréquemment des enfants plus jeunes que lui, se montre provoquant à la maison et échoue à l'école).
- **30** : Le comportement est notablement influencé par des idées délirantes ou des hallucinations ou trouble grave de la communication ou du jugement (p. ex, parfois incohérent, actes grossièrement inadaptés, préoccupation suicidaire) ou incapable de fonctionner dans presque tous les domaines (p. ex, reste au lit toute la journée, absence de travail, de foyer ou d'amis).
- **20** : Existence d'un certain danger d'auto ou d'hétéro-agression (p. ex, tentative de suicide sans attente précise de la mort, violence fréquente, excitation maniaque) ou incapacité temporaire à maintenir une hygiène corporelle minimum (p. ex, se barbouille d'excréments) ou altération massive de la communication (p. ex, incohérence indiscutable ou mutisme).
- **10** : Danger persistant d'auto ou d'hétéro-agression grave (p. ex, accès répétés de violence) ou incapacité durable à maintenir une hygiène corporelle minimum ou geste suicidaire avec attente précise de la mort
- **0** : Information inadéquate

3.3.2.2.2. Troubles de l'humeur selon Axe I du DSM IV-TR.

Le DSM IV-TR répertorie à ce jour 10 diagnostics de troubles de l'humeur qui se veulent homogènes :

- Trouble dépressif majeur/caractérisé
- Trouble dysthymique
- Trouble dépressif non spécifié
- Trouble bipolaire I
- Trouble bipolaire II
- Trouble cyclothymique
- Trouble bipolaire non spécifié
- Trouble de l'humeur dû à une affection médicale générale
- Trouble de l'humeur induit par une substance
- Trouble de l'humeur non spécifié

La démarche diagnostique catégorielle doit procéder en 3 étapes :

1 : la recherche d'un épisode thymique -> maniaque, mixte, hypomane, dépressif caractérisé, dépressif non caractérisé.

2 : puis l'inclusion de cet épisode au sein du tableau critériel correspondant à l'un des 10 troubles de l'humeur.

3 : attribution de spécifications : niveau de sévérité, sous caractérisation, éléments évolutifs (actuels ou longitudinaux) propre à chaque « trouble ».

A visée illustrative et pour rester dans le cadre de ce travail de thèse, nous exposerons succinctement :

- Les critères d'un épisode dépressif majeur/caractérisé et non caractérisé.
- Les critères d'un trouble dépressif majeur et ses spécifications.
- Puis les principaux diagnostics différentiels que sont le trouble dysthymique, le trouble dépressif non spécifié, le trouble de l'humeur dû à une affection médicale générale et le trouble de l'humeur induit par une substance.

a) Critères d'un Episode dépressif majeur = caractérisé.

- A. Au moins cinq des symptômes suivants doivent avoir été présents pendant une même période d'une durée de deux semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir.

NB. : Ne pas inclure des symptômes qui sont manifestement imputables à une affection médicale générale à des idées délirantes ou à des hallucinations non congruentes à l'humeur.

- (1) Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (p. ex, pleure). NB. : Eventuellement irritabilité chez l'enfant et l'adolescent.
 - (2) Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).
 - (3) Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (p. ex, modification du poids corporel en un mois excédant 5%), ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours. NB. : Chez l'enfant, prendre en compte l'absence de l'augmentation du poids attendue.
 - (4) Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours
 - (5) Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).
 - (6) Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours
 - (7) Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).
 - (8) Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).
 - (9) Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.
- B. Les symptômes ne répondent pas aux critères d'Episode mixte.
- C. Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- D. Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex., une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale (p. ex., hypothyroïdie).
- E. Les symptômes ne sont pas mieux expliqués par un Deuil, c'est-à-dire après la mort d'un être cher, les symptômes persistent pendant plus de deux mois ou s'accompagnent d'une altération marquée du fonctionnement, de préoccupations morbides de dévalorisation, d'idées suicidaires, de symptômes psychotiques ou d'un ralentissement psychomoteur.

Remarques :

L'exigence critérielle impose ainsi 5 symptômes pendant une période d'au moins 2 semaines avec la notion d'une rupture par rapport au fonctionnement antérieur du sujet.

Parmi ces 5 symptômes : deux sont prédominants (1) et (2) -> la présence de l'un des deux est nécessaire, auxquels doivent s'adjoindre 3 à 4 symptômes « secondaires » = (3) à (9) (selon qu'il y ait soit (1) ou (2) ou (1) et (2)).

Un épisode dépressif sera dit **non caractérisé** si :

- Il ne présente ni (1) ni (2).
- Il présente (1) ou (2) mais moins de 4 symptômes « secondaires » = (3) à (9).
- Il présente les critères prédominants et secondaires requis mais sur une période inférieur à deux semaines ; ou si il n'est pas constaté de rupture par rapport au fonctionnement antérieur du sujet.

b) Critères diagnostiques du Trouble dépressif majeur, Episode isolé.

- A. Présence d'un épisode dépressif majeur.
- B. L'épisode dépressif majeur n'est pas mieux expliqué par un Trouble schizo-affectif et n'est pas surajouté à une Schizophrénie, un Trouble schizophréniforme, un Trouble délirant, ou un Trouble psychotique non spécifié.
- C. Il n'y a jamais eu d'Episode manique, d'Episode mixte ou d'Episode hypomaniaque.

NB. : Cette règle d'exclusion ne s'applique pas si tous les épisodes d'allure manique, mixte, ou hypomaniaque ont été induits par une substance ou par un traitement, ou s'ils sont dus aux effets physiologiques directs d'une affection médicale générale.

Si tous les critères sont actuellement remplis pour un Episode dépressif majeur, spécifier son statut clinique actuel et/ou ses caractéristiques :

- Léger, moyen, sévère sans caractéristique psychotiques, sévère avec caractéristiques psychotiques.
- Chronique.
- Avec caractéristiques catatoniques.
- Avec caractéristiques mélancoliques.
- Avec caractéristiques atypiques.
- Avec début lors du post-partum.

Remarques :

Le Trouble dépressif majeur, Episode isolé requiert ainsi :

- La présence d'un Episode dépressif caractérisé.
- L'exclusion de diagnostic différentiel (B) (C).

Il convient ensuite de préciser les spécifications du Trouble dépressif majeur, Episode isolé :

- Index de sévérité : léger, majeur, sévère sans caractéristique psychotique, sévère avec caractéristique psychotique.
 - Léger : au maximum 5 à 6 symptômes dépressifs avec incapacité légère et une capacité fonctionnelle normale mais aux prix d'efforts importants et inhabituels.
 - Sévère sans caractéristique psychotique : présence de pratiquement tous les symptômes dépressifs avec incapacité nette et observable.
 - Moyen : entre les deux ...
 - Sévère avec caractéristique psychotique : indique la présence d'idées délirantes ou d'hallucinations durant l'épisode actuel et qui sont congruentes avec des thèmes dépressifs (culpabilité, châtement, nihilisme, ruine)
- Index de chronicité : le trouble est dit chronique si les symptômes dépressifs ont été présents continuellement depuis au moins 2 ans ; situation non rare corrélé soit à un tamponnage familial, soit un déni des troubles, soit des difficultés à initier la démarche de soin, soit du fait d'une incapacité liée à la maladie (apragmatisme, RPM), soit par peur/honte du fait de la représentation sociétale des maladies psychiatriques.
- Index de caractérisation : le DSM IV-TR reconnaît à ce jour 4 caractérisations du Trouble dépressif Majeur, Episode isolé.

1. Caractéristiques catatoniques :

Le tableau clinique est dominé par au moins deux des éléments suivants :

- (1) Immobilité motrice se traduisant par une catalepsie (y compris une flexibilité cireuse) ou un état de stupeur.
- (2) Activité motrice excessive (apparemment sans but et non influencée par les stimuli externes).
- (3) Négativisme extrême (résistance sans motif apparent à toutes les consignes ou maintien d'une posture rigide résistant à toute tentative de mobilisation) ou mutisme.
- (4) Mouvements volontaires bizarres se manifestant par l'adoption de postures (maintien volontaire de posture inappropriées ou bizarres), de mouvements stéréotypés, d'un maniérisme ou d'une mimique grimaçante prononcée.
- (5) Echolalie ou échopraxie.

2. Caractéristiques mélancoliques :

A – L'un des éléments suivants a été présent au cours de la période la plus grave de l'épisode actuel :

- (1) Perte du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités.
- (2) Absence de réactivité au stimulus habituellement agréable (ne se sent pas beaucoup mieux, même temporairement, lorsqu'un évènement agréable survient).

B- Trois éléments (ou plus) parmi les suivants :

- (1) Qualité particulière de l'humeur dépressive (c-à-d. l'humeur dépressive est ressentie comme qualitativement différente du sentiment éprouvé après la mort d'un être cher).
- (2) Dépression régulièrement plus marquée le matin.
- (3) Réveil matinal précoce (au moins 2 heures avant l'heure habituelle du réveil).
- (4) Agitation ou ralentissement psychomoteur marqué.
- (5) Anorexie ou perte de poids significative.
- (6) Culpabilité excessive ou inappropriée.

3. Caractéristiques atypiques :

A – réactivité de l'humeur (c-à-d. les évènements positifs réels ou potentiels améliorent l'humeur).

B – Deux des caractéristiques suivantes :

- (1) Prise de poids ou augmentation de l'appétit significative.
- (2) Hypersomnie.
- (3) Membres « en plomb » (c-à-d. sensation de lourdeur, « de plomb » dans les bras et les jambes).
- (4) La sensibilité au rejet dans les relations est un trait durable (c-à-d. qu'elle n'est pas limitée aux épisodes de trouble thymique) qui induit une altération significative du fonctionnement social ou professionnel.

C – Ne répond pas aux critères avec caractéristiques mélancoliques ou avec caractéristiques catatoniques au cours du même épisode.

4. Caractéristique liée au post-partum immédiat :

Le début de l'épisode survient dans les quatre premières semaines du post-partum.

- Index d'évolution/rémission :

Le critère de rémission complète exige une période d'au moins deux mois sans symptômes dépressifs significatifs.

Le critère de rémission partielle s'envisage selon deux possibilités :

- Rémanence de quelques symptômes de l'EDM mais ne répondant plus aux exigences critérielles.
- Absence de symptômes dépressifs significatifs mais la durée de rémission est inférieure à 2 mois.

Au terme de cette évaluation progressive, on peut ainsi remplir un rapport d'évaluation multiaxiale, véritable pièce d'identité du trouble dépressif évalué. L'ensemble se traduit sous la forme d'une codification dédiée.

c) **Diagnostics différentiels fréquents.**

Nous décrivons successivement le trouble dysthymique, le trouble dépressif non spécifié, le trouble de l'humeur dû à une affection médicale générale puis le trouble de l'humeur induit par une substance.

Il existe, bien évidemment, beaucoup d'autres diagnostics différentiels mais l'objectif de cette présentation vise simplement à décrire les critères de catégorisation de ces diagnostics proches pour ensuite examiner les limites et critiques relatives à la classification DSM IV-TR.

- Trouble dysthymique :

A – Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, plus d'un jour sur deux pendant au moins deux ans, signalée par le sujet ou observée par les autres. NB. : Chez les enfants et les adolescents, l'humeur peut être irritable et la durée doit être d'au moins un an.

B – Quand le sujet est déprimé, il présente au moins deux des symptômes suivants :

- (1) Perte d'appétit ou hyperphagie.
- (2) Insomnie ou hypersomnie.

- (3) Baisse d'énergie ou fatigue.
- (4) Faible estime de soi.
- (5) Difficultés de concentration ou difficultés à prendre des décisions.
- (6) Sentiments de perte d'espoir.

C – Au cours de la période de deux ans (un an pour les adolescents) de perturbation thymique, le sujet n'a jamais eu de périodes de plus de deux mois consécutifs sans présenter les symptômes des critères A et B.

D – Au cours des deux premières années (de la première année pour les enfants et les adolescents) de la perturbation thymique, aucun Episode dépressif majeur n'a été présent ; c'est-à-dire que la perturbation thymique n'est pas mieux expliquée par un Trouble dépressif majeur chronique ou par un Trouble dépressif majeur en rémission partielle.

NB. : En cas d'Episode dépressif majeur antérieur, celui-ci doit avoir été en rémission complète (absence de signes ou de symptômes significatifs pendant deux mois) avant le développement du trouble dysthymique. Par ailleurs, après les deux premières années (la première année pour les enfants et les adolescents) du Trouble dysthymique, des épisodes de Trouble dépressif majeur peuvent se surajouter : dans ce cas, les deux diagnostics doivent être portés si les critères d'un Episode dépressif majeur sont remplis.

E – Il n'y a jamais eu d'Episode maniaque, mixte ou hypomaniaque et les critères du Trouble cyclothymique n'ont jamais été réunis.

F – La perturbation thymique ne survient pas uniquement au cours de l'évolution d'un Trouble psychotique chronique, tel une Schizophrénie ou un Trouble délirant.

G – Les symptômes ne sont pas dus aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex, une drogue donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale (p. ex, hypothyroïdie).

H – Les symptômes entraînent une souffrance cliniquement significative, ou une altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants.

Spécifier si :

- Début précoce : si survenue du trouble avant l'âge de 21 ans
- Début tardif : si survenue du trouble à l'âge de 21 ans ou après

- Avec caractéristiques atypiques

- Trouble dépressif non spécifié :

Il s'agit d'un diagnostic d'élimination, cette catégorie diagnostique ne sera retenue que si on a pu exclure auparavant :

- Trouble dépressif majeur, dû à une substance ou une affection somatique
- Trouble dysthymique
- Trouble de l'adaptation avec humeur dépressive

Les exemples cités par le DSM IV-TR pour ce trouble sont :

- Le trouble dysphorique prémenstruel : présence de symptômes dépressifs pendant la phase lutéale des menstruations qui disparaissent peu après les règles.
- Le trouble dépressif mineur : épisode dépressif non caractérisé pendant au moins deux semaines
- Le trouble dépressif bref récurrent : épisode dépressif inférieur à 2 semaines mais survenant au moins une fois par mois pendant un an.
- Le trouble dépressif post-psychotique de la schizophrénie
- Toutes situations où un trouble dépressif est présent d'après le clinicien mais pour lequel ce dernier ne peut déterminer s'il est primaire, dû à une substance ou une affection médicale générale.

- Trouble dépressif dû à une affection médicale générale :

Ce trouble individualisé prévoit la survenue de symptômes dépressifs au premier plan, persistants et invalidants, mais dont la survenue est la conséquence physiologique directe d'une affection médicale générale (Ex classique de l'hypothyroïdie, Maladie de Parkinson, AVC, carence en vitamine B12, lupus...)

Les critères diagnostiques sont :

A – Une perturbation thymique au premier plan et persistante domine le tableau clinique et est caractérisée par l'un des deux (ou les deux) critères suivants :

- (1) Humeur dépressive ou diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités
- (2) Elévation de l'humeur, ou humeur expansive ou irritable

B – Les antécédents, l'examen physique ou les examens complémentaires montrent clairement que la perturbation est la conséquence physiologique directe d'une affection générale.

C – La perturbation n'est pas mieux expliquée par un autre trouble mental (p. ex, Trouble de l'adaptation avec humeur dépressive en réponse au stress lié à une affection médicale générale).

D – La perturbation ne survient pas uniquement au décours d'un delirium.

E – Les symptômes entraînent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants.

• Trouble dépressif induit par une substance :

Il s'agit là encore de la survenue d'un trouble dépressif marqué et invalidant mais survenant consécutivement à des effets physiologiques directs d'une substance (médicaments (ex :Malarone) toxique (cannabis, alcool) ou encore exposition à des métaux lourds, essence, peinture, pesticide, monoxyde de carbone...)

Les cas de survenue de tableau dépressif lié à l'exposition à de la peinture (artisan peintre) ou aux pesticides (agriculteurs) sont loin d'être rares ; il n'existe pas à ce jour d'étude dédiée à ces corrélations mais le domaine de la Médecine du Travail indique clairement ces risques professionnels inhérents au cahier des charges de ces professions...

Les critères diagnostiques du Trouble de l'humeur induit par une substance sont :

A – Une perturbation thymique au premier plan et persistante domine le tableau clinique et est caractérisée par l'un des deux (ou les deux) critères suivants :

- (1) Humeur dépressive ou diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités
- (2) Elévation de l'humeur, ou humeur expansive ou irritable

B – Les antécédents, l'examen physique ou les résultats des examens complémentaires montrent clairement que soit (1), soit (2) :

- (1) Les symptômes du Critère A se sont développés pendant ou dans le mois ayant suivi une Intoxication par une substance ou un Sevrage
- (2) La perturbation est étiologiquement liée à la prise d'un médicament

C – La perturbation n'est pas mieux expliquée par un autre trouble de l'humeur non induit par une substance. Les éléments suivants sont à prendre en compte pour montrer que les symptômes ne sont pas mieux expliqués par un Trouble de l'humeur non induit par une substance : la survenue des symptômes a précédé le début de la prise de la substance (ou de médicaments) ; les symptômes ont persisté pendant une période de temps conséquente (p. ex, environ un mois) après la fin d'un sevrage ou d'une intoxication grave, ou ils sont disproportionnés par rapport à ce qui peut être attendu étant donné le type et la quantité de substance prise ou la durée de consommation ; ou bien encore, d'autres signes évoquent l'existence indépendante d'un Trouble de l'humeur non induit par une substance (p. ex, antécédents d'épisodes dépressifs majeurs récurrents).

D – La perturbation ne survient pas uniquement au décours d'un délirium.

E – Les symptômes entraînent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social professionnel, ou dans d'autres domaines importants.

NB. : Ce diagnostic , et non celui d'une intoxication par une substance ou d'un sevrage d'une substance, doit être porté uniquement lorsque les symptômes thymiques sont disproportionnés par rapport à ceux habituellement associés à une intoxication ou à un syndrome de sevrage, et lorsque les symptômes sont suffisamment sévères pour justifier un examen clinique.

3.3.2.3. Critiques et Limites relatives à la classification DSM IV-TR en regard du polymorphisme clinique de la dépression.

Le DSM IV-TR représente indubitablement un ouvrage de référence dans la pratique clinique quotidienne du psychiatre dans une optique de classification et d'orientation diagnostique.

Il répond notamment à un des problèmes récurrents de la discipline psychiatrique : le cloisonnement des entités nosographiques selon des critères objectifs et athéoriques.

Longtemps la communication entre psychiatres était biaisée par les orientations théoriques privilégiées de ces derniers conduisant à des incompréhensions manifestes : mélancolie selon le courant analytique n'ayant pas la même signification que dans le courant bio systématicien...

Le DSM IV-TR représente ainsi un outil utile car « non affilié » et intégratif (une forme d'espéranto pour psychiatre).

Cependant cette démarche de classification catégorielle n'est pas indemne de critiques.

La première étant que la démarche diagnostique qu'elle impose, se veut fastidieuse, peu intuitive et complexe du fait de sa rigidité et de la multiplicité des catégories de troubles diagnostiques « proches ». Le recueil des données est loin d'être aisé « in situ ».

La deuxième remarque d'ordre général est que le DSM IV-TR se veut « une classification des troubles mentaux et non des personnes les présentant » [DSM IV-TR p XXXVI]. Ce principe est clairement assumé par les rédacteurs et concepteurs du DSM IV-TR mais il se heurte aussi à un principe fondamental de l'exercice clinique : la rencontre entre un soignant et un patient (et non une maladie). Qu'importe les chiffres d'incidence ou de prévalence d'un trouble (6,8, 10% ?) le patient doit, lui, faire face à 100% de sa maladie ! Et le DSM IV-TR se montre malheureusement très réducteur vis-à-vis de la multiplicité des facettes dépressives.

Plus spécifiquement, on peut relever différentes limites et critiques relatives au processus de classification catégorielle des troubles dépressifs.

3.3.2.3.1. Vis-à-vis des critères de l'Episode dépressif caractérisé.

3.3.2.3.1.1. Critères contextuels : seulement à visée d'exclusion et peu adéquates.

Le tableau critériel n'évoque que 3 facteurs contextuels proprement dit : l'affection médicale générale, l'usage/ l'exposition à des substances et le deuil. Hors ces 3 facteurs sont à visée d'exclusion !

Pour les facteurs d'affections médicales générales et l'usage/l'exposition à des substances ; l'exclusion provient de l'existence de trouble diagnostique spécifique dédié. Cependant, la reconnaissance de ces troubles spécifiques dédiés prévoit l'établissement d'un lien de causalité certain et direct entre symptômes dépressifs et le processus physiologique sous-jacent. Or, même si il est clairement documenté que l'hypothyroïdie peut induire des

symptômes dépressifs, il n'est pas non plus démontré que 100% des hypothyroïdies provoquent des éléments dépressifs. Il en va de même pour d'autres affections médicales générales et substances dont il est fréquent de présupposer un rôle d'induction physiologique de dépression... Il se pose ainsi clairement la question théorique du choix entre comorbidité (cause-conséquence) et simple cooccurrence ?

La question ne pose qu'un problème théorique puisque en pratique tout clinicien envisagera et traitera les 2 versants (somatique et psychiatrique) Toutefois, cela pourra avoir des répercussions sur le choix de la thérapeutique ! « on soigne l'hypothyroïdie, la dépression se résoudra d'elle-même en suivant ... » ou pas !

Le choix de l'exclusion du deuil est davantage soumis à controverse.

Ainsi, le deuil n'est répertorié dans le DSM IV-TR que dans la catégorie « autres situations qui peuvent faire l'objet d'un examen clinique » sous le code Z63.4.

En pratique, le DMS IV-TR reconnaît qu'un sujet « peut être affligé par la perte d'un proche » et « présenter des symptômes caractéristiques d'un Episode dépressif majeur » [DSM IV-TR p 852]. Toutefois, il est précisé que cette symptomatologie est à considérer comme « normale » et que le diagnostic de Trouble dépressif majeur ne sera à poser qu'après une période de deux mois après la perte. La perte d'un proche est malheureusement un événement de vie auquel chacun d'entre nous a été ou sera confronté un jour. Cette perte et la période qui s'en suit est manifestement marquée par la survenue de symptômes d'ordre dépressif. Cette période peut être considérée comme une « phase dépressiogène normale » à respecter. Cependant, la controverse est plus marquée lorsque l'on considère le critère du délai de « deux mois » pour évoquer un Trouble dépressif majeur même si tous les critères nécessaires sont déjà présents au préalable.

Pourquoi ne pas considérer la réalité clinique et s'imposer ce délai de deux mois ? Il ne fait nul doute que la personne souffrant après la perte d'un proche présente une douleur morale significative d'autant plus si tous les critères du Trouble dépressif majeur sont présents ; pourquoi ne pas poser le diagnostic correspondant et « agir » en conséquence ?

Les réponses à cet état de fait seraient que cet événement de vie étant quasi inéluctable pour chacun d'entre nous, il serait « maladroit » et « stigmatisant » de poser ce diagnostic même si tous les critères nécessaires sont présents... Par ailleurs, cette détresse post-deuil, même si elle est source de souffrance intense, serait à respecter pour que s'accomplisse le processus de résilience...

Cependant, on peut se poser la question du pourquoi cette souffrance liée au deuil serait ainsi sanctuarisée et pas celle consécutive à d'autres pertes toutes aussi significatives

(divorce, licenciement...). La souffrance liée à un évènement de vie de type perte paraît intuitivement être la même, et par ailleurs son intensité dépendra même davantage du vécu subjectif de la perte que du contexte de la perte (un deuil peut être mieux vécu qu'un divorce !). Alors pourquoi ce délai de « deux mois » avant d'évoquer le caractère pathologique du Deuil ? En raisonnant par l'absurde, on pourrait ainsi plaquer ce même délai pour les patients manifestement dépressifs après une perte autre qu'un deuil...

Cette approche du DSM IV-TR à l'égard du deuil, paraît ainsi assez arbitraire et exagérée ; bien évidemment le DSM IV-TR n'interdit en aucun cas un accompagnement thérapeutique avant ce délai de deux mois mais fait preuve d'une forme de puritanisme en repoussant le diagnostic approprié dans le cas où tous les critères sont réunis pour.

On peut comprendre l'enjeu de ne pas surmédicaliser un épisode de vie contextuel comme le deuil ; mais encore une fois, en quoi diffère-t-il d'un autre évènement de vie de type perte ?

Le distinguo entre deuil normal et pathologique et les controverses qui vont avec ne sont pas nouvelles : Respecter ? Intervenir ? Selon quels critères ? A partir de quel niveau de souffrance ? Loin de vouloir aller plus loin dans ce débat, il semble toutefois logique de retenir deux aspects importants :

- Le deuil est un épisode contextuel indubitablement dépressiogène, ce qui ne signifie pas qu'un sujet « exposé » fera obligatoirement une dépression ; une phase de résolution intrinsèque pouvant bien sûr s'opérer.
- Un sujet exposé à un deuil et qui présente tous les critères d'un trouble dépressif majeur devrait être considéré et accompagné thérapeutiquement comme tel bien avant ce délai de « deux mois ». Le DSM IV-TR « atténue » cependant ce critère de délai de deux mois en cas de présence de symptômes non caractéristiques d'une réaction « normale » au deuil :
 - o Culpabilité à propos de choses autres que les actes entrepris ou non entrepris par le survivant à l'épisode du décès
 - o Idées de mort chez le survivant ne correspondant pas au souhait d'être mort avec la personne décédée
 - o Sentiment morbide de dévalorisation
 - o Ralentissement psychomoteur marqué
 - o Altération profonde et prolongée du fonctionnement
 - o Hallucinations autres que celles d'entendre la voix ou de voir transitoirement l'image du défunt.

Ces critères supplémentaires peuvent selon le DSM IV-TR pouvoir faire évoquer un épisode dépressif majeur avant le dit délai de « 2 mois » ; toutefois, on peut noter que ces critères supplémentaires vont au-delà de ceux retenus pour catégoriser un EDM et ne justifie pas la distinction entre le deuil et les autres évènements de vie de type perte.

Le deuil dit « pathologique » ou « compliqué » n'existe par ailleurs pas en tant qu'entité nosographique propre au sein du DSM IV-TR. Cette entité est pourtant reconnue et étudiée au sein de la communauté scientifique.

Le deuil pathologique, d'après Bourgeois et al [256] est à considérer lorsque :

- Il est absent
- Son intensité est extrême
- Sa durée est prolongée (supérieure à un an)

Ses caractéristiques sont une ambivalence (avec agressivité) vis-à-vis des relations préexistantes avec le défunt (ratio de 3/4), et la notion de deuil répété (ratio 1/2) chez le survivant.

Le risque suicidaire est faiblement supérieur à celui de la population générale, cependant. [257]

Il est dit « compliqué » lorsqu'il induit la survenue d'une pathologie psychiatrique ; la plus fréquente étant le trouble de l'humeur dépressif dont la survenue « caractérisée » est le plus souvent précoce.

A distance, 10% des veufs présentent encore un trouble dépressif plus d'un an après le décès d'un proche.

L'entité « Deuil » est donc intrinsèquement corrélée à une symptomatologie dépressive ; et cette symptomatologie est le plus souvent **caractérisée** et **précoce**, et source de complications notables. Le critère de « 2 mois » proposé par le DSM IV-TR semble, par conséquent, peu adapté à la réalité du vécu du deuil.

3.3.2.3.1.2. Critères d'inclusion : réducteurs de la réalité clinique.

On peut émettre une critique importante.

Le processus d'inclusion exige 5 symptômes avec la présence nécessaire de (1) ou (2) et 3 à 4 symptômes secondaires (3) à (9).

Par conséquent, un patient X présentant une humeur dépressive (1) avec hypersomnie (4) fatigue (6) difficulté de concentration (8) et un ralentissement psychomoteur (5) ; et un patient Y présentant une anhédonie (2) une perte de poids (3) une agitation psychomotrice

(5), un sentiment de dévalorisation excessif (7) et des pensées de mort récurrentes (9) auront tout deux un Episode Dépressif caractérisé.

Les deux tableaux cliniques sont pourtant distincts mais aboutissent au même diagnostic.

Par conséquent, les critères de l'Episode dépressif majeur = caractérisé conduisent à l'inclusion de formes différentes et hétérogènes de dépression. Ceci crée un réel décalage vis-à-vis de la réalité clinique ; et de fait, à une forme d'agglomérat de formes cliniques distinctes.

3.3.2.3.2. Vis-à-vis du critère d'intensité du Trouble dépressif de l'humeur majeur.

L'index de spécification d'intensité du trouble peut également conduire à des situations confusiogènes.

En effet, il n'existe pas de réelles organisations hiérarchiques des critères hormis la distinction entre (1) (2) par rapport à (3) à (9).

Un patient X présentant humeur dépressive (1), anhédonie marquée (2), idées suicidaires (9), sentiment de dévalorisation excessive (7) et agitation psychomotrice (5) conduit au diagnostic du trouble dépressif caractérisé d'intensité légère.

Un patient Y présentant humeur dépressive (1), gain de poids significatif (3), hypersomnie (4), fatigue (6), indécision (8) et anhédonie (2) conduit au diagnostic de trouble dépressif d'intensité modérée.

Cette différence « d'intensité » semble troublante si l'on considère qu'en pratique clinique quotidienne, un patient présentant des idées suicidaires et un fort sentiment de dévalorisation alertera « davantage » le praticien qu'une variation pondérale ou une perte d'énergie.

L'ensemble des critères 1 à 9 sont évidemment représentatifs de la clinique dépressive, mais dans un contexte d'évaluation d'intensité, il semble de façon empirique que la présence d'idéation suicidaire et/ou un fort sentiment de dévalorisation soit plus impactant et représentatif de davantage de dangerosité qu'une perte de poids ou une fatigabilité.

Une redéfinition de l'index d'intensité avec par exemple une hiérarchisation des critères (3) à (9) semblerait pertinente.

Nous n'omettons pas que le DSM IV-TR adjoint dans l'évaluation de l'index de sévérité, la prise en compte de la « capacité » fonctionnelle du sujet ; mais cela ne fait que modérer l'absence d'équivalence entre les critères (3) à (9).

On peut illustrer ce même problème en considérant un patient X présentant humeur dépressive (1), anhédonie marquée (2), sentiment de culpabilité excessive (7) et idéations suicidaires (9) depuis plus de 2 semaines ; ce tableau clinique conduit à un Episode dépressif non caractérisé (car moins de 5 symptômes) et donc au diagnostic de Trouble dépressif non spécifié : Trouble dépressif mineur.

Cet exemple, certes caricatural, est pourtant bel et bien envisageable au niveau théorique selon le DSM IV-TR.

3.3.2.3.3. Vis-à-vis des évaluations des Axes II à V.

3.3.2.3.3.1. En regard de l'axe II (Trouble de la personnalité et retard mental).

Le praticien face à cet Axe se retrouve dans 2 cas de figures :

- 1ère éventualité :

Les troubles sont déjà connus et validés. Dans ce cas, le potentiel informatif est certain et permettra une meilleure compréhension des aspects de la dépression en cours, même s'il restera la question princeps du « diagnostic principal » à appréhender.

- 2ème éventualité :

Il n'existe pas de trouble de l'Axe II identifié au préalable.

Dès lors, se pose la problématique du recueil des données : le patient est-il en « capacité » de fournir des éléments adéquats pour attester de l'existence préalable de ces troubles ?

Par ailleurs, en situation de crise aiguë, il a été démontré une influence réciproque du Trouble dépressif sur le Trouble de la personnalité. L'étude de Hansenne et al [258] démontre une intrication complexe entre personnalité et dépression : le trouble de personnalité peut modifier la présentation clinique de la dépression et inversement la dépression peut moduler certains aspects de la personnalité en aiguë mais aussi sur le long terme. Il en résulte une situation confuse du fait de l'intrication des 2 troubles. Essayer de déterminer l'existence potentielle d'un trouble de la personnalité sur un mode synchronique s'avère ainsi peu opérant. L'évaluation de cet éventuel trouble de l'Axe II devra alors s'opérer selon une approche diachronique via l'interrogatoire du patient et de ses proches sur son état avant survenue du trouble dépressif ; il se pose alors la question de la validité des réponses du patient (sa perception subjective étant modulée par le filtre dépressif) ou de ses proches (témoignages certes extérieurs mais réellement objectifs ? non soumis à leur propre projection et interprétation ?).

Enfin n'oublions pas que le fait de poser un diagnostic de trouble de la personnalité nécessite par définition un recul et une évaluation sur le long terme.... Poser un diagnostic « instantané » de trouble de la personnalité est à contre sens de cette dimension psychique.

3.3.2.3.3.2. En regard de l'axe III (affection médicale générale).

Il convient, en première intention, de distinguer les affections somatiques ayant un potentiel direct physiologique dépressiogène (Ex : Hypothyroïdie, Maladie de parkinson...) et les affections somatiques non directement dépressiogènes.

Pour les premières, on rappellera la problématique entre comorbidité (cause → conséquence) et simple cooccurrence qui reste difficile à évaluer.

Pour les secondes, elles ont un potentiel informatif indubitable selon l'impact subjectif qu'elles auront sur le sujet. Elles peuvent aisément représenter un facteur déclenchant/précipitant du trouble dépressif notamment sur une modalité d'épuisement (souffrance liée à la maladie) ou de perte (perte d'un idéal de vie). (Nous réaborderons ces notions dans le chapitre Etiopathogénie : facteurs précipitant).

Dans le cadre de ces pathologies somatiques pouvant induire un trouble dépressif réactionnel, il est dommageable que le DSM IV-TR ne préconise pas d'en faire mention ; par ailleurs, il faut rappeler que cet Axe III, tout comme le IV et le V, ne sont pas directement contributifs au diagnostic ! Et ne sont là que pour « aider le praticien dans ses choix thérapeutiques et évaluation pronostic ». L'identification d'un facteur précipitant semble pourtant indirectement un argument fort pour attester d'un processus dépressif réactionnel...

3.3.2.3.3.3. En regard de l'axe IV.

Ce recueil de données n'est encore une fois qu'informatif et non directement contributif au diagnostic ! Or, cet Axe correspond au recueil des données contextuel et environnemental du patient ; c'est-à-dire aux facteurs prédisposants et aux facteurs précipitants d'un trouble dépressif ! Ces données semblent pourtant essentielles dans la compréhension des spécificités de la forme dépressive du sujet ... (Cf.chapitre Etiopathogénie de la Dépression).

Par ailleurs, le recueil de ces données s'organise selon 9 catégories situationnelles (éducation, professionnelle ...) d'où un recueil fastidieux.

Enfin, le DSM IV-TR précise que l'on ne doit y considérer que les facteurs contextuels **NEGATIFS** et non les positifs ! [DSM IV-TR p 36] ; et ne retenir que les facteurs étant

survenus dans l'année précédent la première évaluation diagnostique [DSM IV-TR p36]. Par conséquent, cet Axe IV ne consiste qu'en un recueil des facteurs contextuels tronqués et biaisés si on s'en tient aux consignes du DSM IV-TR car ignorant les événements vulnérabilisant significatifs étant survenus antérieurement à cette période d'un an et ne retenant que les facteurs à tonalité négative (pas d'identification des facteurs protecteurs coexistant permettant une pondération entre les différents événements de vie).

3.3.2.3.3.4. En regard de l'axe V.

Peu de critique à émettre vis-à-vis de cette cotation globale qui appréhende le fonctionnement à la fois psychologique, social et professionnel sur un continuum hypothétique allant de la santé mentale à la maladie. Cette échelle semble même davantage représentative de la sévérité du trouble que l'index de spécification de sévérité dédié au trouble de l'humeur dépressive.

Il persiste seulement, lorsqu'il survient le problème de discordance entre les deux composantes (gravité symptomatique et fonctionnement) qui peut altérer la compréhension détaillée du phénomène dépressif.

3.3.2.3.4. Vis-à-vis des considérations ethniques et culturelles.

Le DSM IV-TR reconnaît implicitement avoir été conçu selon un modèle normatif reposant sur les critères sociétaux et culturels nord-américains [DSM IV-TR p XXXVIII]. De fait, son utilisation à visée diagnostique auprès de personnes provenant de groupes ethniques et/ou de culture différente peut être une vraie gageure. Rappelons que par définition, un trouble mental est à considérer comme une modalité de l'expérience vécue et des conduites qui dévie notablement de ce qui est attendu dans la culture de référence d'un individu.

E. Durkheim rapproche le trouble mental d'un phénomène social issu d'interaction réciproque entre une composante externe (= la culture) et une composante interne (= le fonctionnement psychique de l'individu). Le trouble mental est donc à intégrer selon la composante du relativisme culturel; la culture représentant un déterminant essentiel de la Norme (soit de la limite entre le normal et le pathologique).

Or, la culture (référence définition Unesco) se définit par l'ensemble des traits distinctifs, spirituels et matériels, intellectuels et affectifs qui caractérisent une société. Elle englobe l'art, les lettres, modes de vie, droits fondamentaux, systèmes de valeurs, traditions,

croyances et science. Elle se veut universelle : chaque groupe sociétal quel que soit son niveau de développement, possède sa propre culture ; et multiple, du fait de la variabilité de ses composantes structurelles.

De ce multiculturalisme, on en déduit une variabilité des normes et donc des déviations.

Chaque société « développe » ainsi ses propres modèles de déviance : « on présente un trouble par rapport à une société donnée » (A. Beguin). Ainsi, la thèse d'une universalité de la psychopathologie doit être remise en question. La proposition ethnopsychiatrique, originale et dérangement, initiée par G. Devereux [259] puis complétée par T. Nathan [260] [261] pose l'existence d'une multiplicité de modèles psychopathologiques avec chacun leur nosologie propre selon le principe du relativisme culturel.

Le DSM IV-TR ne serait ainsi représentatif que du « seul » modèle psychopathologique « occidental ». Un clinicien, non habitué aux nuances liées à la structure culturelle de référence d'un individu, peut à tort considérer comme « psychopathologique » des variations normales du comportement, de croyance, de style de communication ou de mécanisme d'adaptation. L'application interculturelle du DSM IV-TR est ainsi sujette à prudence.

L'expression symptomatologique dépressive occidentale s'appuie sur un fondement culturel et religieux à dominante judéo-chrétien dans lequel les notions de « péché » et culpabilité sont prédominantes. D'où, une expression symptomatique dépressive centrée sur un versant d'introversion avec tristesse et sentiment de dévalorisation [260].

A l'inverse, le tableau dépressif « africain » semble reposer davantage sur un mécanisme « d'agression extérieure » en référence à des croyances religieuses à dominante « animiste » où les notions de « possession » et d'intrusion de la psyché et du corps par un agent extérieur sont prédominantes. Ainsi, la dépression africaine a longtemps été sous diagnostiquée jusqu'à la prise en compte de cette expression symptomatique dépressive alternative du fait d'un référentiel culturel différent.

En pratique, la dépression « africaine » [262] présente un mode de début plus fréquemment brutal « comme un coup de tonnerre » ; la modalité à début insidieux ne représentant que 40% des cas.

Le tableau symptomatique dépressif aura pour particularisme une thymie dépressive tournée vers le pôle de la tristesse et du pessimisme mais d'intensité modérée, ou au contraire, une thymie normale avec seulement des éléments d'agitation anxieuse.

A l'inverse, les éléments caractériopathiques à type d'irritabilité voire d'hostilité sont très fréquents.

Le déprimé africain portera rarement sur lui-même un jugement sévère ; il en résulte une rareté des idées de culpabilité, d'indignité et d'incurabilité [263]. De fait, les conduites suicidaires sont rares chez le déprimé africain ; les idéations morbides sont présentes mais les passages à l'acte très peu fréquents : l'observatoire sénégalais de la santé mentale révèle que sur 246 000 cas de sujets diagnostiqués dépressifs, on ne relève que 22 tentatives de suicide [264] en 2002. Par ailleurs, sur ce faible taux de tentative de suicide, il est révélé une forte prévalence de chrétiens (8,5%) alors qu'ils ne représentent que 4,3% de la population générale.

Les deux grandes autres particularités retrouvées seront :

- Une somatisation fonctionnelle intense : asthénie, ballonnement, nausée, épigastralgie, cervicalgie, lombalgie, oppression thoracique...

- Une fréquence accrue d'éléments productifs et hallucinatoires à thématique persécutoire (influence, possession, action sur l'être physique, psychique ou moral tantôt par des hommes (sorcières, marabouts) tantôt par des esprits ancestraux malins).

Ktiouet J. [265] retrouve au sein du tableau dépressif maghrébin des similitudes avec le modèle africain : fréquence accrue des somatisations fonctionnelles, mécanismes de défense de modalité interprétative, rareté des passages à l'acte suicidaire ; mais aussi des particularismes spécifiques : niveau d'expression émotionnel supérieur aux populations occidentales et recours aux gestes auto-agressif plus fréquents (estimation = 23%).

Ghorbal [266] invoque le poids des fondements religieux arabo-musulman interdisant le geste suicidaire pour expliquer ce recours à l'acte auto-agressif. Par ailleurs, il met en avant une théorie étiologique populaire du « malheur partagé » et validée par l'entourage familial et social d'où une plus grande facilité d'expressivité émotionnelle et de projection sans risque de rupture du lien social. [267].

Les spécificités « asiatiques » de la dépression ont fait l'objet de moins d'étude. On retrouve cependant une composante de somatisation majorée [268]. Dans une étude de 2008, Bagby et al [269] confirment une tendance nette à la somatisation mais corrélée à un faible niveau d'expressivité émotionnelle ! Ce particularisme serait lié au fondement culturel de prédominance du groupe par rapport à l'individu (Cf. Chapitre Universalité des émotions).

En synthèse, on peut constater une nouvelle fois une grande hétérogénéité de la maladie dépressive, cette fois selon la variable de la norme sociétale et culturelle. Le DSM IV-TR alerte le praticien sur ces considérations ethniques et culturelles source d'importante

confusion diagnostique, mais ne propose comme alternative que des indications de certaines spécificités syndromiques culturelles incluses dans l'annexe I...

3.3.2.3.5. Vis-à-vis des critères de spécification caractéristique.

Le manuel DMS IV-TR reconnaît officiellement 4 types de caractérisation pour un Trouble dépressif majeur : catatonique, mélancolique, atypique et lié au post-partum. Ces caractérisations sont pertinentes et retrouvées dans la pratique clinique, mais non exhaustives. On retrouve ainsi bien d'autres exemples de « caractérisations » pertinentes de la dépression.

Clément et al [270] mettent ainsi en avant chez le sujet âgé l'existence de formes masquées de la dépression. Ils identifient 7 formes de « masques » correspondant à autant de tableaux caractéristiques dépressifs. Ces différents masques sont également retrouvés chez le sujet adulte ainsi que chez l'enfant.

- Masque psychosomatique : correspond à un tableau dominé par la plainte somatique (symptômes gastro-intestinaux, douleurs ostéo articulaires, trouble cardio vasculaire) où la tristesse est quasi absente. Ce mécanisme particulier de déni des sentiments dépressifs avec manifestations psychosomatiques a été l'objet d'étude de « l'Ecole française de psychosomatique » représentée par P. Marty, M. Uzan, C. Dejours, et M. Fain. Baptisée « dépression essentielle », cette dépression psychosomatique repose sur les concepts de « pensée opératoire », de « relation blanche », d' « alexithymie ». On y retrouve un état de désinvestissement, de fonctionnement opératoire (absence de vie imaginaire, d'expression des sentiments, d'accès à la métaphore...) de limitation des intérêts et de l'action.

L'interprétation psycho dynamique serait que le sujet étant dans l'incapacité de se déprimer, le corps réagirait en lieu et place du psychique.

- Masque hypocondriaque : ce tableau caractéristique est lui aussi marqué par des plaintes somatiques multiples (à dominante fonctionnelle) mais s'accompagne au niveau psychologique d'une angoisse majeure avec revendication de soins, inquiétude, exigence... Le sujet étant entièrement polarisé sur lui-même, cette dépression peut aller jusqu'à prendre des proportions délirantes.

- Masque délirant : la caractérisation repose sur l'existence d'éléments productifs à thématique de préjudice, persécution... A l'image du tableau dépressif « africain », il n'y a pas de structure psychotique associée, il s'agit davantage de mécanismes de défense type « tentative de rationalisation de sa souffrance en la projetant sur autrui ».

- Masque hostile : le tableau de dépression irritable est fréquent. Elle se caractérise essentiellement par une attitude agressive, une susceptibilité, une tendance à la colère et à la querelle. L'hostilité est tournée le plus souvent vers l'entourage d'où une altération des relations sociales (qui aggraveront par conséquent le phénomène dépressif → cercle vicieux). On retrouve également une méfiance et une tendance à la labilité émotionnelle. Le regard psychodynamique voit dans cette présentation un mécanisme de protection vis-à-vis du vécu subjectif d'auto-agressivité et de d'auto-dévalorisation du sujet.

- Masque anxieux : ce tableau retrouve des accès itératifs d'angoisses inexplicables, une inquiétude permanente pouvant aller jusqu'à une impossibilité à se détendre. L'inhibition est forte ainsi que les ruminations. Vu de l'extérieur, le patient semble envahi par la peur et développe une tendance à la dépendance vis-à-vis de son entourage, et ce à visée compensatrice de son inhibition. L'agitation psycho-motrice est également marquée.

- Masque pseudo-démence : on retrouve des altérations marquées des compétences cognitives : désorientation, difficulté de mémorisation, sensation de vide de la pensée... En conséquence, il se développe des difficultés pratiques, gnosiques et parfois phasiques.

- Masque conatif : La conation se définit comme l'impulsion déterminant un acte. Son altération conduit ainsi à une symptomatologie d'aboulie, de démotivation. Le sujet présente un désengagement affectif et relationnel, un sentiment d'inutilité ; il en découle des négligences envers soi-même, autrui et l'environnement. Régression et dépendance s'installent.

Ces formes de dépression dites masquées se caractérisent ainsi par le fait que les signes dépressifs sont renvoyés au second plan tout en étant pourtant le noyau princeps du tableau clinique.

Il se pose également la question des « équivalents dépressifs » : ils correspondent à des situations qui ne font pas apparaître précisément de signe dépressif mais dont la sensibilité aux antidépresseurs peut les faire considérer comme participant à la dépression. Il s'agit de manifestations physiques (céphalée, douleur) ou psychiques (caractériopathie, boulimie, anorexie).

3.3.2.3.6. Vis-à-vis de la variabilité liée à l'âge.

Il est surprenant de constater que la variable de l'âge soit peu considérée dans les critères d'inclusion EDM du DSM IV-TR.

Seules, deux mentions s'y rapportent :

- Critère (1) : NB. : Eventuellement irritabilité chez l'enfant et l'adolescent
- Critère (3) : NB. : Chez l'enfant, prendre en compte l'absence de l'augmentation de poids attendu.

Pourtant la dépression d' « hier » ne sera pas celle de « demain » compte tenu de la structure unique mais aussi évolutive de la « psyché » d'un individu.

Par ailleurs, en paraphrasant Heidegger : « Dès qu'un humain vient à la vie, il est déjà assez vieux pour mourir » ; on peut aussi avancer que « dès qu'un humain vient à la vie, il est déjà assez vieux pour se déprimer ».

Ainsi, observe-t-on des formes variables de dépressions avec l'âge.

3.3.2.3.6.1. Dépression du bébé.

Loin d'être passif, le bébé est aujourd'hui perçu comme un acteur de son propre développement. Or, le fait d'accorder en quelque sorte au bébé le « droit » à la vie psychique implique inéluctablement de lui reconnaître également le droit à la souffrance.

Le terme de « dépression du bébé » est sujet à caution ; certains le considérant comme encore insuffisamment « différencié ». Pourtant on peut bel et bien observer chez ce dernier « une chute de pression des pulsions ou des instincts de vie ». [271] [272]. Le noyau symptomatique de base des dépressions du bébé est sans doute 'incomplètement mentalisé » mais retrouve comme spécificité :

- Atonie psychique (manque de plaisir à fonctionner, à désirer, à explorer et à penser) ; regard vide ou cramponné.

- Le retrait interactif (manque d'engagement dans la relation).
- Le ralentissement psychomoteur prédominant à la racine des membres à la différence du RPM asthénique de l'adulte.
- La désorganisation psychosomatique : troubles digestifs variés, anorexie.

L'étiologie dépressive du bébé est le plus souvent observée sous le spectre de l'interaction mère-bébé en terme de trouble de l'adaptation et de carences quantitative : perte des repères relationnels à l'occasion de situation de séparation [273] ou qualitative : inaccessibilité psychique des repères relationnels notamment en situation de dépression maternelle [274] [275]. Mais le spectre de la dépression primitive s'envisage également : expériences traumatiques propre du bébé (Ex. : vécus d'amputations corporelles, agonie néo natales) [276].

3.3.2.3.6.2. Dépression de l'enfant et de l'adolescent.

Chez l'enfant, on pourra observer également une symptomatologie différenciée. Le trouble de l'humeur est rarement verbalisé ; l'inhibition dépressive est généralement traduite par des difficultés scolaires ; le ralentissement se manifeste par une fatigabilité ou un isolement et une difficulté à jouer. Les manifestations somatiques sont particulièrement visibles (difficultés de sommeil, énurésie, douleurs, hyporexie). L'épidémiologie estime une prévalence à environ 3% chez les enfants de 6 à 12 ans [277].

La dépression de l'adolescent peut se rapprocher du tableau de l'adulte mais elle se manifeste aussi par de l'ennui, morosité, agressivité, passage à l'acte. La tristesse n'est pas constante, ni souvent revendiquée (peu de plaintes voire déni de la tristesse) et difficile à reconnaître du fait du maintien d'une mobilisation rapide de l'humeur dans certaines situations. L'opposition, l'intolérance à la frustration voire l'hostilité franche sont fréquentes avec comme conséquence éventuelle le passage à l'acte verbal ou physique (auto ou hétéro agressif). L'épidémiologie estime à 8-9% la prévalence chez l'adolescent.

3.3.2.3.6.3. Dépression du sujet âgé.

« C'est ainsi qu'un jour, par hasard, nous nous rappelons tant de visages, tant de choses, mais il n'y a plus personne pour se souvenir de nous, et nous sommes encore vivants » (A. Rinaldi, la dernière fête de l'Empire, 1980).

La dépression serait plus fréquente et invalidante chez le patient âgé. Le tableau typique de la dépression de l'adulte peut être retrouvé mais la fréquence de formes masquées complique le diagnostic (Cf. supra «formes masquées »).

3.3.2.4. Conclusion.

Le DSM IV-TR reste un excellent outil de catégorisation nosographique psychiatrique ; utile dans les processus de recherche et la communication entre cliniciens. Mais sa rigidité et son manque de sensibilité envers les spécificités individuelles des multiples formes de la dépression amoindrissent son utilité clinique.

L'hétérogénéité du phénomène dépressif rend finalement peu opérant le DSM IV-TR au profit du patient proprement dit.

Citation d'un ancien co-interne paraphrasant Forrest Gump : « la dépression selon le DSM IV-TR, c'est comme une boîte de chocolat, je sais qu'il y a des chocolats dedans mais je ne sais jamais sur lequel je vais tomber ».

L'ensemble de ces critiques relatives au DSM IV-TR ne sont pas nouvelles ; et ont conduit notamment à promouvoir une approche dite dimensionnelle des troubles de l'humeur afin de se rapprocher plus authentiquement de la maladie dépressive de chaque patient.

3.3.3. L'approche dimensionnelle de la dépression : modalités, enjeux et intérêts en regard du polymorphisme dépressif.

3.3.3.1. Introduction.

L'approche catégorielle repose avant tout sur la catégorisation et le regroupement de symptômes cliniques en vue d'une caractérisation « syndromique ». Pourtant, cette approche objective trouve rapidement ses limites en psychiatrie comme nous avons pu le constater précédemment.

Tatossian [278] met ainsi en avant le paradoxe de l'expérience psychiatrique : la dualité subjective/objective fondamentale d'une expérience que l'approche syndromique peut difficilement englober.

En effet, si la psychiatrie, en tant que spécialité médicale, utilise implicitement la « démarche médicale » à savoir le relevé symptomatique en vue de l'établissement d'un

diagnostic, le symptôme psychiatrique ne semble pas pouvoir se superposer rigoureusement au symptôme médical classique.

Le symptôme psychiatrique manque tout d'abord de spécificité (Ex. : bizarreries, ralentissement psychomoteur, anxiété...) et éloigne donc rapidement le clinicien du signe pathognomonique. Par ailleurs, le symptôme psychiatrique ne permet que difficilement de sortir du champ descriptif ce que permet le symptôme somatique via le processus biologique univoque auquel il est relié par une chaîne causale.

Tatossian, dès 1979, met donc en garde contre la tentation de réduire le patient psychiatrique à un simple agglomérat de symptômes et propose en alternative l'inscription du symptôme psychiatrique dans un « tout » et de l'aborder au-delà de l'expérience empirique via une approche dimensionnelle et une recherche de sens : recherche d'une compréhension du symptôme au travers du vécu intégral du sujet (approche phénoménologique initiée en philosophie par Husserl et Heidegger).

Avant d'aborder le principe de l'approche dimensionnelle, il est utile de s'attarder sur cette recherche de sens pour éclairer le symptôme ; démarche qui est fondamentale dans le « travail » de compréhension du tableau clinique des symptômes psychiatriques. Pour cela, nous nous permettrons de relater une anecdote à la fois cocasse mais représentative du Pr Ploton (professeur de gérontologie, Université de Lyon 2). Il fut amené à recevoir en hospitalisation une femme âgée, atteinte d'une forme évoluée de la Maladie d'Alzheimer ; le motif d'admission précisait « Trouble du comportement ».

En pratique, cette femme d'origine hongroise, arrivée en France après la seconde guerre mondiale, était fréquemment retrouvée par le personnel soignant de l'EHPAD où elle résidait avec différents objets (papier, stylo) introduits dans son vagin... La répétition de ces conduites suscitait l'incompréhension et l'agacement du personnel, voire quelques « contre-attitudes » du fait de la connotation génitale de ces conduites.

Interloqué, le Professeur Ploton se retrouvait selon ses dires désarmé face à ce symptôme qui en dehors de son caractère particulier, ne représentait pas pour autant un danger ou une gêne pour la patiente... Sa chance fut de pouvoir entrer en contact avec un des enfants de la patiente, venu à ce moment précis de Hongrie pour rendre visite à sa mère. Le Professeur Ploton put le rencontrer et via l'aide d'un interprète, relever une information significative sur le passé de cette patiente : il s'avéra qu'elle fit partie de la résistance pendant l'occupation nazie et que ses « missions » consistaient à faire passer des messages écrits entre différents groupes de résistants ; messages qu'elle cachait à l'époque dans ses parties intimes...

Le Professeur Ploton décida alors simplement de renvoyer la patiente dans son EHPAD et expliqua l'histoire de la patiente au personnel : de trublionne agaçante, elle bascula sur un statut d'ancienne héroïne de guerre ... il n'eut plus dès lors de nouvelles plaintes relatives à cette patiente...

3.3.3.1.1. Principe de l'approche dimensionnelle ; intérêts et applicabilité vis-à-vis de la dépression.

Tout soignant accompagnant des patients dans leur démarche de soin ne peut constater qu'une variabilité de la symptomatologie dépressive : nous rencontrons tantôt un patient figé au faciès douloureux qui dit ne plus rien ressentir, tantôt un patient cordial mais qui n'évoque dans son discours que des souvenirs douloureux, ou encore un patient agité, irritable et hypersensible à tout stimulus tout en étant douloureusement triste. La maladie dépressive n'apparaît pas univoque et homogène mais multiple.

Comment appréhender et décrire au mieux cette diversité de l'expression dépressive sans la réduire, afin de s'approcher au mieux de la réalité clinique ?

L'approche dimensionnelle peut, dans ce sens, être contributive. Elle s'affranchit du concept taxinomique nosographique et repose sur un principe de continuum entre « le normal et le pathologique ». Il ne s'agit plus de quantifier des symptômes mais des dimensions cliniques comme l'affectivité, l'agressivité... Elle étudie les phénomènes psychiques comme des « grandeurs » non directement mesurables, mais liées au cumul d'indicateurs directement mesurables (items/trait). La pathologie ne sera évocable que quand un des traits sortira d'une norme au sens statistique du terme. Le pathologique est alors comprise comme un déficit ou un excès de tel ou tel trait qui nuit au bien être de l'individu sur le plan personnel et/ou relationnel.

La dépression peut-elle être appréhendée selon une approche dimensionnelle ?

Murphy et al [279] démontrent que la dysthymie est prédictrice pour la survenue d'un trouble dépressif majeur. Ces deux formes d'« états dépressifs » constitueraient en fait un trouble unique selon un continuum de sévérité.

Mc Cullough et al [280] montrent qu'il n'y a que peu de différence au niveau des sous-groupes de la dépression chronique (dépression majeure chronique, dépression majeure récurrente sans rémission complète entre les épisodes, dépression majeure chronique avec des antécédents de dysthymie).

La dépression est une condition unique avec plusieurs configurations de décours cliniques.

Lewinsohn et al [281] réalisent en 2000 une étude portant sur 4 groupes de personne n'ayant pas les critères de dépression majeure, mais avec un niveau croissant de symptômes dépressifs. Les résultats montrent que les niveaux accrus de symptômes dépressifs sont associés à des niveaux accrus de dysfonctionnements psycho-sociaux. De sorte qu'un niveau accru de symptômes dépressifs prédirait la survenue plus fréquente de dépression majeure et d'abus de substance.

Ainsi, on peut évoquer la maladie dépressive sous un vocable d'« états dépressifs » correspondant à un continuum de déficit/excès ; et non de catégories.

Van Praag [282] propose d'ailleurs que les dimensions psychologiques correspondent à des fonctions psychologiques défailtantes sans nécessaire spécificité nosologique. Elles ne devraient être que les unités de base d'une classification des troubles psychopathologiques ; chaque entité correspondant à la combinaison, à des degrés divers, de plusieurs dimensions.

3.3.3.2. Modèle d'approche dimensionnelle Globale de la dépression : aspects théoriques, dimensions à considérer ; Exemple de l'Echelle MATHys.

L'approche dimensionnelle d'un état psychique/psychopathologique est novatrice, informative, mais également complexe : l'écueil principal étant le choix adéquate de la ou des dimensions correspondantes à l'état psychique/psychopathologique que l'on souhaite étudier.

Une revue de la littérature des modèles dimensionnels de la personnalité illustre ainsi la multiplicité des traits considérés (« Big Five » versus « TCI » versus « EPQ ») ; cependant, malgré des divergences conceptuelles, les études comparatives ont toutefois démontré la validité de ces modèles et de nombreuses corrélations entre eux. (Cf. Chapitre Théories de la personnalité).

Les dimensions à considérer dans le cadre d'un état dépressif doivent s'appuyer sur le repérage des traits élémentaires fondamentaux présents au cours de l'épisode thymique.

Si l'on reconsidère la définition de l'humeur selon Delay (1946) :

« L'humeur est l'ensemble des dispositions affectives et instinctives qui déterminent la tonalité fondamentale de l'activité psychique, physique et expérientielle ».

On se doit d'envisager l'état dépressif selon une triple dimension orientée sur 3 axes : un axe cognitif, un axe conatif et un axe affectivo-émotionnel.

« je pense donc je suis, je ressens donc j'existe, je fais donc je me réalise ».

A ce jour, peu d'études ont été menées dans cette optique, la majeure partie des travaux de recherche étant consacrée à une dimension élective de la dépression.

Henry et al [283] ont réalisé en 2006 une des premières échelles multidimensionnelles dédiée à l'humeur (Echelle MATHys).

Ce travail novateur provient du constat de la grande hétérogénéité clinique des épisodes thymiques. Henry et al, considérant cet aspect, ont réalisé une échelle dimensionnelle recoupant 5 sous-échelles (réactivité émotionnelle, vitesse des cognitions, motricité, motivation, perception sensorielle). Les 3 axes dépressifs (cognitif, conatif et affectivo-émotionnel) sont ainsi bel et bien représentés. La validation de cette échelle s'est faite par comparaison entre sujets témoins et patients bipolaires en phase normothymique, maniaque, et dépressive. L'échelle MATHyS se fixe pour objectif de situer les différents types d'épisodes thymiques par rapport au fonctionnement de base du sujet et selon un principe de continuum entre les polarités thymiques.

Elle se compose de 20 items avec un regroupement en 5 facteurs :

- Emotion
- Cognition
- Psycho-motricité
- Motivation
- Perception sensorielle

L'analyse psychométrique confirmatoire a montré une bonne validité convergente de l'outil, ainsi qu'une cohérence interne globale satisfaisante. L'analyse divergente de la MATHys indique qu'elle est modérément corrélée avec les échelles MADRS et HAS.

Du point de vue exploratoire, la MATHyS permet ainsi le calcul d'un score total utile pour comparer l'évolution d'un sujet (valeur haute lorsqu'il s'agit d'un état d'exaltation, valeur basse pour un état d'inhibition). Bien que conçue initialement pour une analyse plus fine des états mixtes s'occurrent lors d'un trouble bipolaire, cette échelle à travers ses 5 sous-scores, a également démontré une hétérogénéité au sein des patients en phase dépressive d'où une utilité dans le cadre d'une étude des patients présentant un Trouble dépressif majeur.

Dans ce sens, la première étude clinique utilisant l'échelle MATHyS [284] a, ainsi, mis en évidence deux types d'épisode dépressif bipolaire :

- Une forme où prédomine l'inhibition dans toutes les dimensions avec un score global bas (Forme G1)
- Une forme où prédomine une surexcitation en regard de la réactivité émotionnelle (Forme G2) avec une fréquence plus élevée d'émotions ressenties comme l'irritabilité, la panique, la colère, l'exaltation.

A titre pratique, la forme G1 a montré une meilleure réponse thérapeutique à l'association antidépresseur + thymo-régulateur, alors que la forme G2 a mieux répondu à un traitement thymo-régulateur seul ou en association à de faible dose d'antipsychotique atypique.

L'approche dimensionnelle de l'état dépressif démontre ainsi son utilité discriminante ainsi que son intérêt dans l'adaptation des stratégies de soins thérapeutiques.

A noter que les 2 groupes (G1 et G2) ont éprouvé avec la même fréquence Joie et Tristesse.

Toutefois, à notre connaissance, en dehors de l'échelle MATHyS, il n'existe peu ou pas d'outils multidimensionnels similaires dédiés à la dépression.

La majeure partie des échelles dimensionnelles développées à ce jour sont consacrées à une composante : conative (Ex.: échelle de disposition à l'ennui EDE ; échelle de motivation pour les personnes âgées EMPA ; échelle d'appréciation de la démotivation CAD) cognitive (échelle de ralentissement dépressif de Widlöcher) et surtout affectivo-émotionnelle.

Sans mésestimer les dimensions cognitives et conatives, nous allons décrire dans la suite de ces généralités, la dimension affectivo-émotionnelle car elle reste la plus étudiée dans la dépression et fait partie intégrante de notre étude.

3.3.3.3. Démembrement de la dimension affectivo-émotionnelle au sein de l'humeur dépressive.

3.3.3.3.1. Introduction.

La dimension affectivo-émotionnelle est prédominante dans l'état dépressif. De plus en plus étudiée, notamment à l'initiative de la psychologie expérimentale, elle permet une meilleure appréciation du vécu subjectif propre à un patient. La seule appréciation de la tristesse ne permet pas de discriminer les expériences subjectives émotionnelles des

déprimés. Par ailleurs, un vécu de tristesse, de dégoût, de colère ne constitue pas en soi un élément pathologique : c'est dans son intensité, fréquence voire permanence et exclusivité que les émotions entrent dans le domaine de la pathologie. Or, les « signaux » émotionnels traditionnellement décrits dans la dépression ne s'assemblent pas de la même façon pour tous les sujets déprimés [285] [286].

Différents auteurs ont tenté d'isoler certains symptômes pathologiques issus des différentes composantes affectives liées à la dépression. C'est ainsi que l'anhédonie, l'alexithymie, l'émoussement affectif ont fait l'objet de nombreux travaux.

Nous reprendrons brièvement ces différents travaux dans un premier temps, puis nous aborderons les travaux spécifiques dédiés à la dimension « d'émotionalité pure » dont fait l'objet notre étude.

3.3.3.3.2. Revue des travaux consacrés à l'anhédonie, l'émoussement affectif, l'alexithymie ; Echelle EHD de Jouvent.

- L'anhédonie :

Elle a été définie par Ribot en 1896. Il s'agit de l'incapacité à éprouver du plaisir. La première sphère d'étude de l'anhédonie a été consacrée au domaine de la psychose. Les travaux ne se sont étendus à la dépression qu'à partir des années 70. Fawcett et al [287] via une première échelle consacrée à la dimension de plaisir, réussit ainsi à différencier au sein des sujets dépressifs de son échantillon 12% de patients anhédonique sévère. Cela revient à différencier 2 sous-groupes de dépressifs. Pierson et al [288] démontrent que les sujets anhédoniques présentent une hyporéactivité aux stimuli affectifs et une hypervigilance dans toutes situations de stimulation. Ces sujets seraient, en raison d'une plus grande sensibilité aux stimuli négatifs, enclin à développer des mécanismes de protection contre l'excitation d'où un « hypercontrôle » et une tendance automatique à traiter l'information « émotion » via un minimum d'activation possible. Il s'agirait d'une stratégie de défense inhibitrice face aux stimuli négatifs mais qui de fait se généraliserait à toute la gamme des émotions.

L'évaluation hédonique repose soit sous la forme d'autoquestionnaire (ex : échelle d'anhédonie physique et sociale [289] [290], soit sous forme de test d'hédonie visuelle. [291]

- L'émoussement affectif :

Correspond sur un plan quantitatif à un déficit des émotions. Dans le domaine de la dépression, l'émoussement affectif s'entend comme une diminution des émotions sur le plan aussi bien de la subjectivité que de son expressivité émotionnelle.

Mais cet état d'indifférence émotionnelle est également source de souffrance pour le sujet. La sensation de vide, d'indifférence qui en résulte est invalidante notamment sur le plan relationnel, provoquant fréquemment un isolement social.

- L'Alexithymie :

Concept issu du courant des psychosomaticiens dans les années 70, elle se définit globalement par une tendance à la pauvreté des affects, une spontanéité limitée, peu de fantasmes et un mode de relation interpersonnelle froid, opératoire, factuel.

La résultante est un déficit empathique (difficulté à comprendre les motivations et sentiments d'autrui) peu d'introspection et de créativité. L'alexithymie peut ainsi être identifiée comme un facteur de vulnérabilité accrue aux agents stressants par défaut de reconnaissance du vécu émotionnel d'où une non-mise en jeu des mécanismes d'adaptation. [292]

Pour Lane et al [293], l'alexithymie est à considérer comme un déficit de la « conscience émotionnelle », c'est-à-dire une conscience appauvrie de l'éprouvé émotionnel suscité par l'environnement.

Enfin, des études ont démontré que l'alexithymie peut également se présenter comme une « stratégie adaptative » en réponse à une situation de dépression : elle fait office de défense face à des affects perturbateurs notamment de stress afin d'éviter l'éprouvé émotionnel négatif.

Beaucoup d'études montrent qu'il y a une corrélation entre alexithymie et dépression. Mais le plus souvent, il s'agit de deux dimensions distinctes ayant des éléments communs.

Alexithymie et anhédonie semblent corrélés en tant que phénomène de « régression des affects ».

- L'Echelle d'humeur dépressive (EHD) de Jouvent :

Jouvent et al [294] conçoivent dès 1988 une première échelle pluridimensionnelle dédiée à l'étude des émotions chez le sujet dépressif. Elle ne vise pas à fournir un score global de dépression mais au contraire à identifier différents patterns émotionnels chez le dépressif. L'Echelle d'humeur dépressive (EHD) est constituée de 20 items (11 côtés selon l'observation du clinicien et 9 items côtés selon le ressenti subjectif du patient). Elle possède une structure factorielle cohérente avec 5 composantes : irritabilité, anhédonie, expressivité, tristesse et hyperesthésie.

On note qu'il s'agit d'une échelle dimensionnelle de passation semi-structurée, dédiée à l'axe affectivo-émotionnel de la dépression ; elle ne cible pas les axes cognitifs et conatifs à la différence de l'échelle MATHyS.

Sa structure factorielle fiable cible seulement des composantes de l'humeur dépressive mais pas directement l'émotionalité situationnelle (Macro-affect). L'analyse exploratoire de l'échelle démontra des patterns significativement distincts chez les sujets dépressifs confirmant l'hétérogénéité émotionnelle des « états dépressifs » ainsi qu'une « sensibilité » bien meilleure que l'approche catégorielle.

L'échelle EHD a été également utilisée dans d'autres pathologies : maladie d'Alzheimer [295], VIH [296], myotonie dystrophique [297] et plus récemment dans le cadre de la SEP via une validation « version auto-questionnaire » de l'EHD en 2007. [298]

3.3.3.4. Dimension de l'émotionalité « pure ».

3.3.3.4.1. Introduction.

La dimension de l'émotionalité reste un sujet complexe que ce soit chez le sujet sain ou chez le patient « clinique ».

Ces dimensions visent à décrire selon quelles modalités les individus font « l'expérience » des émotions. Il s'agit d'une approche fonctionnaliste des émotions se basant sur un postulat structural de l'expérience émotionnelle.

Or, parmi les caractéristiques expérientielles de l'émotion que nous avons abordées précédemment (cf. chapitre émotion) il se dégage 2 aspects fondamentaux :

- L'émotion a une valeur informative selon son type, sa tonalité, son intensité, sa fréquence
- L'émotion a une valeur adaptative = via le traitement spécifique de cette information par le sujet, elle va induire une variable adaptative (cognitivo-expérientielle)

Comprendre le vécu subjectif de l'émotion impose ainsi une approche d'analyse bidimensionnelle :

- Une dimension dite « macro-affect » correspondant à la phénoménologie émotionnelle en terme de nuancier émotionnel (type, tonalité, intensité, fréquence). On peut également évoquer le vocable de coloration émotionnelle ou de balance émotionnelle.

On qualifie cette dimension d'**Émotionalité situationnelle**.

- une dimension de « traitement » de l'information émotionnelle correspondant aux compétences émotionnelles d'un individu (compétences d'identification, d'expression, de compréhension, de régulation et enfin d'utilisation des émotions).

Ces compétences sont variables d'un sujet à un autre et permettent ainsi d'expliquer les différences individuelles pouvant exister dans les réponses émotionnelles à des stimuli émotionnels similaires.

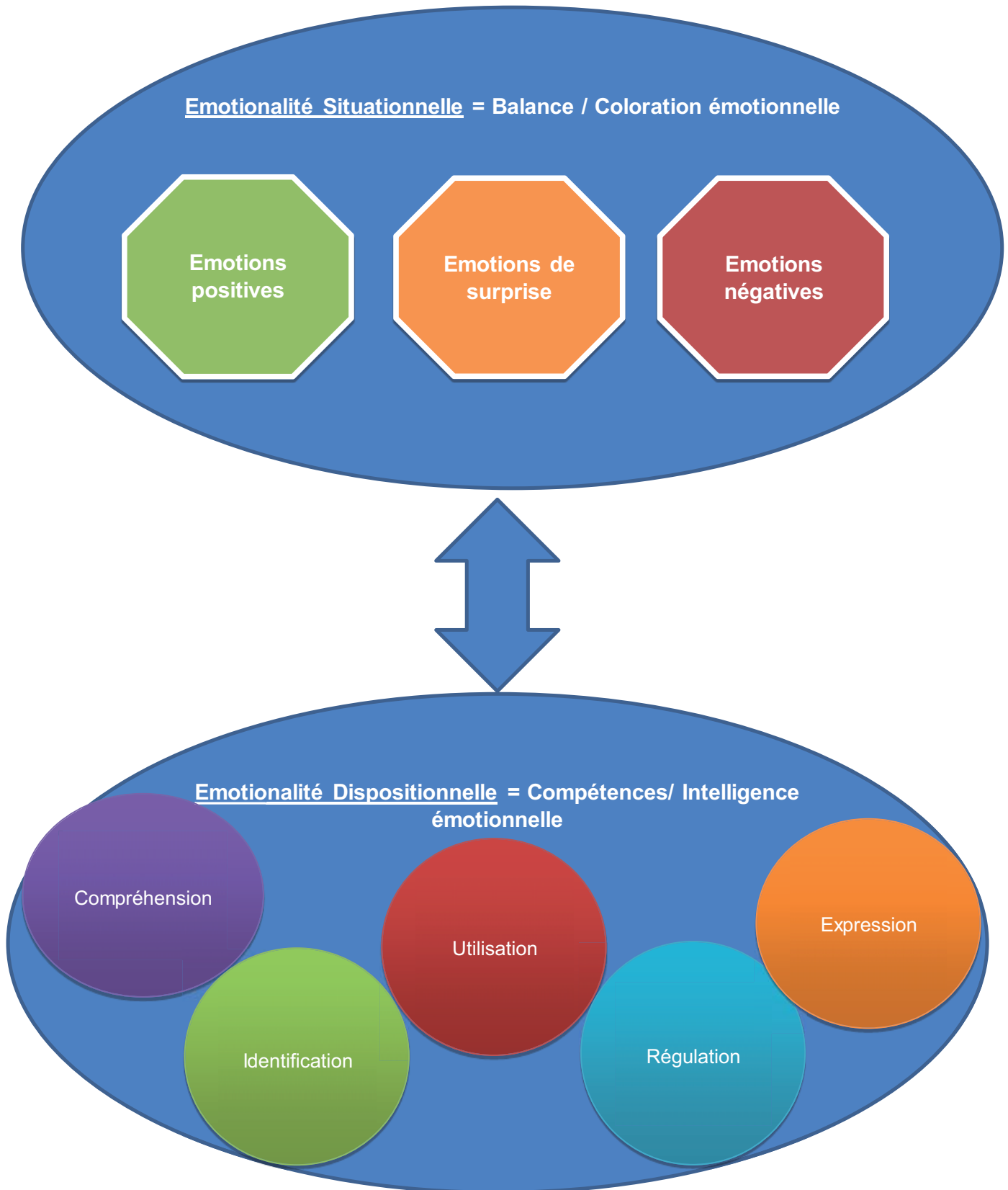
En effet, les relations entre ces deux dimensions sont faibles. Une émotion d'intensité forte n'induit pas de façon conséquente une réactivité émotionnelle élevée ; cela dépendra des compétences individuelles du sujet (de leur efficacité ou de leur dépassement).

Le concept d'Intelligence émotionnelle représente la modélisation concrète d'étude des compétences émotionnelles d'un individu.

On qualifie cette dimension d'**Emotionalité dispositionnelle**.

Le vécu subjectif émotionnel s'appréhende selon la conjonction de ces 2 dimensions.

Modèle dimensionnel de l'Emotionalité :



3.3.3.4.2. Emotionalité situationnelle : macro-affect, balance et coloration émotionnelle.

Plutchick [299] est un des premiers à s'intéresser à la diversité émotionnelle de la dépression au-delà de la seule appréciation de la tristesse. Ainsi, dans une série de recherche, Plutchick tenta de réaliser une mise en correspondance des émotions et des diagnostics psychiatriques : pour cela, il demanda à un collectif de cliniciens expérimentés de décrire le « profil émotionnel » qui correspondait le mieux à 24 troubles psychiatriques selon un échantillonnage de 22 émotions (joie, colère, dégoût, tristesse...) [300]. Le profil émotionnel associé à la dépression, état supposé être l'équivalent pathologique strict de la tristesse, s'est révélé bien plus complexe et reposait sur une combinaison variable de colère, dégoût, tristesse et peur.

Depuis ces travaux précurseurs de Plutchick, force est de constater que le « recueil émotionnel » proprement dit a été peu utilisé dans les études dédiées à la dépression.

Les techniques d'échantillonnage émotionnel ont principalement été mises en œuvre dans le domaine de la psychologie expérimentale mais peu dans la recherche clinique proprement dite.

Les principales études menées dans le domaine clinique reposent sur deux échelles :

- La DES IV (Differential Emotions Scale IV) dont la version francophone validée est l'EED IV (Echelle des émotions différentielles IV).
- L'EPN 31 (Echelle dimensionnelle des émotions positives et négatives à 31 items).

L'échelle DES a vu sa première version élaborée en 1971 par Izard et al [301] [302]. Elle représente à ce jour un des instruments autorapportés de mesure des émotions les plus utilisées tant auprès d'enfants [303] que d'adultes [304] ; et autant auprès de populations « normales » [305] que cliniques [306].

Cet instrument mesure la sphère émotionnelle subjective d'un sujet via le spectre des émotions discrètes. La 4ème version (DES IV) [307] évalue ainsi l'expérience stable de 12 émotions discrètes. Les différences interindividuelles sont évaluées via une mesure de la fréquence à laquelle ces émotions sont vécues dans la vie de tout les jours.

Les travaux dédiés à la phénoménologie des traits émotionnels anxieux et dépressifs ont ainsi démontré que :

- La dépression serait dominée par l'émotion de la tristesse et par une diminution importante de l'émotion d'intérêt [308]. La culpabilité serait également retrouvée à un haut degré, ainsi que la honte, la colère, la timidité et l'hostilité envers soi.

- L'anxiété serait marquée par une forte présence de l'émotion peur et par la présence d'un niveau modéré des émotions de tristesse, de colère, de honte, de culpabilité et d'intérêt.

- La résilience serait associée positivement avec les émotions positives [309].

Le point commun entre trouble anxieux et dépression serait la présence de plusieurs émotions négatives ; la distinction reposerait par contre sur la prédominance de l'émotion peur pour le trouble anxieux et des émotions « tristesse » et « manque d'intérêt » pour la dépression. Par ailleurs, la diminution des émotions positives serait spécifique à la dépression.

Une version francophone de la DES-IV a été validée pour la première fois en 2009. [310]

Les résultats de validation confirmatoire réalisés auprès de 213 sujets « contrôles » ont été satisfaisants : stabilité temporelle, corrélation des émotions négatives entre elles, idem pour les émotions positives tandis que la surprise restait sur une tonalité « neutre ».

La dépression (évaluée via BDI) corrélait positivement avec l'ensemble des émotions négatives mais plus particulièrement avec la tristesse et l'hostilité envers soi. Les corrélations étaient négatives avec les émotions positives, particulièrement avec « Joie » et « Intérêt ». La résilience corrélait positivement avec les émotions positives avec une tendance plus forte pour intérêt et joie.

La personnalité (évaluée par le Ten-Item Personality Inventory) retrouve des corrélations substantielles :

- Extraversion corrélait positivement avec « joie et intérêt ».
- Névrosisme corrélait avec les émotions négatives.
- Amabilité avec « joie ».
- Conscienciosité corrélait négativement avec les émotions négatives.

Via des analyses régressives, les émotions ayant la contribution la plus forte aux différents critères observés sont :

- La tristesse mais aussi le dégoût pour la dépression.

- La peur pour l'anxiété.
- L'intérêt pour la résilience.
- Joie et intérêt pour l'extraversion.
- Tristesse, peur, culpabilité, colère pour le névrosisme.
- Joie pour amabilité.
- La surprise est à considérer comme un amplificateur hédoniquement neutre.

L'émergence de « l'intérêt » comme émotion positive centrale de la résilience est conforme aux caractéristiques de la résilience : une curiosité importante envers la nouveauté et le changement [311]. Par ailleurs, l'association négative entre « dégoût » (émotion princeps de la dépression avec la tristesse) et résilience, peut s'expliquer par le fait que cette émotion ne favorise pas l'exploration du monde extérieur mais plutôt des comportements d'évitement vis-à-vis des stimuli environnementaux. [312] [313]

En synthèse, cette revue des différents articles consacrés à cet outil dédié à l'émotionalité situationnelle permet de mettre en évidence :

- Un rôle prépondérant des émotions au sein des différentes composantes de la psyché.
- Des patterns différentiels entre différents troubles psychopathologiques (Troubles anxieux versus dépression).
- La présence comme émotion prédominante au sein de la dépression de l'émotion « tristesse » (attendue) mais aussi de l'émotion « dégoût ». Le rôle clef de l'émotion « dégoût » au sein du phénomène dépressif est plus surprenant ; la question de l'origine de cette prépondérance est intéressante et l'hypothèse de facteurs précipitant contextuels différents pourrait apporter des éléments contributifs.

L'Echelle EPN 31 (Evaluation dimensionnelle des émotions positives et négatives à 31 items) [314] est une échelle de création française conçue par Rolland en 1998 [315].

L'échelle EPN 31 est un autoquestionnaire composé de 31 items qui correspondent à des émotions de base présentées sous la forme de mots simples et isolés à coter selon une échelle de fréquence du ressenti sur le mois précédant l'évaluation.

Rolland en propose l'élaboration en partant du constat du manque d'outils dédiés au recueil émotionnel dans les approches classiques de la pathologie psychiatrique. Elle repose sur le modèle tripartite des émotions développé par Watson et Clark [316] et sur les travaux de Diener sur le bien être. [317] [318]

Watson et Clark ont ainsi développé à partir de 1991 un modèle dit « tripartite » des émotions appliqué aux troubles anxieux et dépressifs ; ce modèle considère trois composantes indépendantes : émotions positives, émotions négatives et niveau d'activité neurovégétative. Selon cette approche, les troubles dépressifs se caractérisent par un niveau d'émotions positives anormalement bas et un niveau d'émotions négatives excessif, alors que les troubles anxieux sont également associés à des émotions négatives élevées, mais sans perturbation des émotions positives. La troisième composante de ce modèle décrit une dimension d'activation physiologique (neurovégétative) élevée dans l'anxiété mais pas dans la dépression. [319]

Les travaux de Diener dédiés au concept de « bien être », se concentrent sur l'influence de disposition au stress et le développement de stratégie de coping dédiée au vécu subjectif de bien être. Il met notamment en avant la notion fondamentale d'interaction entre des facteurs « internes » (vulnérabilité, capacité de résilience → trait de personnalité + émotionnalité dispositionnelle et situationnelle) et « externes » circonstanciels (événements de vie) dans la détermination du vécu subjectif de bien être. [320]

Diener est un des premiers à considérer les émotions positives et négatives comme deux dimensions distinctes ; et surtout à mettre en avant qu'un vécu de bien être ne repose pas que sur « l'absence d'émotions négatives ». En d'autres termes, ne pas avoir d'émotions négatives ne signifie pas « être heureux » ; la dimension émotion positive doit être présente également. Il regrette ainsi la concentration des recherches sur les affects négatifs au détriment des affects positifs (ratio 17 pour 1) et encourage à promouvoir l'étude des émotions positives et de leurs mécaniques propres.

En regard de la dépression, Diener remet en cause le postulat rigide d'une opposition stricte entre émotions positives et négatives. Certes, il existe des preuves valides d'une corrélation négative entre émotions positives et négatives ; mais cette association n'est pas strictement parallèle et monolithique selon Diener. [321]

De façon caricaturale : un point de tristesse en moins ne signifie pas un point de joie en plus ; les relations sont plus complexes et à explorer davantage notamment en se concentrant sur :

- La « psychopathologie » spécifique des Emotions positives.

- Le rôle du facteur contextuel et des facteurs internes (notamment le rôle prépondérant de la personnalité et des compétences émotionnelles).

Diener redéfinit ainsi le champ de l'émotivité situationnelle et sa prépondérance dans la multiplicité des patterns psychologiques.

En 2003, Rolland et De Fruyt [322] via une étude sur une population non clinique ; et Pelissolo & al [323] via une étude sur une population « clinique » confirment le postulat que les émotions positives et négatives sont clairement indépendantes.

L'étude des liens avec les mesures psychopathologiques des troubles anxieux et dépressifs de ces deux études françaises confirme également que le score d'émotivité négative est corrélé positivement aussi bien avec les symptômes anxieux que dépressifs ; mais que le score d'émotivité positive est corrélé négativement seulement avec la dépression en accord avec le modèle tripartite de Watson et Clark.

L'approche de l'Emotivité situationnelle est donc robuste et contributive. Mais à ce jour, nous ne retrouvons que peu d'étude exploitant cette dimension émotionnelle chez le dépressif selon une approche contextuelle, objet d'une partie de notre étude.

3.3.3.4.3. Emotivité dispositionnelle : des compétences émotionnelles au concept d' « Intelligence émotionnelle ».

3.3.3.4.3.1. Introduction.

Les compétences émotionnelles désignent la capacité à identifier, comprendre, exprimer, gérer et utiliser ses émotions et celles d'autrui.

Elles représentent un enjeu majeur non seulement dans le domaine de la santé publique (santé mentale et physique) mais plus largement au niveau sociétal (relations sociales, performance au travail...).

L'émergence de ce concept de compétences émotionnelles s'augure dès les années 20 mais malgré des aspects déjà prometteurs, il faut attendre les années 90 pour qu'il soit remis sur le devant de la scène, notamment via l'élaboration des modèles d'intelligence émotionnelle.

Nous décrirons dans ce chapitre chacune de ces compétences. Puis, nous aborderons les différents modèles d'intelligence émotionnelle qui prévalent à ce jour et leur contribution au bon fonctionnement de l'individu.

3.3.3.4.3.2. Compétences émotionnelles : définition et niveaux de traitement.

Les différences dans la manière dont les individus identifient, expriment, comprennent, utilisent et régulent leurs émotions et celles d'autrui, définissent la notion de compétences émotionnelles.

On distingue un versant intra-personnel (soi) et inter-personnel (autrui) pour chacune de ces compétences.

Les compétences se déclinent selon 3 niveaux de traitement selon Mikolajczak. [324] [325]

Un premier niveau, dit de connaissance implicite ou explicite vis-à-vis de chaque compétence. Pour la compétence « régulation des émotions », cela correspond aux différentes stratégies de gestion des émotions.

Un deuxième niveau dit d'habileté, c'est dire la capacité d'un individu à appliquer ses connaissances en situation émotionnelle.

Un troisième niveau, dit de disposition, correspondant à la propension d'un individu à se comporter de telle ou telle manière dans les situations émotionnelles.

Ces 3 niveaux interagissent entre eux mais ne sont que modérément corrélés selon Mikolajczak : les connaissances ne se traduisent pas toujours en habileté, lesquelles ne sont pas toujours utilisées au quotidien.

3.3.3.4.3.3. Compétence d'identification des émotions.

D'apparence basique, la capacité d'identification des émotions est fondamentale : elle représente le pilier sur lequel se développent les compétences émotionnelles complexes telles que la régulation ou l'utilisation des émotions.

Le troubles alexithymique l'illustre parfaitement : l'alexithymie se caractérise entre autre par une difficulté à identifier les émotions. Il en résulte une dysfonction des 4 autres compétences [326] et au final, une incapacité d'adaptation à l'environnement.

On distingue une compétence inter et intra personnelle d'identification des émotions.

- Identification intra personnelle :

Elle repose sur deux processus distincts :

1. Un processus d'ouverture aux émotions : acceptation de l'existence des émotions et de leur valeur informative quelque soit leur valence.

Barlow, Allen et Philippot soulignent ainsi que bon nombre des difficultés d'identification des émotions proviennent d'une attitude défensive d'emblée par rapport à ces dernières. Ce « refus initial » conduit dès lors à un cercle vicieux puisqu'il majore les difficultés de compréhension et régulation et rend ainsi l'émotion de plus en plus intolérable. [327] [328]

La thérapie basée sur la pleine conscience (mindfulness) vise à rétablir ou tout du moins à rendre plus opérant le processus d'ouverture aux émotions [329]. Le « Mindfulness Attention Awareness Scale » (MAAS), représente un instrument de mesure de l'ouverture aux émotions [330].

2. Un processus de discrimination des états émotionnels : capacité à désigner distinct des états émotionnels proche en termes de valence ou d'intensité. On peut parler de nuancier émotionnel propre.

Pour évaluer cette capacité de discrimination, certains chercheurs préconisent de se baser sur une évaluation du vocabulaire émotionnel des sujets. La richesse du champ lexical émotionnel représenterait l'efficacité d'un sujet à discriminer ses propres états émotionnels ; mais ce moyen reste indirect et un signifiant lexical ne reste qu'un « moyen » et n'est pas représentatif d'un état subjectif.

L'identification de l'émotion proprement dite, est sujette à controverse comme nous l'avons constaté à travers les multiples théories modélisant l'émotion. De manière consensuelle, il convient de retenir que cette identification repose sur 3 composantes : l'évaluation cognitive concomitante à l'épisode émotionnel [331], les modifications physiologiques et la tendance à l'action.

Ces 3 composantes représentent une porte d'entrée à l'identification des émotions ; leur intégration permettant l'élaboration d'un niveau de conscience émotionnelle.

Selon Lane et Schwartz, [332] il existe 5 niveaux de conscience émotionnelle :

- 1 : conscience des sensations corporelles.
- 2 : reconnaissance des tendances à l'action.
- 3 : capacité à nommer l'émotion.
- 4 : prise de conscience des émotions complexes ou mélangées.

5 : capacité à se représenter la complexité de ses expériences émotionnelles et celles d'autrui.

Ces 5 niveaux forment un continuum ; Philippot et Toates explicitent ce concept à travers leurs théories multi-niveau (cf. Théories des émotions).

Sur cette base, un questionnaire: le "Levels of Emotional awareness Scale" (LEAS) [333] permet d'évaluer ce niveau de conscience émotionnel.

- Identification Inter personnelle :

L'identification des émotions d'autrui représente un enjeu majeur dans le cadre de l'adaptation à son environnement et de la préservation du réseau social.

Décoder les émotions d'autrui représente un indicateur puissant tant sur l'état de nos relations sociales que sur les besoins de nos interlocuteurs.

Cette identification inter personnelle repose sur deux modes de communication :

- Communication digitale = communication verbale
- Communication analogique = communication non verbale

La communication non verbale inclut l'expression faciale, les gestes, postures, et l'expression vocale (intonation de la voix, fluence verbale). Mehrabian avance une prédominance des éléments non verbaux dans la communication interpersonnelle : 93% de la communication passerait par ces derniers ! [334]. Même si l'étude de Mehrabian a pour le moins été décriée [335], le consensus retient au moins une importance égale entre les deux modalités de communication.

- L'expression faciale :

Parmi les différents signaux non verbaux, l'expression faciale occupe une place significative. Ekman, psychologue américain, s'intéressa particulièrement au registre des expressions faciales. Son étude de 1971 devenue historique suscita intérêt et controverse [336]. La méthodologie appliquée consista à soumettre différentes photos d'expressions faciales émotionnelles à des sujets Papoue de Nouvelle-Guinée. Ces derniers, bien qu'ayant très peu de contact avec les sociétés « modernes », choisirent les mêmes expressions faciales comme représentative de joie, tristesse, peur, colère dégoût et surprise que des sujets originaires de 21 cultures alphabétisées. Réciproquement, les expressions émotionnelles

faciales des membres de la tribu Papoue étaient elles aussi correctement identifiées par une population d'étudiants américains.

Ces résultats avancent qu'il existerait des expressions faciales émotionnelles partagées entre différentes sociétés sans réfuter pour autant une modulation de l'expression émotionnelle selon un gradient culturel (cf. universalité des émotions).

Ekman propose ainsi que ces 6 expressions faciales émotionnelles soient universelles. Tracy et Robins [337] ainsi que Keltner [338] proposent d'y adjoindre la fierté et l'embarras.

La catégorisation des expressions faciales a conduit Ekman à définir le système FACS : Facial Action Coding System [339]. Ce système repose sur l'étude des mouvements de 43 muscles du visage. Il présente une utilité pour repérer des émotions discrètes et/ou fugaces ; les domaines d'application du FACS ont largement dépassé le champ de l'étude scientifique puisqu'il sert régulièrement dans le cadre d'enquêtes judiciaires ou bien dans le cadre de la modélisation faciale de film d'animation ou de jeux vidéo...

- Le regard :

Argyle, psychologue social, est l'initiateur de nombreux travaux sur les signaux non verbaux médiés par le regard. [340]

Le regard procure ainsi différentes informations :

- L'information sur la disponibilité de l'attention de la personne.
- L'information sur la qualité de la relation (regard évitant, versus regard attentif).

Baron-Cohen met également en avant le rôle prévalent du regard dans l'expression non verbale d'émotions [341].

Il conçoit un test qui évalue la capacité à décoder les émotions complexes uniquement via le regard: le Reading the Mind in the eyes test (RMET) [342].

- Les postures:

Les postures, gestes et mouvements corporels sont de précieux indices émotionnels non verbaux.

Wallbott décrit ainsi une série de mouvements accompagnant certaines émotions : la colère s'illustre par le rehaussement des épaules, des mouvements latéraux, rapides et dynamiques tandis que la tristesse s'accompagnerait d'une posture repliée et de mouvements lents [343].

Schouwstra et Hoogstraten avancent que les postures droites sont évaluées émotionnellement positives tandis que les postures penchées vers l'avant sont perçues comme négatives [344].

- Le paralangage :

Le paralangage fait référence à la dimension vocale de la parole, c'est-à-dire l'intonation de la voix et la fluence verbale.

Il existe des changements au niveau du timbre de la voix pour les différentes émotions, et ces modulations sont reconnaissables [345]. Un individu serait même capable d'identifier les émotions d'autres personnes s'exprimant pourtant dans une langue qu'il ne connaît pas [346].

Par ailleurs, une fluence rapide semble liée à la peur ou à la colère alors qu'une fluence lente apparaîtrait dans la tristesse [347].

Le silence fait également partie du paralangage ; loin d'être forcément négatif, il revêt différentes significations [348] : silence par intérêt, silence lié à une réflexion, silence aversif, silence par absence d'élément de réponse, silence oppositionnel.

Le silence est donc lui aussi pourvoyeur d'informations émotionnelles.

- La distance :

Hall définit la dimension proxémique de la communication. Il s'agit de la distance physique entre deux personnes lors d'une interaction [349]. Il est observé que la distance spontanée établie par deux personnes dialoguant est fonction de leur niveau d'affinité.

3.3.3.4.3.4. Compétence d'expression des émotions.

La compétence d'expression des émotions est intimement liée à celle d'identification. L'expression peut se comprendre en miroir de l'identification inter personnelle dans le sens où le sujet bascule d'une position de récepteur à celle d'émetteur ; exprimer ses émotions répond au même cadre de communication verbale et non verbale.

Différentes études corroborent le fait que réprimer ses émotions induit des effets délétères.

Gross et al [350] constatent que les individus ayant tendance à éviter de manifester leurs émotions, vivent et expriment moins d'émotions positives et font état de plus d'expériences émotionnelles négatives.

Il existe également un impact physique significatif : Caska et al démontrent en 2009 qu'une moindre expression de la colère est associée à une mauvaise qualité de sommeil chez des patients coronariens [351]. Dans le même registre, Housiaux et al retrouvent que les enfants ayant des difficultés à exprimer leurs sentiments présentent un moins bon contrôle glycémique. [352].

A l'inverse, exprimer ses émotions revêt une dimension salutaire. Pennebaker et al démontrent qu'exprimer ses émotions après un traumatisme améliore la santé physique, accroît les fonctions immunitaires et est associé à un nombre moins important de consultations médicales dans les mois qui suivent [353] [354].

De façon globale, les personnes exprimant des émotions positives font le constat d'une meilleure humeur et de moins de problème de santé [355]. Frattaroli dans une méta-analyse de 2006 confirme l'efficacité globale de l'expression des émotions [356].

3.3.3.4.3.5. Compétence de compréhension des émotions.

Comprendre une émotion signifie s'en approprier le sens. Comme nous l'avons déjà décrit, l'émotion est du domaine du ressenti mais est également porteuse d'un message : elle a pour fonction primordiale d'être informative sur notre capacité d'adaptation et d'équilibre à l'environnement.

Saisir le sens d'une émotion renvoie donc à l'intégration cognitive de l'information véhiculée par cette dernière.

Or, l'adaptation et le maintien de l'équilibre à l'environnement nécessitent la satisfaction des besoins fondamentaux physiologiques et psychologiques.

L'émotion peut donc se comprendre comme un indicateur du niveau de satisfaction de nos besoins.

La valence d'une émotion renseigne ainsi sur la satisfaction ou non d'un besoin, et son intensité renseigne sur la pertinence et l'importance du besoin.

La dimension de besoin est étudiée de longue date ; dès 1938, Murray décrit un modèle complet des besoins [357]. Un des modèles le plus répandu est celui de Maslow [358] ; Il identifie 5 types de besoins fondamentaux : physiologie, sécurité, amour, estime et accomplissement de soi.

Comprendre une émotion revient donc à cerner sa valence, son intensité et le type de besoins qui en est à l'origine.

Cette description de la «compréhension émotionnelle» peut paraître lourde, surcomplexifiante au regard du caractère implicite et fugace du vécu émotionnel ; cependant, différents travaux apportent des arguments dans ce sens.

Timmerman et al [359] démontrent que moins une personne est satisfaite dans ses besoins fondamentaux, plus elle est à risque de s'engager dans des comportements boulimiques. La consommation de stupéfiants est également significativement corrélée à l'insatisfaction des besoins fondamentaux [360]. Inversement, plus les individus satisfont leurs besoins fondamentaux, plus ils rapportent un niveau élevé de bien-être tant personnel que relationnel [361]. Certains troubles psychologiques tels que la labilité émotionnelle retrouvée dans les troubles borderline retrouveraient leur origine dans la non-réalisation de ces besoins [362].

Ainsi, tout comme dans la compétence d'identification où l'accueil des émotions sans évitement initial semble primordial, la compétence de compréhension doit se fonder sur la reconnaissance des besoins motivant l'émotion. Or, empiriquement, il est fréquent de constater qu'un individu soumis à un état émotionnel va se focaliser principalement sur l'élément déclencheur et non sur le besoins sous-jacent. De cette recherche de causalité, il en résulte une amplification de l'émotion contre-productive... Une remarque blessante sur notre efficacité professionnelle (élément déclencheur) suscitant de la colère (émotion) doit s'envisager comme un besoin de reconnaissance contrecarré et ne pas conduire à une focalisation sur l'auteur de la remarque (risque de conflit, d'agressivité). Cette identification du besoin permet en effet de mettre en exergue les moyens et ressources disponibles pour lever/freiner l'insatisfaction et limiter la réactivité émotionnelle.

3.3.3.4.3.6. Compétences de régulation des émotions.

A travers les compétences d'identification, d'expression et de compréhension, on peut constater les bénéfices liés aux émotions.

La dimension de régulation se veut, elle, nécessaire à la préservation de l'opérabilité du système émotion.

Réguler ses émotions représente en effet un enjeu notable et ce dans divers cas de figure :

- Interrompre une émotion négative dès lors que l'information véhiculée est comprise afin d'éviter les effets délétères en cas de chronicisation. Une émotion négative est tout aussi valable et pertinente qu'une émotion positive mais dès lors que l'information est intégrée, sa persistance sera source de nuisance à l'image du concept de douleur aigue (informative, utile) et chronique (inutile et destructrice).

- Permettre de hiérarchiser des émotions concomitantes selon leur pertinence et ainsi prioriser les besoins associés.
- Maintenir l'intégration et l'appartenance au groupe via le respect des normes sociales.

La régulation peut viser à diminuer ou augmenter une émotion négative, idem pour une émotion positive.

Il existe à cet effet 4 types de régulation émotionnelle définis selon la valence et la variation d'intensité recherchée. [363]

Les deux formes de régulation les plus fréquentes sont la diminution des émotions négatives et l'augmentation des émotions positives [364]. Mais les deux autres formes de régulation sont opérantes : majorer ses émotions négatives peut permettre d'intimider un adversaire, diminuer ses émotions positives peut s'avérer nécessaire afin de poursuivre une tâche en cours.

Les stratégies de régulation des émotions peuvent se classer en 2 types : a priori (soit avant qu'elle se manifeste) et a posteriori (une fois que l'émotion a émergé afin de la moduler).

1) Régulation a priori :

On distingue principalement une stratégie dite de « sélection de la situation ».

La sélection de la situation désigne l'anticipation des émotions induites par une situation. C'est une forme de gestion préventive des émotions. Les individus sont inégaux devant cette stratégie d'anticipation : Bolger et Schilling retrouvent dans une étude de 1991 que les sujets ayant un neuroticisme accru se retrouvent significativement plus souvent exposés à des événements négatifs [365]. Ce déficit d'anticipation serait corrélé à une dimension d'impulsivité haute qui parasiterait l'évaluation des coûts et bénéfices émotionnels à court et à long terme avant la prise de décision de confrontation ou d'évitement d'une situation.

2) Régulation a posteriori :

Ces stratégies de régulation ont pour objectif de moduler l'émotion après qu'elle ait émergé. On peut distinguer 6 types de stratégies :

- Stratégie de gestion de la situation :

Elle vise à se libérer de l'émotion en se débarrassant du problème qui l'induit ; cette stratégie est à rapprocher du coping pro-actif.

Ces méthodes de résolution du problème peuvent être directes ou indirectes (solicitation de l'aide d'un tiers). Ce recours à des actions concrètes a pu être démontré comme bénéfique pour le bien être physique et mental [366] [367], et la performance académique et professionnelle [368].

- Stratégie de réorientation de l'attention : la distraction

L'émotion a pour priorité de focaliser l'attention sur l'insatisfaction ou satisfaction d'un besoin. Cette modalité de traitement de l'information si utile soit-elle, peut malheureusement conduire à une fixation et à un envahissement du champ de la pensée par des éléments négatifs.

Réorienter son attention sur des éléments positifs peut-être salvateur. Mc Kay, Wood et Brantley [369] mettent en avant le caractère d'apaisement de cette stratégie qui permet de réguler/atténuer l'intensité d'une émotion pour mieux la confronter ultérieurement.

La distraction se veut différente du déni car le sujet a pleinement conscience de l'existence du problème ; il diffère la confrontation au problème pour mieux le réaborder ultérieurement.

La distraction peut-être interne (penser à autre chose) ou externe (faire autre chose).

- Stratégie de réévaluation cognitive :

Cette stratégie provient du fait essentiel que l'émotion est le fruit d'une perception de la situation et non de la situation elle-même. Modifier cette perception modulera le vécu émotionnel qui en découle.

Le principe de réévaluation cognitive vise à comparer des arguments en faveur de ce que nous pensons et ressentons et des arguments contredisant ces mêmes pensées et ressentis. [370] [371]

Ce principe de réanalyse se fonde entre autre sur les travaux de Burns qui met en évidence que notre perception est régulièrement « partielle ou distordue » [372]. Il identifie ainsi 8 types de distorsions cognitives fréquentes à l'origine d'émotion dysfonctionnelle : surgénéralisation, pensée du tout ou rien, filtre mental, rejet du positif, conclusion hâtive, catastrophisme, raisonnement émotionnel et personnalisation.

Modifier une perception s'inscrit dans le cadre d'un effort cognitif et peut se réaliser selon 3 modalités : réexamen de ses croyances, relativisation, et positivation. Elles représentent les piliers de l'approche psychothérapeutique cognitivo-comportementale des émotions.

Le principe de comparaison doit permettre de se « dissocier » de la perception initiale erronée, et, via la contre balance des arguments contradictoires, d'initier une nouvelle perception de la situation.

Le principe de relativisation consiste simplement en une forme de décentration vis-à-vis de la situation initiatrice de l'émotion. Cette relativisation vise à resituer le vécu émotionnel et la situation qui s'y rattache à d'autres épisodes émotionnels antérieurs personnels ou figuratifs. En d'autres termes, l'intensité de ce que je ressens est-elle justifiée au regard d'autres situations désagréables de mon passé ; ou bien : suite à une déception sentimentale, j'éprouve de la tristesse mais cette tristesse est-elle aussi pénible que celle de mon ami qui vient de perdre son enfant ?

Le principe de positivation consiste à rechercher le bon côté des choses. Cela peut paraître évident, mais dans le timing émotionnel cela reste une gageure. A « froid », l'exercice semble plus accessible et facilite ainsi la recherche des bénéfiques à long terme. « Cette séparation m'aura permis de rencontrer quelqu'un avec qui je m'épanouis plus encore ».

L'ensemble de ces principes doit pouvoir permettre une meilleure gestion du vécu émotionnel ; soit un meilleur coping réactif.

- Stratégie d'acceptation :

L'acceptation ne renvoi ni à l'adhésion, ni à l'impuissance ou à la résignation. Elle se veut active, choisie et non subie. Schématiquement, cette stratégie vise à accepter l'existence de situation que l'on ne peut changer et à accueillir les émotions suscitées par la situation sans chercher à les fuir. De cette forme de lâcher prise, naît la perspective salvatrice d'un futur naissant à partir des décisions du présent et non des faits du passé. Cette stratégie se rapproche du concept de résilience popularisé par Boris Cyrulnik. [373] [374]

- Stratégie d'expression des émotions :

Cette stratégie s'envisage soit dans le partage de l'émotion avec un interlocuteur (partage social de l'émotion), soit avec la personne qui l'occasionne (expression clarificatrice).

Le partage social d'une émotion part d'un constat récurrent : nous ressentons fréquemment le besoin de parler de notre vécu émotionnel d'autant plus lorsqu'il est intense [375].

Le partage social représente en effet un excellent outil de régulation parce qu'il prolonge les émotions positives et diminue les émotions négatives [376]. Rimé explique cet aspect bénéfique du partage social par différents mécanismes indirects mais réfute l'idée courante de catharsis.

Sont mis en cause pour Rimé : un effet de restauration du lien social [377], un effet de réassurance et d'obtention de bénéfices secondaires (affection, tendresse), un effet de revalorisation de l'estime de soi, un effet d'assistance à la résolution de problème et une aide à la distraction.

Tous ces effets seraient contributifs à l'effet d'apaisement du partage social de l'émotion et non du seul ressort de la catharsis. Cependant, la neurobiologie de la peur a réhabilité aussi en partie cette catharsis en démontrant que le fait de décrire à voix haute l'élément déclencheur de la peur contribuerait à diminuer le vécu émotionnel de peur...

L'expression clarificatrice vise à exposer à son interlocuteur les émotions induites par son comportement avec pour objectif d'informer le dit interlocuteur de l'existence de ces émotions et d'en favoriser la résolution par son intermédiaire.

- Stratégie de relaxation

Elle vise à intervenir sur la composante physiologique de l'émotion. Il ne s'agit donc pas de supprimer l'émotion mais de l'atténuer.

Il existe différentes formes de relaxation : soit dirigée (Schultz, Jacobson), soit personnelle (musique, bains...).

L'efficacité de la relaxation semble indépendante de la personnalité [378] et elle contribue au bien être dans différentes pathologies somatiques [379].

3) Synthèse :

Au travers de la revue de ces différentes stratégies, on peut aisément se rendre compte de l'importance de la compétence de régulation émotionnelle.

Les reproches adressés à ces stratégies sont multiples : « du vieux vin dans une nouvelle bouteille », « de la poudre aux yeux inopérante dans la réalité »... Il reste cependant de nombreuses études validant des résultats indéniables et l'expérience clinique quotidienne de nombreux soignants.

L'intérêt de ces stratégies provient du fait que chacun d'entre nous a déjà eu l'occasion de les mettre en pratique de façon intuitive et plus ou moins consciente. L'enjeu serait de les systématiser au quotidien.

Combien de fois, suite à l'annonce d'une mauvaise nouvelle, prenons-nous le temps de nous distraire (réorientation de l'attention) ou de nous relaxer (relaxation) avant d'aborder la situation ?

Combien de fois, nous énervons-nous contre cette imprimante qui ne marche pas plutôt que de la changer (résolution du problème) ou contre ce chauffard qui nous coupe la route plutôt que de se réjouir d'avoir évité l'accident (relativisation).

Combien de fois, prenons-nous le temps d'envisager différentes explications au fait qu'un ami ne nous réponde pas au téléphone : il ne veut pas nous parler ? Ou bien il est occupé, il est au volant ? (Réévaluation cognitive).

Même si le « feu » de l'émotion, par définition brutale et fugace, semble difficile à conjuguer avec ces stratégies, l'expérience clinique a pu démontrer que leur mise en jeu répétée facilite leur automatisation, et majore le bien être et la qualité de vie.

3.3.3.4.3.7. Compétence d'utilisation des émotions.

Au regard des précédents chapitres, on conçoit aisément que l'utilisation appropriée de ses émotions et de celles d'autrui permet d'optimiser son fonctionnement interne et interrelationnel via un ajustement efficient et salutaire à l'environnement. Les différentes études que nous avons abordées au préalable, témoignent de cette utilité au profit du bien-être général, de la qualité de vie, de la performance académique et professionnelle et de la richesse d'un réseau social.

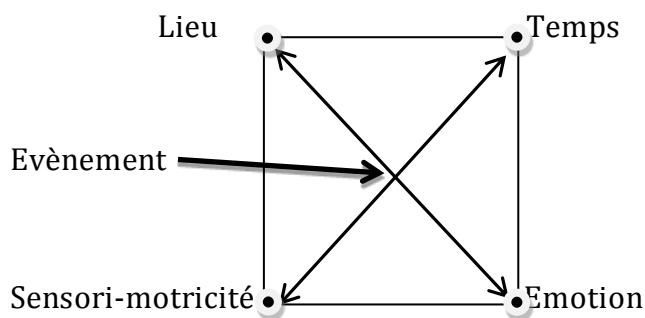
Par ailleurs, les émotions exercent une influence considérable sur de nombreux processus cognitifs : attention, jugement, prise de risques, mémoire, décision...

Utiliser de façon appropriée ses émotions représente ainsi un enjeu du bon fonctionnement de la pensée en général.

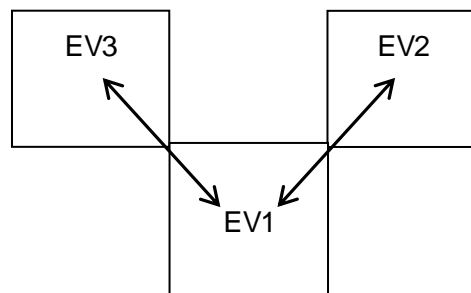
- Implication des émotions au sein des processus mnésiques :

Bower [380] initie dès 1981 une théorie de la mémoire fondée sur l'émotion et la cognition. Il avance que tout événement « mémorisé » soit encodé selon 4 composantes associatives : temporelle, spatiale, sensori-motrice et émotionnelle.

Chacune de ces composantes doit être envisagée comme une unité ou nœud stockée en mémoire. Chaque unité ainsi stockée constitue des réseaux discrets (réseau quadri-modal d'un événement proprement dit), mais également des réseaux étendus du fait des interconnexions entre réseaux discrets partageant un nœud commun.



Réseau discret



Réseau étendu

Chaque nœud peut être activé par son stimulus correspondant, et cette activation peut se diffuser de façon sélective vers les réseaux associés.

Ainsi, la réactivation d'un « souvenir/événement » peut s'envisager comme un réseau dont les différents nœuds ont atteint un certain seuil d'activation.

A partir de cette organisation multi-nodale, on peut concevoir le concept de réminiscence : l'exposition à un stimulus spécifique permet l'activation du nœud associé, et, du fait du principe de diffusion sélective, l'activation des nœuds corrélés ; ce qui aboutit à la récupération élective d'évènements stockés.

L'intérêt est notable pour des patients atteints de pathologie neuro-dégénérative évolutive dont on connaît les difficultés mnésiques et cognitives mais dont on oublie souvent que leurs capacités émotionnelles restent longtemps préservées.

L'utilisation de stimuli de la dimension émotionnelle permettrait ainsi une récupération plus aisée d'information mnésique via un contournement des barrages liés à l'atteinte cognitive. [381], [382]

Cette capacité à récupérer un événement grâce à la similitude des états émotionnels entre le moment où un événement est appris et le moment où il est récupéré, définit selon Bower « a mood state dépendance ». Ce rappel mnésique dépendant de l'état émotionnel est confirmé par Eich et Metcalfe [383] et Matt et al [384].

En d'autres termes, on se rappelle plus facilement d'un événement quand on est dans le même état émotionnel au moment du rappel que celui dans lequel on était lorsque l'on a vécu le dit événement.

La caractéristique d'intensité de l'émotion semble également un facteur favorisant la préservation du « souvenir ».

Budson et al [385] menèrent une étude intéressante relative au souvenir des attentats du 11 septembre. L'étude consistait en la passation à 1 mois, 3 mois et 1 an d'un questionnaire relatif à l'attaque terroriste auprès de sujets atteints de la maladie d'Alzheimer, de MCI et chez des sujets sains. Les résultats retrouvèrent une moins bonne capacité de restitution chez les patients Alzheimer et MCI comparativement aux sujets sains mais par contre un taux de perte d'information selon l'avance dans le temps similaire entre les 3 groupes. Le taux de perte lié à l'oubli est comparable entre sujets sains et malades.

L'intensité d'un état émotionnel préserverait la fixation mnésique d'un évènement et donc sa stabilité dans le temps malgré d'éventuelles difficultés d'encodage initial.

- Implication des émotions au sein du processus attentionnel :

Rappelons que, par principe, l'émotion fonctionne comme une « torche attentionnelle » focalisant l'attention du sujet sur la situation inductrice de l'émotion.

Mais plus encore, Gilligan et Eich démontrent que cet état émotionnel « induit » va également provoquer une attention privilégiée vers d'autres évènements dont la coloration émotionnelle est congruente à cet état. [386] [387]

L'émotion est un puissant outil de modulation et de focalisation des capacités attentionnelles.

- Implication des émotions dans les processus de pensée divergente et convergente :

Schwarz et Bless [388] avancent qu'un état émotionnel positif facilite une pensée divergente et heuristique ; et qu'à l'inverse, un état émotionnel négatif induit une pensée convergente, analytique et systémique. En d'autres termes, les émotions positives facilitent la créativité et les associations d'idées tandis que les émotions négatives favoriseraient un traitement systématisé de l'information. [389] [390]

La présence d'émotions positives confère à l'environnement un aspect « rassurant » et sans danger, et va orienter le processus d'analyse de traitement des informations présentées vers la base de connaissances préexistantes (schémas, scripts, stéréotypes et heuristiques) et les jugements préalables [391] conduisant à une pensée plus « ouverte », divergente, moins « scotchée » à l'environnement et donc plus créatrice. A l'inverse, un état émotionnel négatif va colorer l'environnement d'une tonalité « problématique et incertaine » source de danger, et orienter le processus de pensée sur le contexte environnemental de l'information présentée plus que sur les connaissances préétablies : d'où un processus d'analyse de pensée plus opératoire, systématique et convergent.

- Implication des émotions dans la prise de risque et le jugement :

L'émotion va influencer la perception du risque : les émotions positives ont tendance à induire une sous-estimation des risques et inversement pour les émotions négatives. [392].

Les émotions positives favoriseraient la prise de risque et la recherche de nouveauté [393].

Jugement et choix auraient également une tendance à être congruent à l'état émotionnel. [394].

3.3.3.4.3.8. Introduction du concept d'Intelligence émotionnelle (IE).

Le concept d'intelligence émotionnelle provient d'une recherche de modélisation appliquée des différents aspects précédemment évoqués des compétences émotionnelles.

L'intelligence émotionnelle se veut l'aboutissement pratique des différentes théories émotionnalistes ; elle est de ce fait d'un intérêt majeur du fait de sa dimension concrète mais n'est pas la « révolution » que l'on peut parfois lui prêter à tort. Pour Matthews, [395] ce ne serait finalement que « du vieux vin dans une nouvelle bouteille ». Il convient de nuancer cependant cette vision : certes, les émotions ne sont pas « nouvelles » mais ce nouvel abord définit à travers l'intelligence émotionnelle permet sans nul doute une meilleure compréhension de notre psyché. Nous aborderons dans un premier temps les aspects historiques de l'émergence du concept, puis nous décrirons les deux grands modèles d'intelligence émotionnelle, ayant chacun des approches paradigmatiques différents : le modèle capacitatif et le modèle trait.

Enfin, nous aborderons à travers une revue de la littérature scientifique actuelle la contribution du concept d'IE dans différents domaines d'application (bien être, qualité de vie, éducation, management, secteur professionnel) ainsi que ses liens connexes avec les concepts de stress, de personnalité et de la dépression.

3.3.3.4.3.9. Facteurs historiques dans l'émergence du concept d'IE.

Les précurseurs du concept sont à rechercher aux prémices du 20ème siècle. Thorndike, dès 1920, [396] fait valoir que les individus possèdent plusieurs type d'intelligence dont une « intelligence sociale », c'est-à-dire la « capacité à comprendre et à agir de manière judicieuse dans le contexte des relations humaines ».

Wechsler en 1940, [397] auteur de l'échelle d'intelligence pour adulte (WAIS) évoque lui aussi des éléments tant intellectifs que non intellectifs de l'intelligence. Il aborde notamment le rôle crucial de ces éléments non intellectifs dans la prévision de la capacité à « réussir dans la vie » d'une personne.

Gardner en 1983, relance le concept « d'intelligences multiples ». Psychologue éminent de l'Université d'Harvard, il propose d'adjoindre à l'intelligence classique (QI) une intelligence « personnelle » à deux versants : l'intelligence intra personnelle à l'intelligence interpersonnelle.

L'intelligence intrapersonnelle correspond à la connaissance introspective de soi, le sentiment d'être vivant, l'expérience des émotions, la capacité à les différencier puis à les nommer, à en tirer les ressources pour comprendre et orienter son comportement.

L'intelligence interpersonnelle correspond à la capacité à repérer ce qui distingue les individus ; et en particulier les différences d'humeur, de tempérament, de motivation et d'intention. Elle permet de déceler les projets et désirs de l'autre, même s'ils sont dissimulés [398]. Gardner estime que ces formes d'intelligence sont aussi importantes que celles ordinairement mesurées au moyen de test de QI.

Leuner, Payne puis Greenspan sont les premiers à avancer la terminologie « d'intelligence émotionnelle » [399] [400] [401] mais il faut attendre Salovey et Mayer en 1990 pour avoir la première codification structurelle de cette intelligence dite émotionnelle : [402] « une forme d'intelligence qui suppose la capacité à contrôler ses sentiments et émotions et ceux des autres, à faire la distinction entre eux et à utiliser cette information pour orienter ses pensées et ses gestes ». Ils développent en suivant un modèle capacitatif de l'intelligence émotionnelle évaluable par différents tests.

Dès lors, l'intelligence émotionnelle est relancée et la communauté scientifique s'en empare pour prolonger et éprouver le concept...

Cependant, l'intelligence émotionnelle va également « bénéficier » d'une toute autre exposition par l'intermédiaire de Daniel Goleman, psychologue de formation mais exerçant la profession de journaliste scientifique ; il publie en 1995 un ouvrage intitulé « L'intelligence émotionnelle ». Le succès populaire est au rendez-vous avec presque 800 000 exemplaires vendus et une traduction en 53 langues à ce jour...

Epstein [403] voit dans cet engouement hors norme, une forme de réponse utilitaire à une controverse lancée parallèlement par Herrnstein et Murray en 94. [404]

Dans un ouvrage intitulé « The bell curve », ces derniers affirment que le quotient intellectuel (QI) est normalement distribué dans la population, qu'il a une forte composante génétique et qu'il est difficilement modifiable. Plus encore, le QI différencierait selon l'appartenance ethnique

et la classe socio-économique ; il serait ainsi un déterminant du degré de succès professionnel.

De ce déterminisme génétique inégalitaire naît alors une véritable diatribe sociale ; l'intelligence émotionnelle va permettre de réhabiliter le principe d'égalitarisme et de minimiser la trop grande importance du QI...

Il s'en suit un emballement médiatique et une exploitation tout azimut du concept : du merchandising des émotions (séminaire, formation...) à une vulgarisation à l'extrême (questionnaires dans les magazines...).

Le concept est ainsi malmené et l'image de l'intelligence émotionnelle se retrouve brouillée.

Pourtant, pour comprendre cette dernière, il convient de ne pas surestimer son importance ; elle n'est ni révolutionnaire, ni miraculeuse mais un simple concept scientifique utile à la compréhension de l'humain et de ses relations à autrui. Là est le seul enjeu sociétal à considérer.

Pour cela, il convient de « décortiquer, démystifier, déconstruire le concept d'Intelligence émotionnelle pour en revenir aux prédicaments de base, au temple intérieur ». (J. Derrida).

3.3.3.4.3.10. Les modèles d'Intelligence émotionnelle.

1) L'intelligence émotionnelle en tant qu'habileté : Mayer et Salovey :

Ces auteurs sont les premiers à avoir avancés une définition de l'intelligence émotionnelle ; ils la définissent comme une « CAPACITE à percevoir l'émotion, à l'intégrer pour faciliter la pensée, à comprendre les émotions et à les maîtriser afin de favoriser l'épanouissement personnel » [405].

Ils structurent une théorie pure de l'intelligence émotionnelle reposant sur un modèle capacitatif : les émotions sont des signaux qui prêtent des significations régulières et discernables. L'intelligence émotionnelle est opérationnalisée comme un ensemble d'habiletés, elle est objective et répond à des cotations consensuelles. [406]

Ils fixent l'Intelligence Emotionnelle comme une nouvelle forme d'intelligence qui doit donc respecter les critères qui s'y rapportent. [407]

L'Intelligence Emotionnelle y comporte deux dimensions : une dimension expérientielle (capacité à percevoir et à manipuler l'information émotionnelle ainsi qu'à y réagir sans nécessairement la comprendre) et une dimension stratégique (capacité à comprendre et à gérer les émotions sans nécessairement les éprouver ou les percevoir parfaitement).

Chacune de ces dimensions se subdivise en deux branches, ce qui réalise au global, un modèle à 4 branches :



La dimension expérientielle comprend :

- Une branche dite de perception émotionnelle : capacité à être conscient de ses émotions et à exprimer ses émotions et besoins émotionnels correctement aux autres.
- Une branche dite d'assimilation émotionnelle : capacité à faire la distinction entre différentes émotions que l'on ressent et à reconnaître celles qui influent sur les processus de pensée.

La dimension stratégique comprend :

- Une branche dite de compréhension émotionnelle : capacité à comprendre des émotions complexes et à reconnaître les transitions d'une émotion à une autre.
- Une branche dite de gestion des émotions : capacité à vivre ou à abandonner une émotion selon son utilité dans une situation donnée.

La mesure d'habileté de l'intelligence émotionnelle repose principalement sur le MSCEIT, Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Scale. Cette échelle a donné des preuves de sa validité discriminante : l'Intelligence Emotionnelle ainsi mesurée est indépendante de l'intelligence générale et de l'empathie déclarée par les sujets test [408] ; et mesure les 4 capacités distinguées dans ce modèle.

Chaque capacité est mesurée au moyen de tâches précises : cotation de l'intensité et du type d'émotion suite à l'exposition à différentes images, exercices consistant à faire des parallèles entre des émotions et des sensations physiques (lumière, couleur, température...), exercices consistant à demander au sujet comment on peut passer d'une émotion à une autre...

Le MSCEIT comprend 141 items, et produit 7 scores : un score global, 2 scores de domaine (expérientiel et stratégique) et 4 scores correspondant aux différentes branches.

Chaque score est exprimé en fonction d'un quotient d'intelligence normatif correspondant à un score moyen de 100 (score moyen obtenu dans la population générale).

Le MSCEIT a été étalonné au moyen d'un échantillon de 5000 répondants au travers de 50 lieux de recherche dans le monde. Les estimations de stabilité et de cohérence interne ont été confirmées via des essais de fiabilité test-retest et des essais de fidélité pairs-impairs. La validité des critères et la validité structurelle sont également fiables (via analyse factorielle) [407].

Enfin, on retrouve une validité conceptuelle satisfaisante : il n'existe qu'une faible corrélation entre le MSCEIT et les mesures de QI [409].

Par ailleurs, il n'est constaté qu'une corrélation modeste entre MSCEIT et deux des principaux facteurs de la personnalité mesurée au moyen de l'inventaire de la personnalité NEO-Révisé (NEO-PI-R ; $r=0,25$ pour l'ouverture d'esprit et $r = 0,28$ pour l'amabilité) [410].

Enfin, il est à noter que le MSCEIT n'entretient qu'une corrélation minimale avec l'inventaire du quotient émotionnel Bar-On ($r=0,21$) ou le test d'auto-évaluation de l'intelligence émotionnelle (SREIT) ($r=0,18$) ce qui conforte que ces 3 mesures de l'intelligence émotionnelle ne portent pas sur le même concept [410].

2) L'intelligence émotionnelle en tant que Trait : Bar-On et Goleman :

Le modèle d'intelligence émotionnelle « trait » est également évoqué sous le vocable de modèle « mixte » car il inclut, au-delà des habiletés émotionnelles, des dispositions et traits émotionnels.

Il s'agit dès lors d'un construit complexe incluant des aspects de personnalité, de motivation ainsi que des habiletés mais ayant tous pour point commun d'être centrés sur l'émotion.

La critique de l'utilisation de la terminologie « d'intelligence » peut alors s'entendre : Fox [411] parle ainsi de « portefeuille de compétence » loin de ce qui définit l'intelligence (ensemble d'habiletés mentales associées à des noyaux opératoires dans sa définition la plus large).

Bar-On justifie le terme d'intelligence du fait que pour lui « l'intelligence décrit l'agrégation d'habiletés, de capacités et de compétences qui représente une collection de connaissances utilisées pour faire face à la vie efficacement » ; l'adjectif émotionnel mettant en relief que ce type spécifique d'intelligence diffère de « l'intelligence cognitive ». [412]

La notion de trait émotionnel se définit ainsi comme une caractéristique émotionnelle intrinsèque à l'individu.

A l'image de la personnalité, un trait émotionnel est à considérer comme une disposition interne, relativement générale et permanente, plus ou moins marquée selon les individus et ayant une valeur explicative [413] [414]. Le trait s'oppose donc à la notion d'état émotionnel qui fait référence à une situation très transitoire et circonscrite dans un contexte spécifique.

Il convient de ne pas confondre « trait émotionnel » et « prédispositions émotionnelles » (représentation moyenne de l'ensemble des états émotionnels d'une personne à travers une variété de situations, représentatives de celles que l'on rencontre dans la vie quotidienne) [415].

Le modèle de Bar-On met ainsi en avant la notion de potentiel de rendement et de succès [412].

Il soutient l'idée que l'intelligence émotionnelle favorise certains processus émotionnels et cognitifs qui contribuent à leur tour à un meilleur rendement et à un succès plus grand.

Il est centré sur une gamme de 5 compétences émotionnelles et sociales : capacité à être conscient de soi, capacité à se comprendre et à s'exprimer, capacité à être conscient des autres, à les comprendre et à entretenir des rapports avec eux, capacité à faire face aux émotions fortes et capacité à s'adapter au changement et à régler des problèmes de nature sociale ou personnelle.

L'ensemble de ces capacités confère selon Bar-On, à l'individu un potentiel adaptatif situationnel et une stabilité émotionnelle fortement contributive au développement personnel au même titre que l'intelligence cognitive.

L'intelligence émotionnelle est par ailleurs perçue comme évolutive : elle suit un développement progressif dans le temps et peut par conséquent s'améliorer.

Bar-On organise son modèle selon 5 composantes :

- Intra personnelle : capacité à comprendre ses propres états émotionnels, à pouvoir les moduler et à afficher une bonne estime de soi.
- Interpersonnelle : capacité à comprendre les émotions d'autrui, à exprimer ses propres émotions aux autres et à entretenir de bonnes relations interpersonnelles.
- Adaptabilité : capacité à modifier son comportement en fonction des situations et à trouver des solutions optimales lors de conflits.
- Gestion du stress : capacité à pouvoir tolérer et surtout gérer les situations stressantes ainsi qu'à contrôler ses impulsions.
- Humeur générale : capacité à considérer les situations de vie de façon optimiste.

Goleman conçoit, lui aussi, un modèle mixte de l'intelligence émotionnelle. Ce modèle reste, d'un point de vue théorique, assez proche de celui de Bar-On mais diffère essentiellement dans son orientation « Développement personnel » que Goleman y a insufflé...

Goleman [416] [417] [418] [419] décrit 5 domaines principaux :

- La conscience de soi : le fait de pouvoir identifier ses émotions.
- La maîtrise des émotions.
- L'auto motivation.
- L'empathie et perception des émotions d'autrui.
- La maîtrise des relations humaines/compétences sociales.

Goleman définit l'intelligence émotionnelle comme la manifestation concrète de certaines compétences en temps voulu, de manière adéquate et proportionnée afin d'être efficace dans une situation donnée. [420]

Les outils de mesures de l'intelligence émotionnelle « trait » sont nombreux.

On retrouve notamment l'inventaire du quotient émotionnel de Bar-On [412]. Il s'agit d'une auto-évaluation conçue comme une mesure du comportement émotionnellement compétent qui donne une estimation de l'intelligence émotionnelle d'une personne. Cet inventaire ne

mesure pas les traits de personnalité ou la capacité cognitive mais la capacité d'une personne à faire face aux exigences et pressions du milieu [421]. Les 133 questions de l'inventaire produisent un score brut converti ensuite en score type basé sur une moyenne de 100. La validité conceptuelle du test a été attestée grâce à des mesures de validité divergente et convergente. Il n'a pas ainsi été constaté de corrélations significatives entre l'inventaire du quotient émotionnel et plusieurs mesures de l'intelligence « normale » [422] mais l'on a constaté une corrélation significative entre cet inventaire et des mesures du bien être psychologique et subjectif ($r=0,54$ et $r = 0,35$) et les cinq principaux facteurs de la personnalité mesurés à l'aide de l'inventaire de la personnalité NEO-PI-R ($r=0,16$ à $- 0,57$). Des comparaisons avec d'autres mesures de l'intelligence émotionnelle ont révélé qu'il n'y avait qu'une corrélation minimale entre l'inventaire du quotient émotionnel et le test MSCEIT ; mais une corrélation significative avec l'échelle d'intelligence émotionnelle de Schutte [423].

L'échelle d'intelligence émotionnelle de Schutte comprend 33 items avec une modalité de réponse selon une échelle de Likert en 5 points. Cette échelle fournit une mesure fidèle et valide de l'intelligence émotionnelle :

- La stabilité serait de $r=0,78$.
- La cohérence interne est satisfaisante (coefficient alpha de Cronbach de $0,87$).
- La validité critérielle est qualifiée de bonne.
- La validité conceptuelle est avérée : on rappelle une corrélation significative avec l'inventaire de quotient émotionnel de Bar-On ; mais aussi avec l'alexithymie ($r=-0,65$) et plusieurs éléments de l'échelle des traits et de l'humeur (attention aux sentiments $r= 0,68$; clarté des sentiments $r=0,52$; redressement accru de l'humeur $r=0,68$). Par ailleurs, il n'est constaté qu'une corrélation avec le facteur « ouverture à l'expérience » ($r=0,54$) du test NEO-PI [423].

La description de ces différents outils de mesure confirme la pertinence et la validité conceptuelle des modèles d'intelligence émotionnelle.

3.3.3.4.3.11. Enjeux et domaines d'implication de l'IE.

- Intelligence émotionnelle et performance :

Comme nous l'avons constaté, l'essor du concept « d'intelligence émotionnelle », au-delà de sa validité conceptuelle, provient également d'une forme de diatribe sociale visant à

minorer l'impact du monolithique QI. De là est né un « business » considérable de séminaires d'entreprise et d'entretiens d'évaluation émotionnelle professionnelle... Pour autant, les études menées dans ce sens démontrent-elles des résultats significatifs ?

Pour Bar-On, [412] l'implication de l'Intelligence émotionnelle prédit clairement le succès professionnel d'un individu car elle serait prédictive de sa capacité à faire face aux demandes et aux pressions de l'environnement. D'un point de vue managérial, l'implication de l'Intelligence émotionnelle est fortement contributive dans la dynamique des groupes restreints (via la prise en compte des forces et faiblesses de chacun des membres d'une équipe).

Watkin [424] avance qu'un recrutement considérant le potentiel d'IE d'un candidat assure un taux de réussite de plus de 90% en terme de performance et d'intégration professionnelle.

Du point de vue performance individuelle, Bobot [425] démontre que l'habileté « négociation » est fortement corrélée à des niveaux élevés d'intelligence émotionnelle. L'étude de Fox et al [426] conforte le rôle d'une IE fortement contributive à l'habileté de « négociation ».

Petrides et al [427] démontrent sur un échantillon de 650 lycéens anglais, que l'IE était autant contributive que les aspects cognitifs aux résultats académiques. Par ailleurs, les lycéens ayant un niveau d'IE élevée, avaient significativement moins de comportements déviants (absence non autorisée, exclusion) que des sujets de niveau cognitif égal (la variable personnalité étant par ailleurs soustraite).

L'étude de Slaski et Cartwright [428] démontre que les managers/chefs d'équipe ayant un score élevé d'IE montraient une moindre sensibilité au stress, un niveau de santé physique général meilleur, un vécu subjectif de bien être élevé et surtout des performances managériales accrues. Enfin, l'étude de Parker et al [429] conduite sur 667 lycéens américains ne retrouve qu'une faible corrélation ($r = 0,33$) entre IE et résultat scolaire contrairement à l'étude de Petrides et Al ; mais cependant, démontre que les élèves de haut niveau d'IE, au lycée, persévèrent et abandonnent moins leurs études universitaires par la suite.

Lyons et al [430] démontrent via un échantillon de 126 étudiants auxquels on soumet des tâches (calcul arithmétique, improvisation d'un discours pour remotiver un groupe) qu'une compétence élevée dans l'utilisation et la régulation des émotions est corrélée positivement à de meilleurs scores aux épreuves soumises même après analyse soustrayant les variables de personnalité.

Austin et al [431] via une étude innovante de 2007, prolongent la réflexion de l'association IE-Performance en soumettant l'hypothèse qu'un haut niveau de compétences émotionnelles

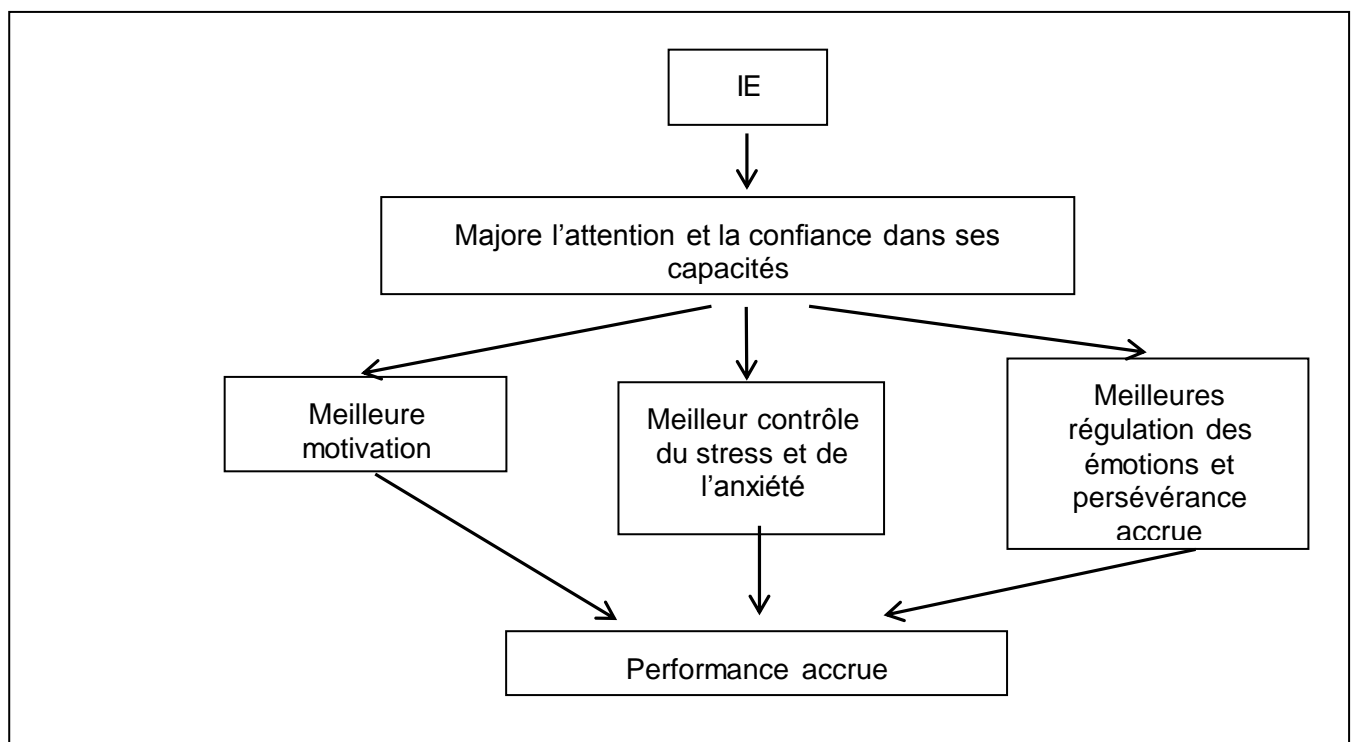
contribuerait à la performance car elles faciliteraient l'habileté de « manipulation d'autrui ». Les résultats sont cependant contrastés notamment du fait d'une absence de corrélations entre les patterns d'IE et de « machiavélisme », à l'exception de la composante utilisation des émotions intra et interpersonnelles. Ainsi, les sujets ayant un niveau de machiavélisme haut semblent mal identifier les émotions (intra et interpersonnelles) et ne pas mieux les réguler qu'autrui contrairement à ce qui pouvait être intuitivement attendu (à moins que ces sujets aient volontairement maquillé leurs réponses...).

Ces études globalement favorables et positives pour l'influence de l'IE sur la performance trouvent aussi leur pendant négatif.

Newsome et al [432] et O'connor et al [433] retrouvent pour leur part une association faible entre IE et résultats scolaires notamment quand les capacités cognitives et les dimensions de personnalité sont contrôlées en parallèle.

Le contraste entre ces études peut souligner une relation plus complexe entre IE et performance individuelle, et l'inclusion de variables intermédiaires entre ces deux composantes (motivation, gestion du stress, persévérance).

Des études dans ce sens sont actuellement en cours et préfigurent le schéma suivant :



En ce qui concerne les liens entre Intelligence émotionnelle et performance au niveau groupal, Jordan et Troth [434] trouvent un lien entre l'IE et la performance d'un groupe « restreint » à résoudre une tâche purement cognitive ; alors que ce lien n'apparaissait pas au niveau individuel. Selon ces auteurs, l'IE et plus particulièrement la capacité à gérer ses propres émotions, permettrait aux membres d'une équipe d'être davantage à l'écoute et de chercher des solutions plus ambitieuses sans se sentir mis en danger par la possibilité de se tromper.

Par ailleurs, ces mêmes auteurs [435] démontrent que le niveau moyen d'IE dans une équipe affecte le style de résolution des conflits : les équipes de haut niveau d'IE utilisent préférentiellement des stratégies collaboratives alors que les équipes de bas niveaux privilégient les stratégies d'évitement.

Jordan et al [436] retrouvent que des équipes d'étudiants, dans un exercice d'apprentissage autodidacte, étaient plus performantes quand leur score d'IE moyen était haut.

Prati et al [437] avancent que ces résultats proviendraient du fait que les membres émotionnellement compétents d'une équipe comprendraient et accepteraient mieux leur rôle au sein de celle-ci ; et seraient plus enclin à ne pas transgresser les normes de l'équipe. Un score moyen haut d'IE faciliterait la créativité et la confiance mutuelle via de meilleures dispositions à l'empathie et à l'écoute (d'où moins de conflits et d'opposition directe).

L'étude de Quoidbach de 2005 représente sans doute le travail in situ le plus fiable et validant de ces dernières années sur la question du lien entre performance Groupal et IE. [438]. Cette étude concerne 23 équipes d'infirmières d'un hôpital général soit un total de 421 travailleurs. Les résultats démontrent que la performance d'une équipe est significativement corrélée aux 3 dimensions d'IE évaluées dans l'Echelle d'Austin (version révisée de l'Echelle de Schutte et al) : régulation, évaluation et utilisation des émotions.

La qualité des soins est ainsi associée au score moyen d'IE de l'équipe ; vis-à-vis de la dynamique de groupe, il est par contre démontré qu'un seul membre d'une équipe ayant un score faible à contrario des autres membres, suffirait à faire chuter significativement la performance collective !

La cohésion du groupe suit les mêmes corrélations vis-à-vis de l'IE que la variable qualité des soins.

Faut-il en déduire qu'il faut éliminer l'alexithymique d'un groupe pour augmenter sa performance ... ?

Des recherches complémentaires sont encore à effectuer, mais en synthèse, le domaine des compétences émotionnelles semble avoir une place contributive et à explorer tant dans le domaine de la performance individuelle que groupale.

- EI, bien être, relations sociales et déviances comportementales :

Les travaux de Diener ont pu mettre en évidence le rôle fondamental mais aussi indépendant des émotions positives et négatives dans notre vécu subjectif de bien être (« subjective well-being »).

Le domaine des compétences émotionnelles semble y participer de façon non négligeable.

Chamorro-Premuzic et al [439], dans une étude de 2005, étudient la place de l'émotivité dispositionnelle dans le vécu général du bien être. Ils considèrent le rôle déjà démontré des traits de personnalité, mais l'associent à la dimension d'IE, en la considérant comme une probable variable indépendante. Les résultats de Chamorro et al retrouvent une influence de la personnalité sur la variabilité de « joyeuseté » (Happiness), mais surtout que l'IE-trait était un meilleur prédicteur que les dimensions « emotional stability », « conscientiousness » et « agreeableness » du Big Five.

L'étude de Saklofske [440] a démontré que l'index de « satisfaction de sa vie » (« life satisfaction ») corrélait davantage aux dimensions d'IE qu'aux dimensions de personnalité selon le Big Five.

Austin et al [441] démontrent par ailleurs que l'IE-trait est corrélée négativement avec l'alexithymie et la consommation d'alcool ; mais surtout que l'IE est bien plus fortement associée à la qualité du réseau-support social que la personnalité.

L'influence prédominante de l'IE sur la qualité des relations sociales a également été confirmée par Ciarrochi et al [442].

Enfin, l'étude de Brackett et al [443] retrouve sur un échantillon de 330 étudiants un score d'IE plus élevé chez les femmes ; et que les sujets ayant un score faible d'IE (en particulier sur les compétences de perception et d'utilisation des émotions) sont associés à davantage de conduites déviantes (consommation d'alcool, de drogues) et un plus faible réseau social (association maintenue après contrôle des variances liées à la personnalité).

Toutefois, à contrario des précédents travaux présentés, l'étude de Bastian et al [444] minore l'influence de l'IE sur les compétences sociales ; la dimension cognitive et de personnalité serait prédominante pour ces auteurs. La variance entre IE et compétence sociale n'étant que de 6%.

Compte tenu de la récente émergence du concept d'IE, il semble raisonnable de poursuivre et d'accroître les études dédiées, mais en dépit de quelques travaux contradictoires, l'IE semble jouer un rôle déterminant dans les notions d'interaction sociale et comportementale.

Il semble dès lors intéressant de poser la question de la place de l'IE dans le domaine clinique (dépression, personnalité). Peu d'études ont à ce jour été menées mais leurs résultats sont d'ores et déjà prometteurs. Nous aborderons ces dernières au décours du prochain chapitre dédié à l'étiopathogénie de la maladie dépressive.

3.3.3.5. Conclusion.

L'approche dimensionnelle du phénomène dépressif se révèle ainsi à la fois opérante et efficiente dans l'optique d'une description plus fine et représentative de l'hétérogénéité de la dépression. La question des traits dimensionnels fondamentaux les plus représentatifs de la dépression reste ouverte à ce jour et nécessitera à l'image du modèle de la personnalité de plus amples recherches. Cependant, à travers la revue des différents travaux effectués au décours de ce chapitre, on peut affirmer que la dimension d'émotivité (situationnelle et dispositionnelle) y tient une place importante. Il reste, cependant, le constat du « pourquoi » de cette hétérogénéité du phénomène dépressif, illustrée notamment par la multiplicité des patterns différentiels émotionnels dépressifs.

La question étiopathogénique semble en jeu ; il semble utile de l'évoquer dans l'optique d'une meilleure compréhension de cette hétérogénéité dépressive, notamment en considérant la place et le rôle respectif des variables émotionnelles, contextuelles et de personnalité.

3.4. Etiopathogénie de la maladie dépressive.

3.4.1. Introduction : modèle de diathèse du stress ; interaction entre facteurs constitutionnels et facteurs précipitants.

« La dépression n'est pas un caprice, elle n'est pas un aveu de faiblesse ou de fainéantise, il faut la comprendre comme une maladie à part entière. Elle ne te tombe pas sur le coin du nez sans raison ; elle provient d'un épuisement involontaire des systèmes psychiques, hormonaux et neuro-immunologiques. Elle n'est pas choisie mais subie. Comme n'importe quelle autre maladie. Il faut donc la respecter, et plus encore respecter le patient qui en souffre. »

Pf Schmitt Toulouse (2004).

La question étiopathogénique du phénomène dépressif reste complexe et à ce jour partiellement comprise. Il ne s'agit point là d'une étude physiopathologique d'une agression d'un agent pathogène (virus, bactéries...) ou d'un dysfonctionnement organique proprement dit (cancer, maladies auto-immune...) mais de l'étude d'un phénomène complexe conduisant à une altération psychique et physique significative entravant le fonctionnement habituel d'un individu au sein de son environnement.

A ce jour, l'étiopathogénie de la dépression s'envisage dans le cadre d'une « rencontre » entre un individu unique et un facteur précipitant contextuel de nature « stressante ».

Seules les dépressions endogènes et les dépressions directement consécutives à un dérèglement somatique (telle l'hypothyroïdie, ou l'abus d'une substance par exemple) semblent échapper à ce pattern de « rencontre ».

En reprenant la description Kraepelienne, la dépression dite psychogène la plus fréquente au niveau incidence et prévalence provient donc de cette rencontre / conflagration entre :

- un facteur précipitant dit déclencheur à forte dominante contextuelle : événement de vie environnemental stressant.
- une base individuelle unique : cette base doit s'envisager sur un versant holistique ; c'est à dire selon les aspects génétiques, épigénétiques, psychobiologiques, et la structuration psychique développementale antérieure (événements de vie antérieurs, structuration et organisation des traits psychiques) unique et spécifique d'un individu.

L'étude de cette « base » a permis de mettre en évidence des facteurs de risques et des facteurs protecteurs conduisant au concept de vulnérabilité dépressive. [445] [446]

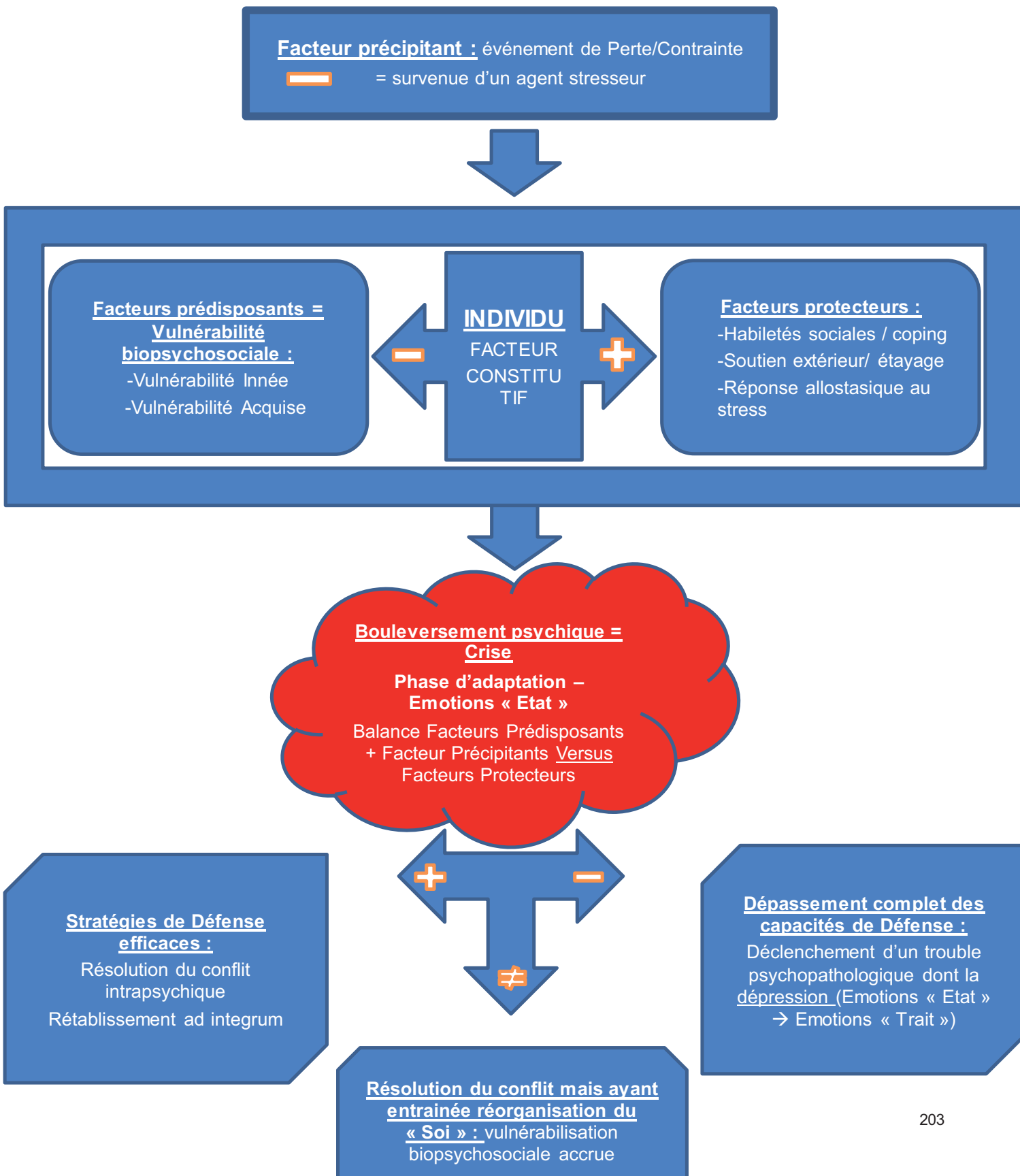
Une approche prédictive de la survenue d'une dépression d'une personne via l'analyse croisée du versant « vulnérabilité » et du versant déclencheur précipitant semble ambitieuse et difficile à organiser tant les variables impliquées sont multiples pour les deux versants.

Toutefois l'étude de ces deux versants semble nécessaire et indéniable afin de mieux comprendre l'« histoire naturelle » de la survenue du phénomène dépressif et de son polymorphisme.

Nous nous proposons dans ce chapitre d'exposer dans un premier temps les données actuelles relatives au concept de « vulnérabilité », et par conséquent les notions de facteur de risque et facteur protecteur vis-à-vis de la dépression. Nous évoquerons en suivant les arguments actuels faisant du modèle de personnalité de Cloninger et du modèle d'intelligence émotionnelle des marqueurs représentatifs de cette vulnérabilité dépressive.

Puis nous aborderons le versant contextuel en proposant un modèle de sous-catégorisation des facteurs précipitants selon une dichotomie « perte » versus « contrainte ».

Etiopathogénie dépressive : Modèle schématique psychopathologique de l'interaction entre Facteurs Constitutionnels et Facteurs Précipitants.



3.4.2. Vulnérabilité dépressive.

3.4.2.1. Définition du concept.

« Nous ne sommes pas tous égaux devant l'adversité »

La vulnérabilité se définit comme un état de moindre résistance aux nuisances et agressions environnementales ; en d'autres termes, elle évoque les sensibilités et les faiblesses patentes ou latentes d'un individu et peut être comprise comme une capacité ou incapacité de résistance aux contraintes de l'environnement (agents stressants).

La vulnérabilité rend donc compte de la variabilité interindividuelle face aux pathologies mentales (notamment la dépression) et peut se concevoir comme un modèle de représentation des susceptibilités individuelles face aux facteurs dépressiogènes environnementaux. Elle se veut spécifique de chaque individu et dépend des aspects génétiques, épigénétiques, neurobiologiques, mais aussi du développement et de la structuration de la personnalité selon en particulier les événements de vie antérieure auxquels le sujet a été confronté. On distingue ainsi une vulnérabilité innée et une vulnérabilité acquise. [447] [448] [449]

3.4.2.2. Vulnérabilité Innée.

Le domaine de la psychiatrie-génétique est des plus difficiles à aborder tant on se confronte à une multitude d'études et de données parfois convergentes, parfois contradictoires et qui évoluent sans cesse de semaines en semaines empêchant à ce jour d'aboutir à des conclusions pérennes.

Par ailleurs, il convient de mettre en exergue la difficile question de l'implication génétique potentielle versus la traduction réelle phénotypique d'une susceptibilité génotypique. D'autant plus si l'on considère les facteurs épigénétiques ; l'épigénétique étant le domaine qui étudie comment « l'environnement » et le « développement » d'un individu influent sur l'expression ou non de certains gènes. Il apparaît ainsi que la notion d'innée ne se superpose pas à celle d'héréditaire dans le sens où l'innée doit aussi être considéré comme contenant une part d'acquis.

Par ailleurs, l'expression d'un caractère (au sens génétique du terme) est multifactorielle : elle est imputable à plusieurs gènes et cette expression peut opérer selon différents processus (classique, dominant, récessif...)

Au final, identifier un « construit génomique » corrélé à une vulnérabilité dépressive s'apparente encore à ce jour à une gageure si l'on considère les écueils suivants :

- une variation génomique ne signifie pas une variation génétique (cf. les redondances du code génétiques en termes de codons).

- l'expression est multifactorielle : interaction multigènes pour un caractère phénotypique, caractère d'expression récessif/dominant/normal d'un gène; systèmes d'autorégulation infraspécifiques.

- transduction épigénétique variable (part de l'acquis dans l'innée).

A titre illustratif, nous présenterons quelques études et données en faveur d'une vulnérabilité innée dépressive.

Les études génétique menées procèdent à la fois d'une analyse de l'ADN pure tout en s'appuyant sur des relevés épidémiologiques (études familiale, d'adoption, ou de jumeaux). Ces études prennent en compte la complexité évoquée de l'hérédité génomique ; et pour cela s'intéressent à l'action de plusieurs gènes intervenant en interaction avec des facteurs environnementaux et développementaux.

Au premier rang de ces études, figurent les études « d'association » qui utilisent des variations non paramétriques de « gène candidat ». Un gène candidat étant défini comme un gène codant pour une protéine potentiellement impliquée dans les mécanismes physiopathologiques de l'affection étudiée.

Les gènes codants pour des protéines intervenant dans la production ou la régulation du métabolisme de la sérotonine ont été priorisés dans le cadre des études sur la maladie dépressive.

Le gène de la tryptophane hydroxylase (TPH), enzyme qui intervient lors de l'étape initiale de la synthèse de la sérotonine, a été une première cible. La TPH est codée par deux gènes (TPH1 et TPH2) ; des études démontrent une association plus marquée avec la dépression en cas de fréquence élevée de l'allèle A218.

Le gène du transporteur de la sérotonine joue lui aussi un rôle majeur dans la régulation du taux de sérotonine synaptique. La présence d'un allèle court dit « S » est

associée à une moindre expression du gène et à une diminution du taux de recapture de la sérotonine [450]. L'ensemble est corrélé à un risque accru de dépression.

Le gène de la monoamine oxydase (MAO-A) peut présenter une mutation responsable d'un déficit complet et sélectif de MAO-A. Cette mutation entraîne des comportements agressifs, impulsifs et une prévalence dépressive accrue avec conduite suicidaire importante. [451]

Enfin les gènes des récepteurs de la sérotonine, 5-HT, ont aussi été étudiés. Le polymorphisme (102 T/c) du gène codant pour le récepteur 5-HT2A serait associé à une majoration des conduites suicidaires. [452]

Toutefois comme le souligne Gorwood [453] la vulnérabilité innée ne doit pas être dissociée de façon stricte de la vulnérabilité acquise (environnemental). Les facteurs environnementaux modifient l'expression de la vulnérabilité génétique selon l'intensité de l'exposition à des facteurs environnementaux (=la part de l'acquis dans l'innée).

L'étude de Capsi [454], étude prospective sur plus de 1000 sujets, démontre que l'allèle court "S" n'avait un effet significatif prédictif que chez les sujets exposés récemment à un stress majeur. Par contre, les sujets homozygotes pour l'allèle « S » développaient alors plus de symptômes dépressifs et de conduite suicidaires.

L'étude de Pezawas et al permet d'apporter un éclairage sur cette influence de l'acquis sur l'inné [455]. Via l'analyse d'IRM structurale chez 200 sujets porteur de l'allèle court « S », il a pu être démontré :

- des modifications anatomiques de l'amygdale et du cortex cingulaire.
- une interaction altérée entre certaines structures sous corticales et corticales essentielles dans la gestion des émotions.
- des modifications fonctionnelles du traitement de l'information (hyperactivation amygdalienne en situation d'anxiété).

Les sujets porteurs de l'allèle « S » ont ainsi une moindre capacité à la maîtrise des émotions négatives mais elle ne se révèle que dans un contexte environnemental favorisant.

3.4.2.3. Vulnérabilité Acquise.

Le principe de « vulnérabilisation acquise » progressive est une notion présente dans la clinique psychiatrique de longue date. Le constat empirique de la récurrence dépressive

fréquente après un premier épisode en est un des premiers arguments : 80% des patients ayant présenté un premier épisode de dépression majeure présenteront un nouvel épisode dans les 15 années suivantes. [457] [456]

La vulnérabilisation acquise peut s'opérer selon deux schémas :

- Un premier schéma que l'on pourrait qualifier « d'infraclinique » :

La survenue d'un conflit intrapsychique consécutif à un évènement de vie stressant ne conduit pas irrémédiablement à la survenue d'un trouble psychopathologique aiguë (ie : dépression).

En effet, face à un bouleversement psychique, il y aura mise en jeu des mécanismes de défense du « soi » pour gérer et préserver l'« équilibre psychique ». Il se présente alors deux cas de figure : soit les mécanismes de défense sont opérants et permettent une résolution complète du conflit intrapsychique et un retour à la situation d'équilibre (rétablissement ad integrum) ; soit ces mécanismes de défense sont partiellement dépassés et il survient un effritement et une réorganisation du « moi », c'est à dire de la base structurale psychique (personnalité, compétence émotionnelle), qui pourra représenter une fragilisation accrue lors de la survenue d'un prochain évènement de vie négatif.

Les différentes études menées chez l'adulte ayant souffert d'évènement de vie négatif dans l'enfance et l'adolescence illustre ce processus.

Kendler et al [458] dans une étude de 2004 portant sur 1404 sujets féminins démontre ainsi que la survenue d'un premier épisode dépressif à l'âge adulte est largement majorée en cas d'abus sexuels dans l'enfance du sujet et de la survenue dans l'année précédente d'évènements de vie stressants. Il en conclut que ces femmes ont potentiellement conservé une sensibilité/fragilité accrue sur le long terme face aux évènements de vie stressants consécutivement à cet antécédent d'abus sexuel dans l'enfance (même si à l'époque ce dernier n'avait pas provoqué de troubles psychopathologiques).

Dans une étude de 2002, Kendler et al [459] étudie les effets d'une perte dans l'enfance (décès, séparation, placement) des référents parentaux chez plus de 7000 sujets jumeaux.

Sa recherche s'oriente sur les risques de survenue d'épisode dépressif à l'âge adulte et les risques de dépendances à l'alcool. Sans surprise, ses résultats conforte l'hypothèse d'un risque accru de survenue de maladie dépressive et de dépendance à l'alcool chez les sujets ayant subi une perte parentale dans l'enfance. Il n'y a pas de différence de « genre » pour le risque de dépression, mais le risque de dépendance à l'alcool est significativement

plus élevé chez les femmes. L'étude de Kendler démontre aussi un phénomène intéressant : le risque accru lié à la vulnérabilisation persiste sur le long terme mais n'est pas définitif. Ainsi il constate un retour à la norme du risque de dépression 12ans après la survenue d'un décès parental ; 30 ans après une séparation. Cependant le risque accru pour la dépendance à l'alcool semble lui persistant quelque soit le motif de perte. Toutefois la question de la variation/régression de cette vulnérabilité acquise n'est pas élucidée. Peu d'étude se sont attachée à évaluer les variations de cette dernière au fil du temps. Les données des études de Kendler sont à considérer ; mais de façon contradictoire Ritchie et al [460] démontre que la survenue d'évènements traumatiques dans l'enfance chez 942 sujets âgés de plus de 65ans, double le risque de dépression au 3ème âge (et ce après ajustement sur différents facteurs confondant tels que le veuvage, la maladie, le handicap...)

Une étude de Ming et al [461] menée en 2011 sur 1970 femmes dépressives comparées à 2597 sujets "contrôle" démontre de façon similaires que les sujets dépressifs ont vécu davantage d'évènements de vie négatifs antérieurs que les sujets « contrôle ».

Ces différentes études, reproduites par ailleurs sur d'autres populations, confirment ainsi l'effet de vulnérabilisation latent provoqué par l'exposition à un agent stresser antérieur.

- Le second schéma de vulnérabilisation acquise est celui de la situation où les mécanismes de défense du « soi » sont complètement dépassés ; ce qui conduit à la survenue d'un trouble psychique aigue (Ex: dépression).

Ce schéma a suscité l'intérêt de multiples équipes de recherche : comment expliquer qu'un sujet ayant recouvré complètement d'un épisode dépressif présente toujours un risque majeur et accru de récurrence dépressive. Kessing et al [462] démontre en effet que le risque pour un sujet ayant deux antécédents d'EDM de faire un 3ème épisode est de l'ordre de 70% et qu'après une dizaine d'épisode, le risque avoisine près de 100% !

L'hypothèse du « Kindling phenomenon » (embrassement) a été avancé pour expliquer cette vulnérabilisation accrue progressive liée à la survenue d'épisode dépressif.

Ce phénomène, emprunté aux recherches sur l'épilepsie, proviendrait d'un effet de neurotoxicité *per se* du phénomène dépressif. [463]

Sheline, en 2002, [464] via la mesure de la taille des hippocampes chez des sujets ayant eu des durées cumulatives de dépressions variées, démontre une très forte corrélation entre la réduction de la taille hippocampe et le temps de sa vie passée en dépression. Ces résultats ont été répliqués de manière convaincante ; il en ressort la démonstration d'une

neurotoxicité propre à la dépression consécutive à l'exacerbation des mécanismes de réponse au stress.

Ce pattern physiologique de vulnérabilisation est significatif: Corruble et al [465] ont en effet démontré qu'il existait bien une corrélation négative entre la « charge » d'évènements de vie stressants avant un épisode et le nombre passé d'épisode dépressifs. En clair, une maladie dépressive se « déclenchera » de plus en plus facilement si il y a eu de multiples épisodes antérieurs ; et ce pour des facteurs environnementaux stressants de moins en moins sévères.

Kendler et al [466] via une étude prospective sur des jumeaux confirme cette hypothèse.

L'enquête ACTUEL [467] menée sur plus de 13000 patients de façon rétrospective et transversale avait pour objectif également d'étudier la relation entre le nombre d'épisodes dépressifs antérieurs et le poids des évènements de vie dans le déclenchement d'un nouvel épisode. Les résultats démontrent fortement que l'augmentation du nombre d'épisodes dépressifs est associée à une diminution indépendante, progressive et linéaire du poids des évènements de vie stressants susceptible de déclencher un nouvel épisode. En clair, cela démontre l'existence d'une vulnérabilité accrue des patients anciennement déprimé aux évènements de vie au fil des épisodes dépressifs.

Le travail de Kronmüller [468] s'intéresse à la taille de l'hippocampe chez des sujets présentant leur premier épisode dépressif tout en évaluant la charge événementielle dans les trois mois précédant le dit épisode. Les résultats sont majeurs : la taille de l'hippocampe était déjà significativement réduite au tout début du processus dépressif ; le vécu de stress sévère préalable à l'épisode dépressif semble ainsi directement impliqué dans cette atteinte neuro-anatomique.

De façon intuitive, on peut donc présumer de cette même altération hippocampique dans le schéma de vulnérabilisation « infra clinique ».

En synthèse, le processus de vulnérabilisation semble intimement lié à l'intensité et à la fréquence des évènements de vie stressants via modulation de la structure psychique et neuro-anatomique (hippocampe +++). C'est un constat des plus novateurs dans le sens où pour une des premières fois, un trouble psychopathologique peut être rattaché partiellement à un schéma physiopathologiques à l'image d'une pathologie somatique.

Dans ce sens, Gorwood et al [469] ont mené une étude sur plus de 8000 patients dépressifs avec pour objectif d'évaluer la capacité de mémoire différée. L'évaluation se déroulait en deux temps: temps 1: à la première visite avant mise sous traitement puis temps 2: six semaines après.

Les résultats démontrent qu'il n'existe pas de différence entre les 8000 patients au premier temps d'évaluation. Mais au temps 2, les patients « répondeurs » (en rémission partielle ou totale), présentaient une performance dans le test de mémoire différée significativement meilleure avec une corrélation forte au nombre d'épisode dépressifs passés.

Les hypothèses explicatives sont que :

- au temps 1 : la faible motivation, la baisse des capacités attentionnelles liées à la dépression produisait un effet « censure ».

- au temps 2 : via récupération fonctionnelle partielle, l'effet censure est levé et permet de mettre en évidence ces différences cognitives corrélées au nombre d'épisode antérieur.

Cette étude constate par ailleurs un « assèchement » des capacités de défense, un appauvrissement des stratégies de coping et une aggravation des « troubles » de la personnalité plus le nombre d'épisode antérieur est élevé. (Instrument SAPAS)

Au total, la vulnérabilité acquise :

- est liée aux événements de vie stressants antérieurs et particulièrement pour le tout premier épisode dépressif.
- est une variable déterminante dans la survenue d'un trouble psychopathologique : aigu (dépression), latent (réorganisation des dimensions de la personnalité).
- est corrélé à un processus de neurotoxicité intégré au système général d'adaptation au stress.
- s'accroît de façon exponentielle en cas de récurrence dépressive.

La vulnérabilité devient ainsi un enjeu majeur dans la prise en charge et la compréhension des troubles psychopathologiques :

- via l'intérêt de la prévention de la récurrence dépressive (Prévention secondaire).
- via son identification préalable afin de prévenir l'occurrence d'un premier épisode (Prévention Primaire).

Identifier cette vulnérabilité biopsychosociale suppose de déterminer des « marqueurs » représentatifs de cette dernière. En regard des éléments des différentes études présentées au préalable, nous émettons l'hypothèse que le profil dimensionnel de personnalité et de compétences émotionnelles semblent des Marqueurs adéquates.

3.4.3. Facteurs protecteurs.

Les facteurs protecteurs en regard de la maladie dépressive doivent s'envisager selon deux versants : intra personnel et inter personnel.

Au niveau intra personnel, en regard du modèle de diathèse du stress et de l'étiopathogénie de la maladie dépressive, le système général d'adaptation au stress figure en partie les mécanismes protecteurs à disposition.

Comme nous l'avons décrit précédemment, la survenue d'un agent stressant entraîne la mise en jeu des systèmes et ressources allostasiques de l'individu.

Cette réponse allostasique s'occure sur deux versants :

- Un versant neurobiologique consistant en l'activation de l'axe corticotrope, de l'axe de la vasopressine ainsi que du système immunologique. Cette réponse vise à mobiliser les ressources individuelles en regard de l'agent stressant ; mais a également un coût : « la charge allostasique » ou « prix de l'adaptation » pouvant ainsi dépasser les ressources disponibles...

- Un versant psycho-cognitif renvoyant à la mise en jeu du système limbique et à la mise en place (ou non) de stratégie de défense ou coping. Cette réponse psychique et physique fait partie intégrante des mécanismes protecteurs de défense du « moi ».

Les stratégies de défense et de coping (capacité d'ajustement) sont deux notions distinctes à ce jour.

Les stratégies de défense (décrites au préalable par le courant analytique) sont des mécanismes principalement inconscients dans leur essence tout en pouvant devenir partiellement conscients dans leurs manifestations. Ils comprennent le refoulement, l'évitement, l'intellectualisation, le déplacement, la projection, le déni, la dissociation, la répression affective... [470]

Les stratégies de coping émergent plus directement du système du stress et notamment de la dynamique entre la personne et son environnement. La stratégie d' « ajustement » procède via l'évaluation de la situation : importance de la situation ? Tonalité ?

Enjeux ? Puis via l'évaluation cognitive des possibilités cognitive, psychique et physique de réponse. Ainsi les conduites d'ajustement se réfèrent aux « efforts cognitifs et comportementaux visant à maîtriser, réduire, ou tolérer les exigences internes et externes qui sont produites par la transaction stressante » [471].

Cet ajustement d'un point de vue opérationnel, peut soit être centré sur l'émotion (coping réactif) soit centré sur la résolution du problème (coping proactif). Il est à noter que cette distinction reste théorique puisque en pratique les deux schémas de coping sont fréquemment associés (nécessité d'un contrôle de l'émotion afin d'être efficace dans la résolution du problème).

Au niveau inter personnel, des facteurs environnementaux sont également contributif à la protection de l'individu : en premier lieu l'étayage disponible. La relation privilégié avec un proche et les habiletés sociales de ce dernier (communication, écoute, empathie) sont salvatrices. De façon globale, le support d'un bon réseau social représente un soutien déterminant. Le facteur économique (précarité versus ressource) et la présence d'un réseau occupationnel (travail, loisir) sont également protecteurs.

3.4.4. Marqueurs représentatifs de la Vulnérabilité.

3.4.4.1. Le modèle de Cloninger.

La conception même du modèle dimensionnel de personnalité de Cloninger s'opère sur une structuration biopsychosociale faisant intervenir les variables de l'Innée et de l'Acquis. Dans ce sens, la structuration Tempéraments et Caractères est en accord avec celle de la vulnérabilité biopsychosociale précédemment décrite. Ce constat de structuration opérationnelle comparable est un premier argument de représentativité.

• L'intrication TCI et psychopathologie est notable. Cloninger lui-même, décrit des corrélations entre des Troubles de personnalité type « DSM » avec le TCI (Cf. cubes des personnalités selon tempérament et caractères d'après Cloninger et Svrakic, 1997). Globalement chaque cluster de personnalité (Cluster A. : paranoïaque, schizoïde, schizotypique ; Cluster B. : histrionique, antisociale, narcissique, borderline ; Cluster C. : obsessionnel-compulsif, dépendante, évitante) est associé à un risque accru de dépression. [472].

L'évitement du danger est associé aux variations de l'humeur et à la symptomatologie dépressive [473] ainsi qu'à la sévérité dépressive [474]. Cette dimension est plus élevée dans la dépression caractérisée [475], la dépression saisonnière [476], la dépression atypique [477], la dépression précoce et récurrente [478].

Cette dimension de la personnalité serait un facteur spécifique de vulnérabilité à la dépression [479] : Cloninger et al réalisent en 2006 une étude prospective sur un groupe de 631 sujets adultes sains consistant en la passation d'une échelle de dépression (CES-D) et du TCI lors de 2 évaluations à 1 an d'intervalle. Les résultats de cette étude retrouvent que la variabilité d'évitement du danger et d'autodétermination explique 52% de la variance des scores de dépression.

Elovainio et al [480] estiment que l'impulsivité, la timidité, la fatigabilité, la sentimentalité et la persistance sont également des facteurs de risque de dépression. Des scores faibles aux dimensions autodétermination, coopération et recherche de nouveauté sont également retrouvés chez le sujet dépressif [481]. De même, les scores en auto-transcendance paraissent élevés chez les sujets dépressifs. [482]

On peut ainsi retenir que la dimension Evitement du danger est fondamentale et centrale et que l'intensité des autres dimensions de tempérament et/ou de caractère, permettrait de comprendre la différence/l'hétérogénéité des formes dépressives. [483]

- Les dimensions du TCI : Marqueur stable ou évolutif de la vulnérabilité dépressive ?

Ceci reste une question complexe : faut-il considérer la primauté des dimensions de personnalité sur l'humeur ou des effets de l'humeur sur l'évaluation de la personnalité ?

Pour Brown et al [484] , Kleitfield et al [485], ou encore Black et Sheline, c'est l'état dépressif qui affecterait les scores d'évitement du danger, d'auto-détermination et de coopération. Corruble et al [486] montrent en effet que les résultats au TCI changent après un mois et un an de traitement pour dépression. Les sujets dont le tableau clinique n'a pas changé ont globalement les mêmes scores de tempéraments et caractères qu'initialement ; tandis que les sujets en rémission voient leurs scores d'évitement du danger baisser ; et ceux de coopération et d'auto-détermination augmenter. Cependant ces scores restent inférieurs à ceux des sujets sains. Par conséquent, l'évitement du danger est à considérer à la fois sur une modalité « trait » (car reste significativement plus élevé chez les sujets dépressifs après rémission comparativement aux sujets sains) et sur une modalité « état » (car décroît avec la prise en charge) [487].

L'évitement du danger et les dimensions de personnalité en général représentent ainsi des marqueurs fiables de la vulnérabilité dépressive.

3.4.4.2. La dimension d'émotivité dispositionnelle : l'intelligence émotionnelle.

Emotivité et dépression sont fortement intriquées : d'une part du fait de la place déterminante des émotions initiales associées aux facteurs précipitants et d'autre part du fait du poids des émotions dans l'expression symptomatique de la dépression.

Vis-à-vis du critère de marqueur représentatif de la vulnérabilité dépressive, la question reste plus équivoque, principalement du fait du peu d'études consacrées à cet aspect.

On retrouve, toutefois, dans les premières études menées, des résultats encourageants en faveur d'une représentativité de l'intelligence émotionnelle comme marqueur de la vulnérabilité dépressive.

Notamment l'étude de Cha et al [488] qui étudie une population adolescente (N = 54) victime d'abus sexuels dans l'enfance. Cette étude démontre que les sujets ayant un niveau élevé d'intelligence émotionnelle (IE) présentent moins de tentatives de suicide et d'idéation suicidaire que les sujets ayant un faible niveau d'IE. Cette différence était corrélée plus significativement avec les dimensions de compréhension et régulation des émotions que celle de perception et d'utilisation des émotions.

L'étude de Hansenne et Bianchi [489] a été conduite sur 54 sujets dépressifs. Elle consiste à mesurer l'IE (via la version révisée du questionnaire de Schutte et al), et la personnalité (via le TCI-R) chez 54 sujets en phase aiguë puis en rémission. Les résultats retrouvent en phase aiguë des scores significativement inférieurs d'IE chez les sujets dépressifs en comparaison des sujets témoins. L'évaluation en phase de rémission ne porte que sur 20 sujets (échantillon restreint), elle retrouve alors des scores d'IE comparables entre sujets en rémission et témoins.

Les auteurs concluent donc que l'IE ne présente qu'une forme « Etat ».

Cependant, Biran et Burch [490] confirment le faible niveau d'IE chez un sujet dépressif en phase aiguë, mais démontrent par ailleurs, que les sujets sous antidépresseurs et en rémission, présentent des scores d'IE significativement inférieurs aux sujets « contrôle ». Ces données sont relativement contradictoires avec l'étude d'Hansenne et Bianchi ; et ne permettent pas de trancher définitivement.

Des études complémentaires sont donc à poursuivre ; mais la dimension d'émotionalité présente un intérêt certain dans la compréhension de la dépression et de la vulnérabilité.

3.4.5. Facteurs précipitants : les évènements de vie.

CVP-860

HOW TO OVERCOME DEPRESSION

By
DR. F. FLACH
One of the country's leading authorities in the field of Depression. He is associate clinical professor of Psychiatry at Cornell University Medical College and attending Psychiatrist at the Payne Whitney Clinic of the New York Hospital.

DEPRESSION
may be caused by

- INSOMNIA**
-
- MARITAL PROBLEMS**
-
- SEXUAL FRUSTRATION**
-
- LOSS OF JOB**
-
- FINANCIAL CRISES**
-
- SEVERE SICKNESS**
-
- CONSTANT PAIN**
-
- DEATH OF KIN**
-
- NO ZEST FOR LIFE**

3.4.5.1. Introduction.

Etymologiquement, évènement vient du latin « evenire » qui signifie « arriver ».

En probabilité ou statistique, un évènement est ainsi le résultat d'une expérience aléatoire.

En science, il s'agit d'un changement d'état ou de contexte lié à une modification substantielle de la valeur d'un paramètre mesurable dans un bref intervalle de temps.

Dans le domaine de la psychologie, les évènements de vie sont des situations ou des faits importants survenant de façon brutale ou progressive, imprévisible ou non, mais qui ont en commun de soumettre un individu à un « bouleversement » émotionnel sur lequel un contrôle peut ou ne peut être possible.

Le concept d'évènement de vie prévoit ainsi la notion d'irruption d'une charge émotionnelle positive ou négative dans la vie d'un sujet à laquelle il doit « faire face ». Cet évènement est en principe extérieur au sujet et induit une discontinuité dans sa vie. (Holmes, 1967)

Dans le cadre du schéma étiopathogénique de la dépression proposé en préambule, il est notable que les évènements de vie considérés sont de tonalité négative (même si l'on ne peut complètement écarter l'hypothèse qu'un évènement de vie à tonalité positive puisse lui aussi induire un bouleversement psychique aboutissant à un phénomène négatif comme le propose la notion de dissociation émotionnelle). Ces évènements négatifs, que l'on peut nommer facteurs précipitants/déclenchants, sont qualifiés d'agent stressor : l'irruption d'une charge émotionnelle négative à laquelle est confronté un sujet, va possiblement altérer son équilibre intrapsychique (notion de discontinuité) et induire une phase d'adaptation (bouleversement psychique) mettant en jeu ses facteurs protecteurs (réponse allostasique au stress, stratégie de coping, étayages environnementaux) mais aussi ses facteurs prédisposants (vulnérabilité biopsychosociale).

La résolution de cette « crise » peut schématiquement aboutir à 3 situations :

- Celle d'un rétablissement ad integrum via efficience des facteurs protecteurs.
- Celle d'un remaniement de l'équilibre interne sans manifestation clinique « aigüe » mais accroissement des facteurs prédisposant (vulnérabilisation accrue).
- Celle d'un dépassement complet des capacités de défenses avec survenue d'un trouble psychopathologique aigüe, notamment une réaction dépressive s'accompagnant également d'une vulnérabilisation majeure concomitante (Cf. Kindling phenomenon).

Dans ce schéma étiopathogénique, cet évènement de vie à tonalité négative occupe ainsi une place particulière : il est le facteur initial déclencheur du bouleversement psychique.

En considérant cette qualité de « Primum Movens » dans le processus de survenue du désordre intrapsychique, il paraît intéressant d'analyser le lien entre ce facteur précipitant et la vulnérabilisation et/ou la dépression qui peut en résulter.

Les caractéristiques de cet évènement de vie influencent-elles significativement la dépression et la vulnérabilisation subséquente ?

Cette question est un des objets de notre étude que nous détaillerons par la suite : ainsi nous poserons l'hypothèse que des facteurs précipitants différents conduisent à des profils dimensionnels émotionnels (situationnels et dispositionnels) et de personnalité distincts lors d'un épisode dépressif. L'étude de Keller et Nesse [491] apporte des éléments contributifs en faveur de cette influence du facteur environnemental sur les caractéristiques dépressives.

Leur travail de 2006 se subdivise en deux études successives :

L'étude 1 porte sur 2664 sujets non clinique ; 1127 sujets rapportèrent une période de tristesse supérieure à 2 semaines dans les 12 mois précédents (soit 42% de l'échantillon initial) ; 46,7% rapportèrent cet épisode à une situation de stress, 39,5% à un isolement social, 25,4% à une rupture sentimentale, 19,7% à un échec, 13% à la mort d'un proche, 8,4% n'identifièrent pas de situation causale.

(La somme des pourcentages est supérieure à 100% du fait que les sujets pouvaient choisir plusieurs possibilités explicatives.)

L'étude 2 porte sur 289 sujets (parmi les 1127 initiaux) et consiste en la passation du DSS (Depressive Symtoms Scale) composé de 66 questions représentant 11 symptômes dépressifs (fatigue, anhedonie, souffrance émotionnelle, pessimisme, rumination, pleur, culpabilité, anxiété, trouble alimentaire, trouble du sommeil, et demande d'aide/plainte) où les sujets devaient répondre selon leur vécu pendant la période de tristesse identifiée. Parallèlement, les sujets complétèrent les échelles BDI (Beck depression Inventory) et CES-D (Echelle d'évaluation de la dépression).

Les résultats retrouvent de façon significative que :

- les sujets exposés à une situation de contrainte/échec, ressentent de façon plus significative de la culpabilité, de la rumination, de la fatigue et du pessimisme.
- les sujets exposés à une situation de perte ressentent de façon plus significative de la tristesse, des pleurs et davantage de plaintes et de recherche d'aide.

Cette étude confirme ainsi une influence notable du facteur précipitant sur les caractéristiques dépressives (en terme de polymorphisme d'expression symptomatiques).

Dans cette optique, nous nous proposons d'étudier les dites caractéristiques de ces facteurs précipitants.

Du fait de la diversité importante des évènements de vie négatifs, nous proposons une sous-catégorisation de ces derniers selon 3 modèles distincts, basé sur les travaux de Dumont, Clément et al [525] :

- Un modèle dit de perte
- Un modèle dit de contrainte/épuisement
- Un modèle mixte (Perte + Contrainte)

Les modèles de perte et de contrainte ont pour caractéristiques générales communes :

- Une décharge émotionnelle irruptive « involontaire ».
- Une tonalité affective négative.
- Une intensité/fréquence suffisante pour induire un impact sur l'équilibre psychique du sujet.

Toutefois, ces deux modèles diffèrent selon :

- Des caractéristiques circonstancielles : perception et prise de conscience immédiate et envahissante pour la perte (macro-traumatisme) versus un « syndrome de glissement » le plus souvent progressif, pernicieux et parfois non perçu pour la contrainte (micro-traumatismes répétitifs/accumulatifs). Soit, en d'autres termes, un déclenchement brutal et court pour la perte conduisant à un clivage avant/après saillant versus un déclenchement plus progressif, lancinant, accumulatif et/ou répétitif pour la contrainte.

- Des caractéristiques émotionnelles initiales : notion de vécu émotionnel initial primordial distinct entre la perte et la contrainte.

Nous nous proposons d'illustrer ces deux modèles par l'étude et la description de deux modèles prototypiques représentatifs que sont le deuil et le burn-out.

3.4.5.2. Modèle de la Contrainte / Epuisement : le Burn out comme exemple prototypique.

L'émergence du concept de Burn-out revêt un parcours assez similaire à celui de l'intelligence émotionnelle. Sa puissance d'évocation médiatique et populaire lors de ces dernières années a contribué à lui conférer beaucoup de défiance de la part des professionnels ; sans le nier, ils eurent tendance à le ranger dans la peu enviable catégorie de « pop psychology » pour popular psychology, terme péjoratif indiquant un effet de mode, un sujet de l'ordre de l'épiphénomène transitoire...

Certes, ce « sur éclairage » du concept mis à toutes les sauces (oversold selon Toch) a conduit à un brouillage des pistes...

Cependant, à l'instar de l'IE, son origine est plus ancienne qu'il n'y paraît et ce concept, bien que non encore reconnu comme une entité nosographique à part entière, possède une dimension scientifique et académique valable.

La « paternité » du concept peut être attribuée à Bradley dès 1969. La première étude descriptive empirique est réalisée par H. Freudenberg en 1974 [492]. Alors qu'il travaille comme psychologue dans un dispensaire pour toxicomanes, il constate qu'un grand nombre de soignants perdent rapidement, en quelques années, leur dynamisme, leur engagement et leur motivation. Ce qui est le plus frappant pour l'auteur, c'est que ce phénomène apparaît chez les professionnels qui, au départ, étaient les plus motivés.

Freudenberg relève chez ces confrères de multiples plaintes, douleurs physiques, fatigue, épuisement et syndromes dépressifs. Il suggère alors que les pressions et les exigences professionnelles exercées sur les ressources d'un individu finissent par le conduire à un important état de frustration et de fatigue.

Maslach [493] via une étude portant sur le « stress émotionnel » et les stratégies de coping développées par des employés de services sociaux, réussit à identifier le phénomène de Burn-out auquel elle attribue 3 caractéristiques :

- Epuisement émotionnel
- Désinvestissement –détachement
- Frustration et réduction du sentiment d'accomplissement personnel et professionnel

Le concept de Burn-out prend alors son essor. Il est à noter que la traduction française « fatigue professionnelle » se montre trop permissive et confusiogène. Certes, le Burn-out entretient un lien étroit avec la fatigue, l'insatisfaction au travail ou la charge de travail mais n'en est pas pour autant synonyme.

Burn-out signifie littéralement « griller – brûler », il désigne ainsi un état sévère : la réduction en cendre d'un objet entièrement consommé. Il évoque ainsi chez un individu la combustion totale de ses forces et ressources.

Rentrer épuisé d'une journée de travail ne signifie pas être en état de Burn-out, ne serait-ce qu'en regard des 3 caractéristiques initiales définies par Maslach

Par ailleurs, via la conception d'outils méthodologiques dédiés (Ex : MBI : Maslach Burnout Inventory) [494], les études qualitatives et quantitatives vont se multiplier et « sortir » le concept de « burn-out » de son écrin professionnel et l'étendre à d'autres domaines (sportifs, couples, mères de familles isolées) [495] [496] [497].

A ce jour, le Burn-out s'envisage comme un processus intimement lié au stress.

Le point de départ serait l'apparition de tensions relatives au décalage entre les attentes ou les efforts d'un sujet et les exigences de son environnement [498]. Cet état de stress va alors se développer progressivement, générant un état de « mal être », auquel le sujet va tenter de répondre via des stratégies de coping. Edelwich et Brodsky [499] définissent 4 stades successifs: l'enthousiasme, la stagnation, la frustration et enfin l'apathie.

- L'enthousiasme se traduit par une tendance à se rendre disponible de façon excessive et à avoir des attentes irréalistes concernant son environnement.

- La stagnation correspond au stade où les attentes deviennent plus réalistes et s'accompagnent d'un mécontentement personnel face au « manque » dans sa vie.

- La frustration s'associe à la multiplication des difficultés (professionnelles, conjugales...) et à la remise en question de ses compétences. Dès lors, le sujet devient intolérant, moins à l'écoute des autres et ne tente plus de faire face aux situations problématiques (évitement +++).

- L'apathie, dernier stade, s'apparente à un état de dépression et d'indifférence en réponse aux frustrations répétitives auxquelles il se trouve confronté.

Si l'on compare ces 4 stades distincts au schéma étiopathogénique de diathèse du stress/vulnérabilisation progressive, on peut concevoir les 3 premiers stades comme représentatif de la phase d'adaptation et de tentative de résolution du conflit intrapsychique ; le dernier stade dit « apathie » correspondant à la phase résolutive de dépassement complet des capacités de défense du sujet.

L'agent stresseur/facteur précipitant de type contrainte/épuisement, implique ainsi un investissement psychologique majeur face à un stress répétitif et/ou cumulatif du fait de ce décalage entre les efforts ou attentes du sujet et les exigences de son environnement.

Les émotions initiales spécifiques associées à ce contexte, sont de 3 types selon Maslach et Leiter [500] :

- Un épuisement/dépense des émotions positives
- Des émotions de type cynisme, hostilité, irritabilité, colère à l'égard de soi et d'autrui, consécutives au désengagement vis-à-vis de la contrainte.
- Des émotions à type de mésestime de soi, dévalorisation, honte, humiliation consécutives à la frustration et au sentiment de diminution d'efficacité personnelle, manque d'accomplissement.

En synthèse :

-L'origine du burn-out vient, comme nous l'avons vu, d'un décalage entre les attentes ou efforts du sujet et les exigences de son environnement.

-Le champ d'application du Burn-out ne se limite donc pas au milieu professionnel. L'accumulation ou la répétition de micro-traumatismes liés à ce décalage peut parfaitement s'appliquer à :

- La vie familiale et affective (conjuguopathie, problématique avec les enfants..., famille mono-parentale)
- La vie sociale (problèmes financiers, changement de vie matérielle, conflit avec la société...)
- La santé, (handicap, maladie chronique...)
- La vie professionnelle, (conflit, contraintes et/ou exigences élevées...)

Le Facteur précipitant Burn-out et la dépression ?

Suls et Bunde [501] pointent fortement l'évolution du burn-out vers un état dépressif. D'autres chercheurs le considèrent encore comme un trouble de l'adaptation ce qui peut être compréhensible en regard des 3 premiers stades du burn-out. Cependant, en considérant la survenue du 4ème et dernier stade, on peut évoquer la survenue d'une dépression réactionnelle au contexte de contrainte sans grande difficulté.

3.4.5.3. **Modèle de la perte : le Deuil comme exemple prototypique.**

« Le deuil est la réaction habituelle à la perte d'une personne aimée ou d'une abstraction mise à sa place, la patrie, un idéal, la liberté, l'amour... » Freud, 1915 (Deuil et mélancolie).

Le deuil est manifestement une des expériences des plus douloureuses et difficiles de la vie. Il s'agit pour celui qui le subit, de vouloir continuer de vivre en essayant d'intégrer à la vie, l'expérience d'une perte irréversible.

Le deuil, dans sa nature brutale et intense, peut être considéré comme le prototype d'un macro-traumatisme subi ; envahissant et submergeant l'individu.

L'enjeu du travail de deuil à court, moyen et long terme, sera l'intégration de cette perte irréversible.

Le deuil se caractérise par son côté irréductible, insupportable, tragique parfois, et par sa discontinuité radicale (clivage saillant d'un avant et d'un après) ; il se caractérise également par la relation qui existait et existe toujours sous d'autres modes, entre la personne qui survit et l'objet/personne perdu. Il a ainsi un aspect intime et hautement personnel.

Etymologiquement, Deuil provient de « dolere » : souffrir en latin. L'encyclopaedia universalis définit le deuil comme « la période de douleur et de chagrin qui suit une disparition ».

Sans surprise, pour illustrer les théories relatives au deuil et à la perte, nous allons reprendre de façon succincte, les travaux de Freud, Klein et Bowlby.

Freud, dans son ouvrage « Deuil et mélancolie », rapproche ces deux notions tout en mettant en avant que l'endeuillé est confronté à un objet perdu réel, tandis que le mélancolique reste dans une forme d'ambivalence vis-à-vis de la perte inconsciente du Moi.

Le deuil de l'objet perdu passe par un travail conscient et inconscient de détachement. Le détachement est, par essence, douloureux et les manifestations dépressives sont liées à la reconnaissance de la réalité de la perte. Pour Freud, la dépression du Deuil est normale et ne conduit que rarement à la haine de soi ; même si la relation avec l'objet perdu, peut être ambivalente.

Mélanie Klein développe un modèle selon l'idée que tout deuil est la reviviscence d'un deuil original, celui de la séparation d'avec la mère. Cette séparation est salvatrice car va ouvrir l'univers extérieur et surtout son propre univers psychique à l'enfant ; mais va engendrer en contre partie tristesse et désillusion consécutive à l'« abandon » de cet idéal d'une mère entièrement dévouée à son enfant. Cette phase est également source d'agressivité de l'enfant face à celle qui le laisse. Mélanie Klein évoque cette « position

dépressive » initiale comme indispensable et primordiale car permettant la « maturation » de l'enfant, et fondatrice de ses réactions ultérieures face à la perte.

Bowlby, en se fondant sur les travaux du couple Harlow (célèbres éthologues), définit une théorie fondée sur l'attachement et la séparation pour expliquer le vécu de perte. Un attachement pathologique entre 6 mois et 5 ans sera pourvoyeur d'une sensibilité exacerbée vis-à-vis de la perte à l'âge adulte.

Bowlby définit en 1979, 3 types d'attachements pathologiques :

- Attachement anxieux
- Recherche permanente de confiance
- Soins maternels compulsifs

Concrètement, un sujet soumis à une perte, doit pour la surmonter, réussir à se détacher de tous les événements partagés avec « l'objet perdu », qu'il soit réel ou fantasmatique. Cette « déconnexion » est la condition sine qua non du travail de deuil.

Les émotions concomitantes à une perte sont bien sûr variables ; la confrontation à la perte étant fortement influencée par le lien qualitatif entre le sujet et l'objet/personne perdu.

Toutefois, il est fréquemment retrouvé des émotions à type de stupéfaction voire de sidération (en particulier lors de l'annonce), de colère, d'agressivité et de culpabilité (en lien avec le vécu d'abandon), de pleurs, chagrin (en lien avec la remémoration des souvenirs).

Classiquement le travail de deuil face à une perte s'opère en 3 temps :

- Un premier temps correspond à « l'épreuve de réalité qui va montrer que l'objet aimé n'existe plus ; et dicte l'exigence de retirer toute la libido des liens qui nous retiennent à cet objet » ; une rébellion compréhensible s'élève » (Freud, Deuil et mélancolie).

De manière concrète, cette épreuve de réalité amène le sujet à faire le constat de la perte de quelqu'un, de sa disparition. L'objet n'est plus ; et le sujet doit s'en détacher, donc le désinvestir.

- Le second temps de travail de deuil correspond au long et difficile processus de désengagement. Cette tâche « est accomplie en détail, avec une grande dépense de temps et d'énergie, d'investissement, et pendant ce temps, l'existence de l'objet perdu se poursuit psychiquement. Chacun des souvenirs, chacun des espoirs par lesquels la libido était liée à l'objet, est mis sur le métier, surinvesti et le détachement de la libido est accompli sur lui » (Freud, Deuil et mélancolie). Concrètement, la personne soumise à la perte affronte de

multiples ruminations concernant l'objet perdu, rêve de cette personne/objet, qui était encore à ses côtés... C'est le temps de la reviviscence des souvenirs.

- Le troisième temps correspond à la capacité d'investir à nouveau des objets d'amour. « Le Moi, après avoir achevé le travail de deuil, redevient libre et sans inhibition » (Freud, Deuil et mélancolie). Le sujet s'est enfin détaché de l'objet perdu, qui continu à être investi, mais une grande partie des investissements est à nouveau libre et se place sur d'autres objets.

Ce travail de deuil, suite à une perte, est à considérer ainsi comme un processus normal, logique mais aussi pathologique (au sens strict du terme) car source de souffrance intense.

Même si le deuil évoque souvent la mort d'un être cher, Freud, lui-même, considère qu'une « réaction » de deuil s'opère dans des situations de perte moins « dramatiques et moins irrévocables » : séparation, échec, déception, perte d'un idéal... L'objet perdu est avant tout un objet « d'amour » et ne signifie pas obligatoirement une perte dans le réel.

Ainsi, le facteur précipitant de perte peut s'opérer sur de multiples domaines :

- Affectif : perte d'un être cher, séparation, divorce, avortement
- Professionnel : licenciement
- D'un statut ou d'une fonction : rôle familial, social, retraite
- D'une identité physique
- D'un idéal de vie

La perte et la dépression sont intimement liées.

La douleur morale s'entend « naturellement » du fait de « l'arrachement » de « l'objet aimé » contre son gré et le sentiment de manque qui en résulte. La solitude due à ce manque et la tristesse qui en découle, conduisent à l'absence de désir pour soi-même et l'environnement. Cette perte d'élan vital, véritable dépression, a longtemps été sanctuarisée quand elle concernait le décès d'un être cher. « C'est normal et nécessaire ».

Pour autant, sans nier la réalité du processus de deuil ; il est notable qu'une douleur morale intense peut s'en suivre et il n'est pas rare qu'il se développe un authentique épisode dépressif majeur même si la classification catégorielle DSM-IV adopte une position restrictive à ce sujet.

Le facteur de perte est un levier essentiel de notre vécu psychique et source « malheureuse » de dépression réactionnelle.

3.4.5.4. Modèle Mixte = concomitance de la perte et de la contrainte : exemple prototypique des « aidants familiaux ».

A l'exemple des critiques formulées à l'encontre du modèle catégoriel DSM IV, nous ne pouvons que nous adresser les mêmes reproches, suite à notre proposition de catégorisation des événements de vie. Cloisonner les événements de vie selon une dichotomie « perte » versus « contrainte » offre un avantage logistique en vue de notre étude, mais ce manichéisme purement opératoire trouve ses limites lors de la confrontation au patient. Les événements de vie précipitant une réaction dépressive ne sont pas toujours si nets : le patient, de lui-même, a souvent cette tendance à se focaliser sur un facteur déclenchant = « LA cause », tentative de rationalisation compréhensible et stratégie défensive assez fréquente mais au terme de l'entretien, le soignant, via son regard extérieur, observe une complexité de facteurs intriqués bien moins évidente. « Derrière l'arbre se cache la forêt » et débute alors pour le soignant le difficile « travail » de recherche de « sens ». L'intrication « perte + contrainte » préalable à la maladie dépressive est loin d'être rare. Le modèle prototypique des aidants familiaux l'illustre de façon caricaturale.

P. Thomas [502] met en avant la précarité des aidants familiaux face à leur proche atteint d'une pathologie démentielle.

Cet aidant se retrouve confronté à plusieurs facteurs précipitants :

- De l'ordre de l'épuisement : aide au quotidien (course, ménage, gestion administrative, hygiène...) pour le proche, surveillance de tous les instants, perte dans les démarches administratives et aides financières...

- De l'ordre de la perte : perte de l'idéal du père/mère/époux/épouse qui, jour après jour, se dégrade ; perte du lien intime et spécifique qui les unissait, projection anticipée sur la finalité morbide de la pathologie, perte de son indépendance sociale et relationnelle au profit du proche...

Cet engagement moral et « amoureux » auprès de ce proche, conduit aisément ces aidants à « carboniser leurs ressources » : « j'ai fait mon maximum docteur, mais je n'y arrive plus » ; et aboutit à des situations de placement (sentiment de trahison, d'abandon, de culpabilité sur fond de séparation actée, annonciatrice d'un futur décès...)

Ces aidants, aussi braves et courageux qu'ils soient, confrontés à cette configuration « perte + épuisement », sont facilement dépressiogènes. Ainsi, P. Thomas constate chez l'aidant principal, lors du début de la prise en charge médicale du proche, des taux significatifs de dépression :

- 25% des aidants présentent une dépression majeure.
- 20% des aidants présentent une dépression modérée.

Soit, près de 45% des aidants rencontrés !

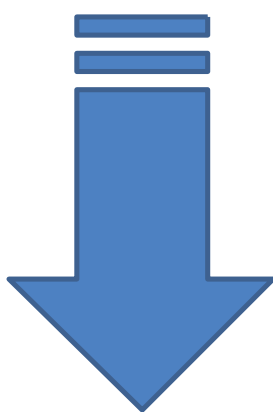
Ce fardeau des aidants retrouve pêle-mêle des éléments émotionnels propres à la perte et à l'épuisement : colère, frustration, fatigue, culpabilité, chagrin, pleurs...

Et, il n'est pas rare d'observer la désintégration du pilier familial/conjugal de l'aidant, du fait des manifestations d'irritabilité, colère... Là, commence le cercle vicieux de la dépression qui va ternir petit à petit tout le cadre existentiel de l'aidant en plus de le faire souffrir... « La dépression m'a tout pris docteur, et ne m'a laissé que de la souffrance ... Est-ce que je dois encore espérer quelque chose ? ».

Modèles des facteurs précipitants/déclenchants :

Facteurs Précipitants :

- Événement de vie à tonalité négative
- Décharge émotionnelle irruptive et involontaire
- Impact (intensité/fréquence) significatif sur le vécu subjectif du sujet



Facteur de Perte :

- Déclenchement brutal
- Intensité forte → Macrotraumatisme
- Prise de conscience envahissante et rapide
- Notion de clivage Avant/Après
- Emotions initiales : stupéfaction, ambivalence colère/culpabilité, regret, chagrin, tristesse, pleures, désespoir

Fact Mixte

Facteur de Contrainte/Epuisement :

- Glissement progressif
- Durabilité → Microtraumatismes répétitifs et accumulatifs
- Prise de conscience retardée voire niée
- Emotions initiales : cynisme, hostilité, irritabilité, colère, pessimisme, mésestime de soi, honte, humiliation, tristesse, culpabilité

Partie II :

**Présentation de
l'étude, résultats et
discussion.**

4. Présentation de l'Etude : protocole, matériel et méthode.

4.1. Introduction.

La genèse de cette étude provient d'un constat empirique et souvent déstabilisant de jeunes internes en Psychiatrie lors de leurs confrontations à leurs premiers patients dépressifs. Armés de notre bagage théorique et de notre vécu personnel, nous voilà face à des personnes en situation de souffrance intense et il nous appartient dès lors de les « aider ».

Tristesse, anhédonie, trouble du sommeil, idéations morbides.... Très vite pointe le fatidique « F32 ». Un traitement est proposé, le plus souvent accepté mais vient alors le moment de « l'Après » ; cette période où il convient d'écouter, d'essayer de comprendre, de rechercher le « sens ». Et ces entretiens font alors émerger une personne « unique » qui présente SA souffrance : elle est prégnante mais toujours diversement exprimée... et presque toujours ces entretiens sont marqués par le sceau des Emotions. Ces émotions, totalement dérégulées, submergent et envahissent le discours du patient ; le jeune impétrant en psychiatrie ne peut que constater que le patient les ressent, les vit tant dans le moment présent, que dans ce moment du passé où tout a « basculé », ainsi que dans son devenir...

C'est de ce constat qu'est né ce projet d'étude visant à considérer l'Emotionalité (tant situationnelle que dispositionnelle) chez le sujet dépressif afin de mieux en comprendre les ressorts ; pour cela la dimension de Personnalité semble un corolaire complémentaire adéquate tant elle représente la base psychique individuelle et spécifique de chacun d'entre nous.

Prenant également en compte l'intrication des émotions dans la temporalité dépressive, nous allons considérer ce moment du passé où tout semble avoir « basculé ». Pour cela, nous nous attacherons à identifier les facteurs « précipitant » associés via deux sous-catégorisations : selon un versant « Perte » ou « Contrainte » ; et selon un versant « Motif affectif » ou « Motif professionnel » ; afin de rechercher les implications éventuelles de ces derniers dans la « présentation » dépressive d'un patient donné.

4.2. Objectifs de l'étude.

L'objectif principal de cette étude était de caractériser les variables d'Emotionalité (situationnelle= balance émotionnelle et dispositionnelle= compétences émotionnelles) et de

Personnalité entre une population de sujets dépressifs en phase aigüe d'un premier épisode caractérisé et une population de sujets « Contrôle ».

L'hypothèse de l'étude était que la dépression était associée à un impact significatif sur les variables de balance et compétences émotionnelles ainsi que de personnalité.

L'objectif secondaire est de rechercher d'éventuels patterns dimensionnels distincts en terme d'Emotionalité et de Personnalité au sein de la population dépressive en phase aigüe via une sous catégorisation « dépression de perte » - « dépression de contrainte » ; puis via une sous catégorisation « dépression liée à un motif affectif » - « dépression liée à un motif professionnel ».

L'hypothèse de l'étude était que les modalités contextuelles (« perte » / « contrainte » ; « motif affectif » / « motif professionnel ») étaient associées à un impact significativement différent sur les variables d'émotionalité et de personnalité des sujets dépressifs.

4.3. Méthodologie / Protocole d'étude.

4.3.1. Présentation générale.

Notre étude est rétrospective, réalisée selon une modalité comparative.

Elle inclut 110 patients dépressifs. Ces derniers ont été répartis secondairement selon deux sous catégorisations distinctes :

- « dépression de perte » (n=55) / « dépression de contrainte » (n=55).
- « dépression liée à un motif affectif » (n=45) / « dépression liée à un motif professionnel » (n=40). (NB : dépression liée à un autre motif (n=25).

L'évaluation des sujets a été réalisée lors de la première consultation avec le médecin psychiatre. Elle consiste, après présentation du protocole d'étude et accord du patient, en la passation du « Formulaire sujet dépressif » (cf. Annexe 1).

Un groupe de 125 sujets « Contrôle » appareillé selon les critères « sexe » et « âge » a été constitué en parallèle. Ces derniers ont complété en un seul temps d'évaluation le « Formulaire sujet contrôle » (cf. Annexe 2).

Diagramme de flux de l'étude (selon sous catégorisation « perte » / « contrainte »).

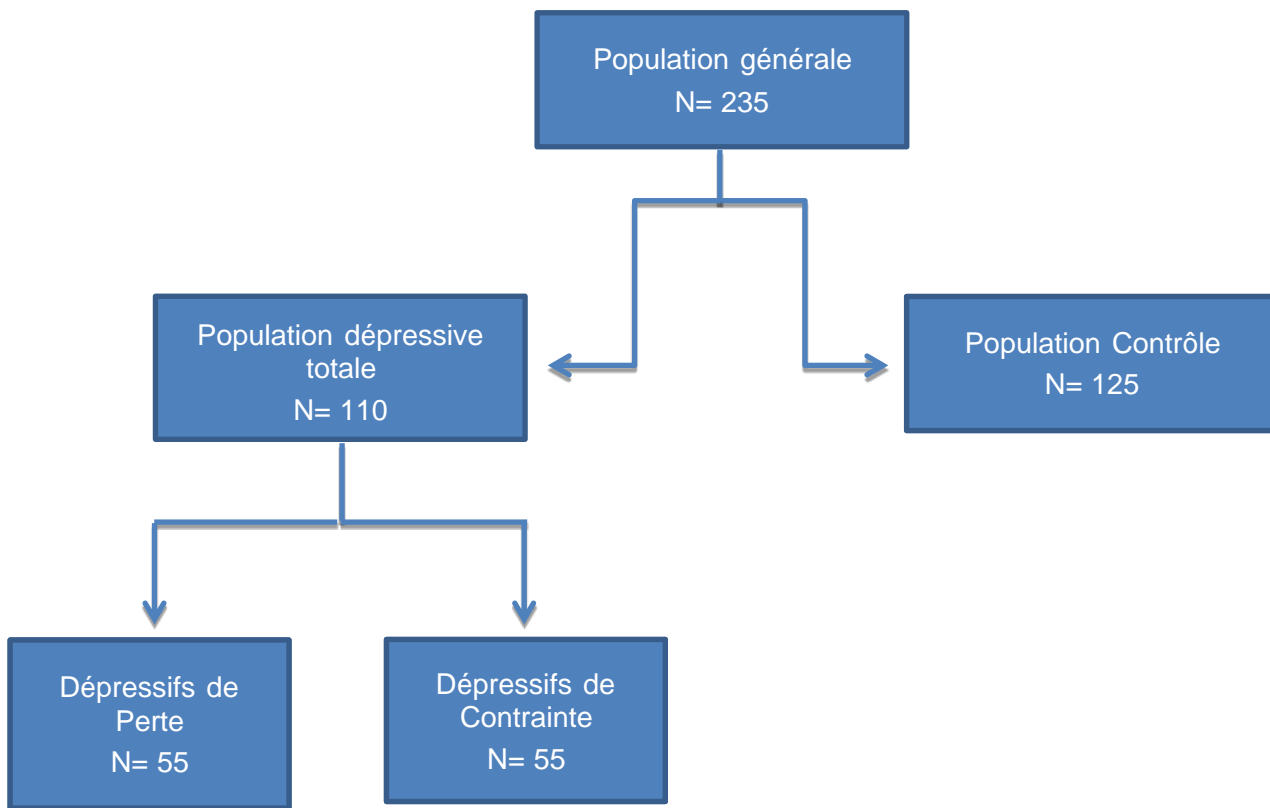
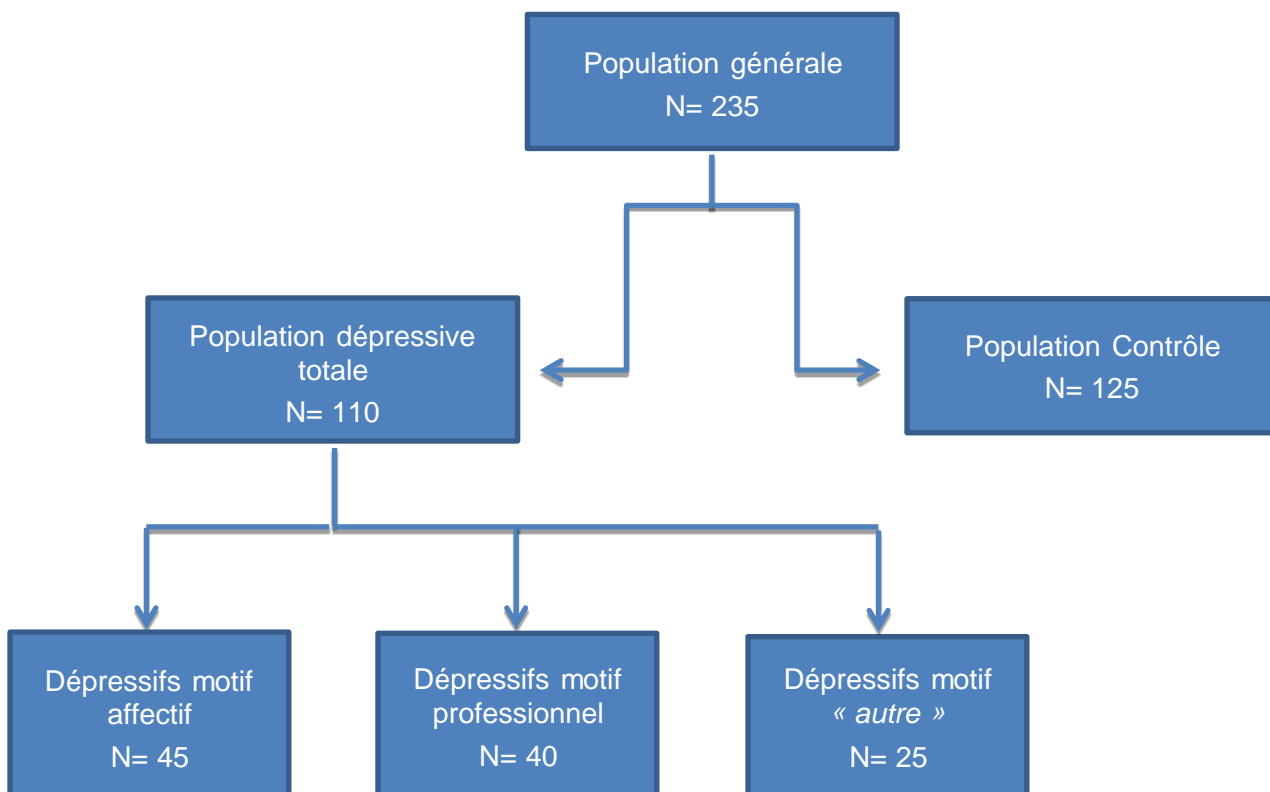


Diagramme de flux de l'étude (selon sous catégorisation « motif affectif » / « motif professionnel »).



4.3.2. Présentation des outils d'analyse et de recueil d'information.

Les outils d'analyse constitutifs des formulaires d'étude sont les suivants :

1. Lettre informative et formulaire de recueil de consentement (double exemplaires).
2. Recueil de données sociodémographiques.
3. Critères DSM IV-TR EDM.
4. Questionnaire investigateur pour détermination du facteur précipitant associé.
5. Questionnaire EPN-31.
6. Echelle d'intelligence émotionnelle d'Austin.
7. Questionnaire abrégé de dépression de Beck (BDI-13).
8. Questionnaire de personnalité TCI-125.

1.Lettre informative et formulaire de recueil de consentement :

Présents dans les formulaires « Sujet dépressif » et « Contrôle ».

Consiste en une présentation concise et adaptée pour le patient/sujet des enjeux de notre étude ; avec rappel des règles de confidentialité et d'anonymat définies par la loi du 9 août 2004.

Un formulaire de consentement y est joint, daté et signé par le sujet (en double exemplaires).

2.Recueil de données sociodémographiques :

Présent dans les formulaires « Sujet dépressif » et « Contrôle ».

Recueil des informations relatives à l'âge, sexe, statut marital, lieu de vie, niveau culturel, catégorie socioprofessionnelle, et antécédent éventuel d'hospitalisation ou de traitement à visée psychiatrique. Recueil rempli par le médecin investigateur.

3.Critères DSM IV-TR EDM :

Présent dans le formulaire « Sujet dépressif ».

Remplis par le médecin investigateur en vue du recrutement de la population ciblée (cf. critères inclusion/exclusion chapitre 4.3.3.1).

4.Questionnaire investigateur pour détermination du facteur précipitant associé :

Présent dans le formulaire « Sujet dépressif ».

Remplis par le médecin investigateur.

Après affirmation des critères DSM IV-TR EDM, il est demandé au praticien de définir selon l'entretien avec le patient et son expérience clinique, si l'épisode dépressif du patient est corrélé à un facteur précipitant dit de « Perte » ou de « Contrainte » (exclusion du modèle mixte) ainsi que le motif associé (affectif, professionnel, autres).

Le questionnaire est semi-structuré, reprenant une définition concise des facteurs « Perte » et « Contrainte » et un listing des différents évènements de vie associés. Le praticien définit selon lui le facteur « Perte » ou « Contrainte » et le précise via sélection d'un évènement de vie proposé : motif affectif, professionnel, ou autre. Il est invité ensuite à proposer un commentaire relatif à son choix. Ce questionnaire a été élaboré par Dumont et Clément [525] en 2006 considérant la multiplicité des facettes de la dépression et avançant une approche plus intégrative de la dépression prenant en compte les aspects psychobiologiques, analytiques et contextuels.

(Copie du dit questionnaire en page suivante.)

Questionnaire pour le praticien :

N° Patient :

Selon vos connaissances et votre pratique clinique, quelle définition correspond au mieux à l'épisode dépressif de votre patient(e) ? (entourez un seul choix)

Dépression de perte :

L'épisode dépressif de votre patient(e) fait suite à une perte, c'est à dire un événement de vie difficilement surmontable émotionnellement (entourez une seule réponse) :

- Affective (perte d'un être cher, divorce, séparation, avortement...)
- Professionnelle (perte d'emploi, rétrogradation...)
- D'un statut/fonction (rôle familial, social, retraite)
- D'une identité physique (perte de capacité physique, mutilation, vieillesse)
- D'un idéal de vie
- Autre : (précisez)

Dépression d'épuisement/contrainte :

L'épisode dépressif de votre patient(e) fait suite à l'exposition d'un stress de façon chronique. Il correspond à un épuisement causé par l'implication à long terme dans des situations qui sont exigeantes émotionnellement. Il peut correspondre à l'accumulation de contraintes ou succession de microtraumatismes psychologiques dans différents domaines (entourez une seule réponse) :

- Vie familiale et affective (problématique de couple, difficultés avec les enfants...)
- Vie professionnelle (conflits, contraintes et/ou exigences élevées...)
- Vie sociale (problèmes financiers, changement de vie matérielle, conflits avec la société)
- Santé (handicap, maladie chronique...)
- Autre : (précisez).....

Commentaires relatifs à votre choix :

.....

.....

5.Questionnaire EPN-31 :

Présent dans les formulaires « Sujet dépressif » et « Contrôle ».

L'autoquestionnaire « Emotionalité positive et négative à 31 items » (EPN-31) [314] représente un des rares outils d'évaluation des émotions situationnelles.

Il s'agit d'un questionnaire à 31 items correspondant à 31 émotions de base. La consigne donnée au sujet est d'estimer la fréquence avec laquelle il a ressenti chacune de ces émotions sur une période d'un mois, à l'aide d'une échelle à 7 degrés variant de « jamais » à « plusieurs fois par jour » cotés de 1 à 7.

Il en résulte 3 scores principaux :

- Le score P d'émotions positives
- Le score N d'émotions négatives
- Le score S d'émotions de surprise

Les scores P et N peuvent être décomposés en plusieurs facettes :

- Emotions positives : « joie » (items 5,14,20,23,25) ; « tendresse » (items 1,2,4,29,30).
- Emotions négatives : « peur » (items 3,18,21,22) ; « colère » (items 7,11,15,19) ; « honte » (items 8,9,12,16,17,24) ; « tristesse » (items 6,10,26,31).

L'échelle EPN-31 est de création française, conçue par Rolland en 1998 [315]. Rolland en propose l'élaboration en partant du constat du manque d'outils dédiés au recueil émotionnel dans les approches classiques de la psychopathologie. Elle repose sur le modèle « tripartite » de Watson et Clark [316] et de Diener sur le « bien-être ». [317] [318]

Le choix de l'échelle EPN-31 pour cette étude provient d'une part de la rareté d'échelle équivalente validée en dehors de l'échelle des émotions différentielles IV (EED-IV). [310]

Vis-à-vis de l'EED-IV, l'EPN-31 a l'avantage d'étudier 31 émotions contre 12 pour l'EED-IV ; et ce via 31 items contre 36. Par ailleurs, les items de l'EPN-31 se composent d'un simple « vocable » désignant une émotion (Ex : item6= « chagrin ») tandis que l'EED-IV a recours à des questions « formulées ». Ainsi, du fait du nombre d'émotions étudiées supérieur, du moindre nombre d'item mis en jeu (allégeant le protocole d'étude composé de 3 autres auto-questionnaires) et de sa présentation « simple » sous forme d'un seul « vocable » facilitant la puissance d'évocation ; L'EPN-31 nous paraît plus adaptée pour notre étude.

Enfin l'EED-IV n'a été validé en 2010 que sur une population « non clinique » à l'inverse de l'EPN-31 qui a été validé chez des sujets « non clinique » [322] [315] et « clinique » [314].

Sur l'échantillon « clinique » composé de sujets dépressifs et anxieux, la structure factorielle a été significativement confirmée avec des coefficients de consistance interne des facteurs principaux variant entre 0,80 à 0,95 et ceux des six sous-facteurs entre 0,72 à 0,90. Concernant la matrice de corrélation des 3 scores principaux, elle montre l'indépendance complète des dimensions d'émotions positives et négatives ($r=0,02$). A noter que Rolland avait obtenu des résultats similaires au sein d'une population « non clinique » de 1753 sujets [315]. L'étude des liens avec les mesures psychopathologiques confirme que le score N d'émotions négatives est corrélé positivement avec les symptômes dépressifs et anxieux (évalués via l'HAD et MINI) ; et négativement avec le niveau de fonctionnement global (EGF). Le score P est quant à lui corrélé négativement avec le score de dépression mais pas avec le score d'anxiété ce qui correspond aux hypothèses du « modèle tripartite » de Watson et Clark.

6.Echelle d'intelligence émotionnelle d'Austin :

Présente dans les formulaires « Sujet dépressif » et « Contrôle ».

L'autoquestionnaire « Echelle d'intelligence émotionnelle » d'Austin et al [503] est une version modifiée et améliorée de l'échelle de Schutte et al [423] qui représente l'outil le plus utilisé à ce jour en terme de recherche clinique vis-à-vis de l'évaluation de l'Emotionalité dispositionnelle (ou compétences émotionnelles).

Il s'agit d'un autoquestionnaire composé de 41 items. La consigne donnée au sujet est pour chaque proposition de se décrire selon son ressenti habituel ou général à l'aide d'une échelle à 5 degrés variant de « absolument faux » à « absolument vrai » et cotés de 1 à 5.

Il en résulte un score principal dit « d'Intelligence émotionnelle » et 3 sous-facteurs :

- Régulation émotionnelle : qui traduit la capacité d'une personne à rechercher et à maintenir des états émotionnels positifs pour elle et pour autrui.
- Evaluation des émotions : qui traduit la capacité à repérer les émotions chez les autres.
- Utilisation des émotions : qui traduit la capacité à se servir de ses émotions pour améliorer son propre fonctionnement.

L'échelle d'Austin et al (2004) est donc une version modifiée de l'échelle de Schutte (1998).

L'échelle de Schutte est une référence dans le domaine de la recherche clinique émotionnaliste ; du fait notamment qu'elle fournit une mesure fidèle et valide de l'intelligence émotionnelle. La fidélité test-retest est en effet satisfaisante, de même que la consistance

interne et la validité critérielle [442] [504] [440]. Les critiques concernant l'absence d'item inversé ont conduit l'équipe d'Austin et al (2004) a développé une version modifiée incluant 21 items inversés afin de limiter le biais de « tendance à l'acquiescement » ; et l'adjonction d'items supplémentaires visant à mieux évaluer le sous-facteur « Utilisation des émotions ». Cette nouvelle version présente des propriétés psychométriques similaire ; mais avec une meilleure évaluation du sous-facteur « Utilisation des émotions ».

L'échelle d'Austin représente donc une évolution satisfaisante de la version originale de Schutte et al ; elle tend à devenir l'outil de référence à ce jour notamment dans la recherche sur la population « clinique » [481].

7. Questionnaire abrégé de dépression de Beck (BDI-13) :

Présent dans les formulaires « Sujet dépressif » et « Contrôle ».

Il s'agit d'un autoquestionnaire destiné à mesurer de façon simple et rapide la sévérité d'un phénomène dépressif. Il est basé sur le questionnaire originel de Beck : Beck Depression Inventory conçu en 1961. [505]

Il est composé de 13 items gradués de 0 à 3 et fournit une note globale d'intensité du syndrome dépressif allant de 0 à 39. Echelle brève, sensible, maintes fois validées, et de structure robuste ; la version française du BDI-13 a été validée par Cottraux et Collet en 1986 [506]. Le BDI-13 reste à ce jour un des questionnaires les plus utilisés en recherche clinique plus de 20 ans après sa parution.

Les différents seuils de gravité ont été définis par Beck et Beamesderfer en 1974 :

- 0 à 4 : pas de dépression
- 4 à 7 : dépression légère
- 8 à 15 : dépression modérée
- 16 et plus : dépression sévère

8. Questionnaire de personnalité TCI-125 :

Présent dans les formulaires « Sujet dépressif » et « Contrôle ».

L'inventaire du Tempérament et du Caractère version courte à 125 items représente à ce jour un des outils d'évaluation dimensionnelle de la personnalité des plus aboutis. La version courte française a été validée par Chakroun et al en 2005. [507]

Le TCI-125 repose sur le modèle théorique de la personnalité de R.C.Cloninger prévoyant 4 variables de Tempérament et 3 variables de Caractères ainsi que des sous-dimensions associées (cf. chapitre 2.3).

Le choix de la version abrégée pour notre protocole d'étude a pour objectif de ne pas alourdir ce dernier ; sachant par ailleurs que les études de validations de la version courte ont montré des qualités psychométriques comparables à la version originelle de 226 items.

Cet autoquestionnaire se compose ainsi de 125 items auxquels le sujet doit répondre par « vrai » ou « faux » en s'appuyant sur son vécu général et habituel.

La grille d'analyse fournit alors 7 scores principaux ainsi que les sous-scores associés, le plus souvent exprimés en pourcentage.

4.3.3. Populations étudiées.

4.3.3.1. Population dépressive.

- **Critères d'inclusion :**

Pour être inclus dans cette étude, les patients devaient remplir les critères suivant :

- Patient de sexe masculin ou féminin, majeur et sans mesure de protection.
- Patient ayant donné son consentement écrit.
- Patient présentant les critères nécessaire au diagnostic EDM selon le DSM-IV TR (avec score au BDI-13 > 5).
- Patient naïf : patient présentant pour la première fois un EDM ; absence d'antécédent dépressif antérieur connu ayant nécessité un suivi ou traitement médical.
- Absence de traitement médicamenteux psychotrope en cours lors de l'évaluation initiale.
- Absence de tout autre antécédent de trouble mental selon Axe1 et Axe2 du DSM-IV TR connu auparavant ; l'épisode actuel ne rentrant pas dans le cadre d'un trouble bipolaire, d'une schizophrénie ou d'un trouble psychotique méconnu ou débutant.

- Absence de trouble cognitif patent ; Notion de maîtrise de la langue française suffisante.
- Absence d'exposition ou d'usage de substance potentiellement dépressiogène.
- Absence d'affection médicale générale reconnue comme potentiellement ayant une action physiologique directe dépressiogène (Ex : hypothyroïdie, carence en vitamine B12, maladie de Parkinson...).
- Exclusion des patients pour lesquels un modèle mixte de facteur précipitant était identifié (Perte + Contrainte).

NB : Les patients en situation de deuil, présentant les critères DSM4-TR EDM, évalués dans un délai inférieur à 2 mois, ont été inclus dans cette étude en regard des critiques abordées vis-à-vis de ce critère d'exclusion de l'approche catégorielle du DSM4-TR (cf. chapitre 2.3.2.3.1.1)

- **Recrutement :**

Les 110 patients dépressifs inclus dans cette étude ont été recrutés en trois lieux différents :

- Cabinet de psychiatrie générale sur Montpellier (urbain)
- Cabinet de psychiatrie générale sur Castries (semi-rural)
- Clinique psychiatrique de Quissac (rural) : patients hospitalisés et consultations ambulatoires.

Le recrutement des patients s'est déroulé de Novembre 2011 à Juin 2012.

- **Protocole d'évaluation :**

L'ensemble des patients inclus l'ont été par moi-même après réalisation d'un entretien semi-structuré et standardisé le jour de la première évaluation afin de caractériser l'EDM et le type de facteur précipitant associé (Perte/Contrainte ; motif affectif /professionnel ou autres) ainsi que de recueillir les éléments sociodémographiques. Après recueil du consentement écrit du patient (double exemplaires), il était remis au patient les différents auto-questionnaires qu'il devait remplir le jour même (Formulaire « Sujet dépressif » : cf. Annexe1). Les consignes des questionnaires étaient explicitées auparavant ; et notamment l'attention du patient était portée sur les formulations négatives de certaines propositions.

4.3.3.2. Population « Contrôle ».

- **Critères d'inclusion :**

Pour être inclus dans cette étude, les sujets « Contrôle » devaient remplir les critères suivant :

- Sujet ayant donné son consentement écrit.
- Sujet de sexe masculin ou féminin, majeur et sans mesure de protection.
- Absence d'épisode EDM aigue en cours ; absence de traitement médicamenteux psychotrope en cours. Absence d'antécédent psychopathologique majeur.
- Score à l'échelle de dépression de Beck (BDI-13) inférieur à 5.
- Absence de trouble cognitif patent. Notion de maîtrise de la langue française suffisante.
- Absence d'exposition ou d'usage de substance potentiellement dépressiogène.
- Absence d'affection médicale générale reconnue comme potentiellement ayant une action physiologique directe dépressiogène (hypothyroïdie, carence vit b12, maladie parkinson...).

- **Recrutement :**

Les 125 sujets « Contrôle » inclus dans cette étude ont été recrutés en différents lieux :

- Personnels du centre hospitalier Esquirol : IDE, ASH, AS, Secrétaires, Médecins et Internes.

- Sujets volontaires : proches, sujets recrutés lors de voyages ferroviaires, faculté des sciences UPS Toulouse, Amicale des Anciens du quartier des Récollets, Vétérans du club de foot amateur de Balma-Gramont, commerçants, employés d'une usine agro-alimentaire, d'une société de service.

Le recrutement des sujets « Contrôle » s'est déroulé de Juin 2011 à Juin 2013.

- **Protocole d'évaluation :**

Réalisé en une seule étape : sujets « Contrôle » inclus par moi-même après réalisation d'un entretien semi-structuré et standardisé le jour de l'évaluation afin d'infirmier un EDM aigue ainsi que de recueillir les éléments sociodémographiques. Après recueil du consentement écrit du sujet (double exemplaires), il était remis au sujet les différents auto-questionnaires (Formulaire « Contrôle », cf. Annexe2) qu'il devait remplir le jour même. Les consignes des questionnaires étaient explicitées auparavant ; et notamment l'attention du sujet était portée sur les formulations négatives de certaines propositions.

4.4. Analyse statistique et traitement des données.

L'analyse statistique des données a été réalisée via le logiciel SPSS for Windows V20.0 (SPSS Inc, Chicago, Illinois). Le degré de significativité était de **0,05** pour toutes les analyses.

Des statistiques descriptives ont été réalisées pour caractériser les données sociodémographiques et cliniques des différents groupes étudiés : contrôles et dépressifs (ainsi que les groupes de sous catégorisation des sujets dépressifs).

Des analyses bivariées comparant les variables étudiées entre les sujets ont été réalisées en utilisant des tests *t* de Student pour les variables quantitatives et des tests du χ^2 pour les variables qualitatives pour :

- le groupe « contrôle » et le groupe « dépressifs total ».
- le groupe « dépressifs de perte » et le groupe « dépressifs de contrainte ».
- le groupe « dépressifs lié à un motif affectif » et le groupe « dépressifs lié à un motif professionnel ».

Une analyse par corrélation de Pearson a été réalisée vis-à-vis des caractéristiques cliniques de la population dépressive totale.

5. Résultats.

5.1. Caractéristiques sociodémographiques.

5.1.1. Populations générale, contrôle et dépressive totale.

Tableau 1. Caractéristiques sociodémographiques de la population générale, contrôle et dépressive totale.

	Population générale	Population contrôle	Population dépressive totale	Significativité
	n= 235	n=125	n=110	(p)
Age moyen (ans)	44,53 ± 15,2	44,46 ± 15,18	44,61 ± 15,30	p= 0,969 (NS)
Sexe (H/F)	105 / 130	56 / 69	49 / 61	p=0,996 (NS)
Lieu de vie (U/R)	161 / 74	93 / 32	68 / 42	p=0,038
Statut marital: 1/2/3/4/5	28 / 107 / 40 / 45 / 15	12 / 69 / 19 / 20 / 5	16 / 38 / 21 / 25 / 10	NS; sauf (2): p=0,027
Niveau culturel: 1/2/3/4/5/6/7	0 / 3 / 15 / 8 / 43 / 93 / 73	0 / 2 / 7 / 4 / 28 / 37 / 47	0 / 1 / 8 / 4 / 15 / 56 / 26	NS
Catégorie professionnelle: 1/2/3/4/5/6/7/8	2 / 18 / 30 / 48 / 58 / 24 / 26 / 29	0 / 8 / 16 / 28 / 35 / 7 / 14 / 17	2 / 10 / 14 / 20 / 23 / 17 / 12 / 12	NS

Légende :

- Sexe. H = homme ; F = femme

- Lieu de vie. U = urbain ; R = rural

- Statut marital. 1 = célibataire ; 2 = marié(e) ; 3 = concubin(e) ; 4 = divorcé(e) ; 5 = veuf (veuve)

- Niveau culturel. 1 = illettré ; 2 = lit et écrit ; 3 = certificat d'études ; 4 = BEPC ; 5 = niveau BAC ; 6 = BAC ; 7 = Université

- Catégorie professionnelle. 1 = agriculteur ; 2 = artisan, commerçant, chef d'entreprise ; 3 = cadre ; 4 = profession intermédiaire ; 5 = employé ; 6 = ouvrier ; 7 = retraité ; 8 = sans activité

Deux cent trente-cinq sujets ont été inclus dans notre étude : 105 sont de sexe masculin ; 130 de sexe féminin. La moyenne d'âge de la population générale est de 44,53 ± 15,2 ans. Il n'existe pas de différence significative en termes d'âge entre sujets masculins et féminin au sein de la population générale (p=0,362).

La moyenne d'âge de la population contrôle (n=125) est de 44,46 ± 15,18 ; celle de la population dépressive totale (n=110) est de 44,61 ± 15,30.

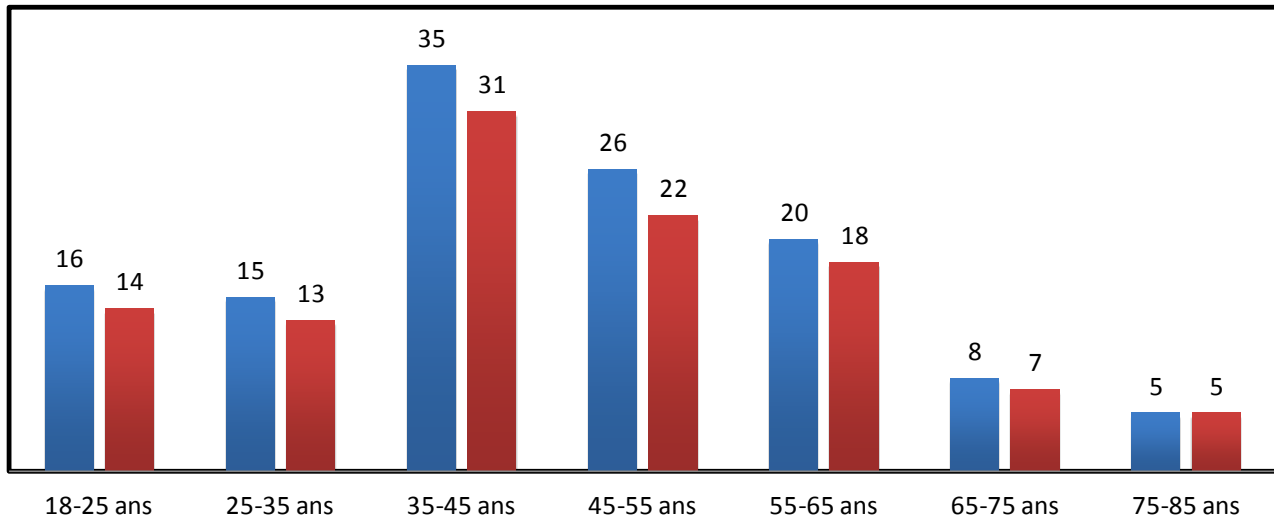
Il n'existe pas de différence significative en termes d'âge entre les deux populations (p=0,969).

La population contrôle (n=125) inclut 56 sujets masculins (soit 44,8%) pour 69 sujets féminins (soit 55,2%). La population dépressive totale (n=110) inclut 49 sujets masculins (soit 44,5%) pour 61 sujets féminins (soit 55,5%).

Il n'existe pas de différence significative en termes de sexe entre les deux populations ($p=0,996$).

Distribution des effectifs selon classe d'âge.

■ Sujets contrôle (n=125) ■ Sujets dépressifs (n=110)



L'étude descriptive de la distribution en classe d'âge des sujets de la population dépressive totale retrouve :

- 52,7% (n=58 ; 32F/26H) des sujets inclus présentent leur premier épisode dépressif entre 18 et 45 ans.
- 36,4% (n=40 ; 22F/18H) des sujets inclus présentent leur premier épisode dépressif entre 45 et 65 ans.
- 10,9% (n=12 ; 7F/5H) des sujets inclus présentent leur premier épisode dépressif après 65 ans.

La distribution en classe d'âge de la population contrôle est similaire :

- 52,7% (n=66 ; 36F/30H) des sujets contrôles inclus ont entre 18 et 45 ans.
- 36,8% (n=46 ; 25F/21H) des sujets contrôles inclus ont entre 45 et 65 ans.
- 10,4% (n=13 ; 8F/5H) des sujets contrôles inclus ont plus de 65 ans.

En termes de lieu de vie, la population contrôle présente 93 sujets urbains pour 32 sujets ruraux. La population dépressive totale présente 68 sujets urbains pour 42 sujets ruraux.

Les sujets ruraux sont significativement prédominant au sein de la population dépressive totale comparativement à la population contrôle ($p=0,038$).

Au niveau du statut marital, l'analyse statistique comparative n'a pu être réalisée de façon détaillée en raison d'un effectif insuffisant au sein des différentes catégories individualisées. Seule la catégorie (2) = Marié(e) présente un effectif suffisant : le statut « marié(e) » est significativement prédominant ($p=0,027$) au sein de la population contrôle comparativement à la population dépressive totale.

D'un point de vue observationnel, si on opère un regroupement « seul » (1= célibataire + 4= divorcé(e) + 5= veuvage) versus « en couple » (2= marié(e) + 3= concubinage) ; on constate que :

- 29,6% (n=37) de la population contrôle (n=125) est « seul » contre 70,4% (n=88) « en couple ».
- 46,4% (n=51) de la population dépressive totale (n=110) est « seul » contre 53,6% (n=59) « en couple ».

Le critère « couple » semble plus prédominant au sein de la population contrôle.

Vis-à-vis des critères de niveau culturel et de catégorie professionnelle, les effectifs se sont avérés insuffisants pour opérer une analyse statistique comparative fiable.

Via un regroupement niveau culturel « Bac et plus » (6= Bac + 7= Université), on constate que 67,2% (n=84) de la population contrôle (n=125) est retenu ; 74,5% (n=82) pour la population dépressive totale. De fait, le regroupement niveau culturel « inférieur au Bac » (1= illettré + 2= lit et écrit + 3= certificat d'étude + 4= BEPC + 5= niveau Bac) concerne 32,8% (n=41) de la population contrôle (n=125) pour 25,5% (n=28) de la population dépressive totale (n=110).

Le niveau culturel semble équivalent entre les deux populations d'un point de vue descriptif.

Du point de vue catégorie professionnelle, via un regroupement « catégorie "supérieure" » (2= commerçant, chef d'entreprise + 3= cadre + 4= profession intermédiaire), on retrouve 41,6% (n=52) de la population contrôle (n=125) pour 40% (n=44) de la population dépressive totale (n=110). Le regroupement complémentaire (1= agriculteur + 5= employé + 6= ouvrier + 7= retraité + 8= sans activité) retrouve de façon attendue 58,4% (n=73) de la population contrôle et 60% (n=66) de la population dépressive totale.

Le critère « catégorie professionnelle » semble équivalent entre les deux populations d'un point de vue descriptif.

5.1.2. Populations dépressives de perte et de contrainte.

Tableau 2. Caractéristiques sociodémographiques des populations dépressives de perte et de contrainte.

	Population dépressive de perte n=55	Population dépressive de contrainte n=55	Significativité (p)
Age moyen (ans)	44,64 ± 16,16	44,58 ± 14,54	p= 0,995 (NS)
Sexe (H/F)	21 / 34	28 / 27	p=0,179 (NS)
Lieu de vie (U/R)	33 / 22	35 / 20	p=0,695 (NS)
Statut marital: 1/2/3/4/5	10 / 17 / 7 / 14 / 7	6 / 21 / 14 / 11 / 3	NS
Niveau culturel: 1/2/3/4/5/6/7	0 / 1 / 4 / 2 / 7 / 28 / 13	0 / 0 / 4 / 2 / 8 / 28 / 13	NS
Catégorie professionnelle: 1/2/3/4/5/6/7/8	0 / 4 / 8 / 12 / 11 / 4 / 7 / 9	2 / 6 / 6 / 8 / 12 / 13 / 5 / 3	NS

Légende :

- Sexe. H = homme ; F = femme
- Lieu de vie. U = urbain ; R = rural
- Statut marital. 1 = célibataire ; 2 = marié(e) ; 3 = concubin(e) ; 4 = divorcé(e) ; 5 = veuf (veuve)
- Niveau culturel. 1 = illettré ; 2 = lit et écrit ; 3 = certificat d'études ; 4 = BEPC ; 5 = niveau BAC ; 6 = BAC ; 7 = Université
- Catégorie professionnelle. 1 = agriculteur ; 2 = artisan, commerçant, chef d'entreprise ; 3 = cadre ; 4 = profession intermédiaire ; 5 = employé ; 6 = ouvrier ; 7 = retraité ; 8 = sans activité

Les populations dépressives de perte (n=55) et de contrainte (n=55) présentent respectivement une moyenne d'âge de 44,64 ± 16,16 ans et 44,58 ± 14,54 ans. Il n'est pas constaté de différence significative (p=0,995).

La population dépressive de perte est composée de 21 sujets de sexe masculin pour 34 sujets de sexe féminin ; la population dépressive de contrainte regroupe, elle, 28 hommes pour 27 femmes. En termes de sexe, les deux populations ne présentent pas de différence significative (p=0,179).

En ce qui concerne le critère lieu de vie, la population dépressive de perte présente 33 sujets urbains pour 22 sujets ruraux ; la population dépressive de contrainte présente 35 sujets urbains pour 20 sujets ruraux. Là encore, il n'est pas constaté de différence significative entre les deux populations (p=0,695).

Vis-à-vis des critères de statut marital, niveau culturel et catégorie professionnelle, les effectifs se sont avérés trop restreint pour opérer une analyse statistique comparative valide.

Pour le critère statut marital, via un regroupement « seul » (1= célibataire + 4= divorcé(e) + 5= veuvage) versus « en couple » (2= marié(e) + 3= concubinage) ; on constate que :

- 56,4% (n=31) de la population dépressive de perte est « seul » pour 36,4% (n=20) pour la population dépressive de contrainte
- 43,6% (n=24) de la population dépressive de perte est « en couple » pour 63,6% (n=35) pour la population dépressive de contrainte.

Le regroupement « en couple » semble prédominant au sein de la population dépressive de contrainte d'un point de vue descriptif.

Pour le critère niveau culturel, via un regroupement niveau culturel « Bac et plus » (6= Bac + 7= Université) versus un regroupement niveau culturel « inférieur au Bac » (1= illettré + 2= lit et écrit + 3= certificat d'étude + 4= BEPC + 5= niveau Bac) , on constate une répartition des effectifs identique au sein des deux populations : 74,5% (n=41) pour le regroupement « Bac et plus » et 25,5% (n=14) pour le regroupement « inférieur au Bac ».

Pour le critère catégorie professionnelle, via un regroupement « catégorie "supérieure" » (2= commerçant, chef d'entreprise + 3= cadre + 4= profession intermédiaire), versus le regroupement complémentaire (1= agriculteur + 5= employé + 6= ouvrier + 7= retraité + 8= sans activité), on constate que :

- 43,6% (n=24) de la population dépressive de perte appartient au regroupement « catégorie "supérieure" » contre 36,4% (n=20) pour la population dépressive de contrainte.
- 56,4% (n=31) de la population dépressive de perte appartient au regroupement complémentaire contre 63,6% (n=35) pour la population dépressive de contrainte.

En termes d'effectif, tant la modalité de dépression de perte que de contrainte prédominent au sein du regroupement catégorie professionnelle « complémentaire » (ie : catégorie professionnelle "moindre").

Toutefois, les effectifs des sujets dépressifs de perte se distribuent de façon assez proche entre les deux regroupements opérés (43,6% / 56,4%) ; tandis que la modalité de dépression de contrainte semble plus prédominante en termes d'effectif au sein du regroupement « complémentaire » (63,6%) ; cette tendance est illustrée par la catégorie professionnelle 6= ouvrier : 14 sujets présentant une dépression de contrainte contre 4 présentant une dépression de perte.

5.1.3. Populations dépressives liées à un motif affectif ou professionnel.

Tableau 3. Caractéristiques sociodémographiques des populations dépressives liées à un motif affectif ou professionnel.

	Population dépressive liée à motif affectif	Population dépressive liée à motif professionnel	Significativité
	n=45	n=40	(p)
Age moyen (ans)	43,5 ± 17,8	43,1 ± 10,4	p=0,920 (NS)
Sexe (H/F)	11 / 34	23 / 17	p=0,002
Lieu de vie (U/R)	27 / 18	29 / 11	p=0,225 (NS)
Statut marital: 1/2/3/4/5	7 / 9 / 10 / 12 / 7	5 / 18 / 8 / 9 / 0	NS
Niveau culturel: 1/2/3/4/5/6/7	0 / 1 / 4 / 2 / 9 / 22 / 7	0 / 0 / 0 / 1 / 0 / 25 / 14	NS
Catégorie professionnelle: 1/2/3/4/5/6/7/8	0 / 4 / 4 / 9 / 6 / 8 / 6 / 8	0 / 2 / 10 / 8 / 16 / 4 / 0 / 0	NS

Légende :

- Sexe. H = homme ; F = femme
- Lieu de vie. U = urbain ; R = rural
- Statut marital. 1 = célibataire ; 2 = marié(e) ; 3 = concubin(e) ; 4 = divorcé(e) ; 5 = veuf (veuve)
- Niveau culturel. 1 = illettré ; 2 = lit et écrit ; 3 = certificat d'études ; 4 = BEPC ; 5 = niveau BAC ; 6 = BAC ; 7 = Université
- Catégorie professionnelle. 1 = agriculteur ; 2 = artisan, commerçant, chef d'entreprise ; 3 = cadre ; 4 = profession intermédiaire ; 5 = employé ; 6 = ouvrier ; 7 = retraité ; 8 = sans activité

La sous catégorisation de la population dépressive selon un motif affectif (modalité de perte et de contrainte confondue) inclut 45 sujets ; selon un motif professionnel (modalité de perte et de contrainte confondue) inclut 40 sujets.

La moyenne d'âge de la population dépressive liée à un motif affectif est de 43,5 ± 17,8 ans ; celle de la population dépressive liée à un motif professionnel est de 43,1 ± 10,4 ans. Il n'est pas retrouvé de différence statistiquement significative (p=0,920).

La population dépressive liée à un motif affectif est composée de 11 sujets masculins pour 34 sujets féminins ; la population dépressive liée à un motif professionnel comporte 23 sujets masculins pour 17 sujets féminins. Le critère sexe est significativement différent entre les deux populations (p=0,002) : les femmes sont majoritaire au sein de la population dépressive liée à un motif affectif ; les hommes sont prédominants au sein de la population dépressive liée à un motif professionnel.

En termes de lieu de vie, la population dépressive liée à un motif affectif (n=45) se compose de 27 sujets urbains pour 18 sujets ruraux ; la population dépressive liée à un motif professionnel (n=40) présente 29 sujets urbains pour 11 sujets ruraux. L'analyse

comparative ne met pas en évidence de différence significative entre les deux populations ($p=0,225$).

Vis-à-vis des critères de statut marital, niveau culturel et catégorie professionnelle, les effectifs se sont avérés trop restreint pour opérer une analyse statistique comparative valide.

Pour le critère statut marital, via un regroupement « seul » (1= célibataire + 4= divorcé(e) + 5= veuvage) versus « en couple » (2= marié(e) + 3= concubinage) ; on constate que :

- 57,8% (n=26) de la population dépressive liée à un motif affectif est « seul » pour 35% (n=14) pour la population dépressive liée à un motif professionnel.
- 42,2% (n=19) de la population dépressive liée à un motif affectif est « en couple » pour 65% (n=26) pour la population dépressive liée à un motif professionnel.

Au final, l'effectif de la population dépressive liée à un motif professionnel se répartie en un ratio 1/3 seul contre 2/3 en couple.

L'effectif de la population dépressive liée à un motif affectif se répartie en un ratio 3/5 seul contre 2/5 en couple.

Pour le critère niveau culturel, via un regroupement niveau culturel « Bac et plus » (6= Bac + 7= Université) versus un regroupement niveau culturel « inférieur au Bac » (1= illettré + 2= lit et écrit + 3= certificat d'étude + 4= BEPC + 5= niveau Bac) , on constate que :

- 97,5% (n=39) de la population dépressive liée à un motif professionnel appartient au regroupement « Bac et plus » ; 2,5% (n=1) au regroupement complémentaire.
- 64,4% (n=29) de la population dépressive liée à un motif affectif appartient au regroupement « Bac et plus » ; 35,6% (n=16) au regroupement complémentaire.

Pour le critère catégorie professionnelle, via un regroupement « catégorie supérieure » (2= commerçant, chef d'entreprise + 3= cadre + 4= profession intermédiaire), versus le regroupement complémentaire (1= agriculteur + 5= employé + 6= ouvrier + 7= retraité + 8= sans activité), on constate que :

- L'effectif de la population dépressive liée à un motif professionnel se répartit de façon égale entre le regroupement « catégorie supérieure » (50%) et le regroupement complémentaire (50%)
- L'effectif de la population dépressive liée à un motif affectif se répartit en 37,8% (n=17) pour le regroupement « catégorie supérieure » et 62,2% (n=28) pour le regroupement complémentaire.

5.2. Caractéristiques cliniques.

5.2.1. Populations contrôle et dépressive totale.

L'étude comparative des caractéristiques cliniques des populations « contrôle » (n=125) et dépressive totale (n=110) retrouve de façon attendue, selon le BDI-13, une sévérité dépressive significativement plus intense pour la population dépressive totale ($p < 0,001$).

L'émotivité situationnelle, évaluée via l'EPN-31, retrouve des résultats de balance émotionnelle très significatifs :

- Les émotions positives (Score P) sont significativement moins intenses chez la population dépressive totale ($p < 0,0001$).
- Les émotions négatives (Score N) sont significativement plus intenses chez la population dépressive totale ($p < 0,0001$).
- Les facettes « joie » et « tendresse » sont significativement plus intenses ($p < 0,0001$) pour la population « contrôle » ; les facettes « peur », « colère », « honte », et « tristesse » sont significativement plus intenses ($p < 0,0001$) pour la population dépressive totale.
- Les scores des émotions considérées individuellement suivent le même schéma de résultat : chaque émotion positive (ex : EPN-1= Affection, EPN-2= Amour ...) est plus intense ($p < 0,0001$) chez la population « contrôle » ; inversement les émotions négatives (ex : EPN-3= Anxiété, EPN-6= Chagrin ...) sont toutes plus intenses ($p < 0,001$) chez la population dépressive totale.
- Seule les émotions de surprise (Score S) ne sont pas statistiquement différentes entre les deux populations ($p = 0,621$). Cependant, en considérant les émotions individuellement, on retrouve que « l'étonnement » (EPN-13) et « la surprise » (EPN-27) sont plus intense pour la population « contrôle » (respectivement $p < 0,0001$ et $p = 0,009$) ; la « stupéfaction » (EPN-28) est, elle, non significative ($p = 0,621$).

L'émotivité dispositionnelle, évaluée via l'échelle d'intelligence émotionnelle d'Austin et al, retrouve des résultats comparatifs forts : le score d'IE total ainsi que les sous-scores de

régulation, évaluation et utilisation des émotions sont tous significativement plus élevés au sein de la population « contrôle » ($p < 0,0001$).

L'étude des tempéraments et caractères de la personnalité, selon le TCI-125, retrouve les résultats suivants :

- Le tempérament « évitement du danger » (ED) et toutes les sous dimensions associées (ED1- Inquiétude, ED2- Peur de l'inconnu, ED3- Timidité, ED4- Fatigabilité) sont significativement plus élevés ($p < 0,0001$) au sein de la population dépressive totale.
- Le tempérament « recherche de nouveauté » (RN) n'est pas significativement différent entre les deux populations. Toutefois, la sous dimension « besoin de changement » (RN1) est plus élevée ($p = 0,004$) au sein de la population « contrôle » ; tandis que la sous dimension « impulsivité » (RN2) est plus élevée ($p = 0,032$) au sein de la population dépressive totale.
- Les tempéraments « dépendance à la récompense » (DR) et ses sous dimensions associées ; et « persistance » (P) ne sont pas différents entre les deux populations.
- Les caractères « détermination » (D), « coopération » (C), et « transcendance » (T) ainsi que l'ensemble de leur sous dimensions associées sont significativement plus élevés au sein de la population « contrôle ».

Tableau récapitulatif détaillé des résultats cliniques des deux populations en page suivante.

Pour rappel, légende des abréviations utilisées dans le dit tableau :

Légende :

- EPN : Emotionalité Positive et Négative
- IE : Intelligence Emotionnelle
- BDI : Beck Depression Inventory
- TCI : Temperament and Character Inventory
- (NS) : Non Significatif ; (t) : tendance

Tableau 4. Caractéristiques cliniques des populations contrôle et dépressive totale.

	Population contrôle n=125	Population dépressive totale n=110	Significativité (p)
Questionnaire EPN-31			
EPN-1 : Affection	5,23 ± 1,03	2,64 ± 0,79	p < 0,0001
EPN-2 : Amour	4,55 ± 1,06	2,07 ± 0,85	p < 0,0001
EPN-3 : Anxiété	2,33 ± 0,59	6,00 ± 0,97	p < 0,0001
EPN-4 : Bienveillance	4,59 ± 0,81	1,94 ± 0,61	p < 0,0001
EPN-5 : Bonheur	4,46 ± 0,98	1,55 ± 0,67	p < 0,0001
EPN-6 : Chagrin	1,81 ± 0,63	5,45 ± 0,92	p < 0,0001
EPN-7 : Colère	2,22 ± 0,79	4,50 ± 1,24	p < 0,0001
EPN-8 : Confusion	1,47 ± 0,64	3,38 ± 0,98	p < 0,0001
EPN-9 : Culpabilité	1,70 ± 0,56	5,55 ± 1,16	p < 0,0001
EPN-10 : Découragement	1,46 ± 0,77	5,40 ± 1,08	p < 0,0001
EPN-11 : Dégoût	1,33 ± 0,47	4,26 ± 1,27	p < 0,0001
EPN-12 : Embarras	2,20 ± 0,67	4,03 ± 1,09	p < 0,0001
EPN-13 : Etonnement	2,91 ± 0,49	2,57 ± 0,78	p < 0,0001
EPN-14 : Fierté	3,78 ± 0,82	1,03 ± 0,16	p < 0,0001
EPN-15 : Fureur	1,10 ± 0,30	1,55 ± 0,80	p < 0,0001
EPN-16 : Honte	1,86 ± 0,64	3,60 ± 1,12	p < 0,0001
EPN-17 : Humiliation	1,62 ± 0,74	3,97 ± 1,08	p < 0,0001
EPN-18 : Inquiétude	2,83 ± 0,50	6,58 ± 0,73	p < 0,0001
EPN-19 : Irritation	2,49 ± 0,68	5,06 ± 1,42	p < 0,0001
EPN-20 : Joie	4,70 ± 0,91	2,00 ± 0,62	p < 0,0001
EPN-21 : Nervosité	2,81 ± 0,43	5,18 ± 1,49	p < 0,0001
EPN-22 : Peur	2,42 ± 0,80	5,65 ± 0,93	p < 0,0001
EPN-23 : Plaisir	4,76 ± 0,95	2,15 ± 0,93	p < 0,0001
EPN-24 : Regret	2,28 ± 0,82	5,20 ± 0,99	p < 0,0001
EPN-25 : Satisfaction	4,05 ± 0,80	1,49 ± 0,55	p < 0,0001
EPN-26 : Solitude	1,75 ± 0,79	4,29 ± 1,16	p < 0,0001
EPN-27 : Surprise	3,03 ± 0,51	2,76 ± 0,99	p = 0,009
EPN-28 : Stupéfaction	1,32 ± 0,53	1,35 ± 0,54	p = 0,621 (NS)
EPN-29 : Sympathie	5,42 ± 0,99	2,20 ± 0,54	p < 0,0001
EPN-30 : Tendresse	4,92 ± 0,92	2,20 ± 0,80	p < 0,0001
EPN-31 : Tristesse	2,55 ± 0,56	6,66 ± 0,49	p < 0,0001
EPN- Score P (émotions positives)	49,50 ± 6,49	21,96 ± 4,26	p < 0,0001
EPN- Score N (émotions négatives)	35,12 ± 4,55	84,77 ± 8,18	p < 0,0001
EPN- Score S (émotions surprises)	1,32 ± 0,53	1,35 ± 0,54	p = 0,621 (NS)
EPN- Score facette joie	21,74 ± 3,07	8,21 ± 1,70	p < 0,0001
EPN- Score facette tendresse	24,72 ± 3,73	11,05 ± 2,60	p < 0,0001
EPN- Score facette peur	10,38 ± 1,40	23,41 ± 2,00	p < 0,0001
EPN- Score facette colère	7,13 ± 1,39	15,38 ± 3,89	p < 0,0001
EPN- Score facette honte	11,13 ± 2,06	25,73 ± 3,77	p < 0,0001
EPN- Score facette tristesse	7,58 ± 1,76	21,81 ± 2,27	p < 0,0001
Echelle d'intelligence émotionnelle d'Austin			
IE- score total	141,11 ± 10,16	111,91 ± 19,11	p < 0,0001
IE- score régulation émotionnelle	44,78 ± 2,43	32,44 ± 4,55	p < 0,0001
IE- score évaluation émotionnelle	32,09 ± 3,71	25,31 ± 5,58	p < 0,0001
IE- score utilisation émotionnelle	21,47 ± 1,97	18,75 ± 3,71	p < 0,0001

	Population contrôle n=125	Population dépressive totale n=110	Significativité (p)
Questionnaire abrégé de Beck (BDI-13)			
score total	1,83 ± 1,21	21,90 ± 6,46	p < 0,0001
Questionnaire de personnalité TCI-125			
Recherche de nouveauté (RN)	9,93 ± 3,43	9,96 ± 1,79	p = 0,922 (NS)
RN1 - Besoin de changement	2,90 ± 1,13	2,55 ± 0,70	p = 0,004
RN2- Impulsivité	2,14 ± 1,08	2,41 ± 0,82	p = 0,032
RN3- Dépenses	2,38 ± 1,22	2,45 ± 0,88	p = 0,663 (NS)
RN4- Anticonformisme	2,50 ± 1,17	2,56 ± 0,85	p = 0,659 (NS)
Evitement du danger (ED)	9,68 ± 4,15	14,08 ± 1,57	p < 0,0001
ED1- Inquiétude	2,14 ± 1,34	3,55 ± 0,84	p < 0,0001
ED2- Peur de l'inconnu	2,58 ± 1,15	3,60 ± 0,87	p < 0,0001
ED3- Timidité	2,68 ± 1,38	3,39 ± 0,81	p < 0,0001
ED4- Fatigabilité	2,28 ± 1,32	3,55 ± 0,89	p < 0,0001
Dépendance à la récompense (DR)	9,76 ± 2,44	9,74 ± 1,83	p = 0,934 (NS)
DR1- Sentimentalité	3,53 ± 1,16	3,31 ± 1,12	p = 0,144 (NS)
DR3- Attachement affectif	3,08 ± 0,99	3,22 ± 1,02	p = 0,293 (NS)
DR4- Besoin de soutien	3,15 ± 1,11	3,21 ± 0,83	p = 0,658 (NS)
Persistance (P)	2,44 ± 1,11	2,63 ± 0,90	p = 0,160 (NS)
Détermination (D)	16,29 ± 4,17	13,34 ± 2,23	p < 0,0001
D1- Sens des responsabilités	3,30 ± 1,26	2,86 ± 0,82	p = 0,002
D2- Volonté d'aboutir	3,23 ± 1,13	2,79 ± 0,83	p < 0,0001
D3- Ressources individuelles	3,27 ± 1,08	2,54 ± 0,87	p < 0,0001
D4- Acceptation de soi	3,30 ± 1,13	2,65 ± 0,83	p < 0,0001
D5- Habitudes bénéfiques	3,18 ± 1,21	2,51 ± 0,91	p < 0,0001
Coopération (C)	19,76 ± 3,02	17,02 ± 3,04	p < 0,0001
C1- Tolérance sociale	4,50 ± 0,73	3,86 ± 0,91	p < 0,0001
C2- Empathie	3,87 ± 0,86	3,35 ± 0,87	p < 0,0001
C3- Solidarité	3,83 ± 1,05	3,20 ± 0,92	p < 0,0001
C4- Indulgence	3,68 ± 1,12	3,28 ± 0,89	p = 0,003
C5- Probité	3,88 ± 0,98	3,33 ± 0,95	p < 0,0001
Transcendance (T)	5,98 ± 2,26	4,65 ± 2,12	p < 0,0001
T1- Sens du spirituel	2,15 ± 1,01	1,58 ± 0,93	p < 0,0001
T2- Détachement de soi	1,69 ± 1,17	1,16 ± 1,01	p < 0,0001
T3- Croyance universelle	2,14 ± 0,96	1,90 ± 0,88	p = 0,052 (t)

5.2.2. Populations dépressives de perte et de contrainte.

L'étude comparative des caractéristiques cliniques des populations dépressives de perte (n=55) et de contrainte (n=55) ne retrouve pas, selon le BDI-13, de différence significative ($p=0,269$) en terme de sévérité dépressive entre les deux populations.

L'émotivité situationnelle, évaluée via l'EPN-31, retrouve des résultats de balance émotionnelle significativement différents entre les deux populations :

- Les émotions positives (Score P) et les émotions négatives (Score N) sont significativement plus intenses chez la population dépressive de contrainte ($p<0,0001$).
- Les facettes « joie » et « tendresse » sont significativement plus intenses (respectivement : $p=0,017$ et $p=0,004$) pour la population dépressive de contrainte ; les facettes « peur », « colère » et « honte » sont significativement plus intenses (respectivement : $p=0,017$, $p<0,0001$ et $p<0,0001$) pour la population dépressive de contrainte. Seule la facette « tristesse » est significativement plus intense ($p=0,004$) au sein de la population dépressive de perte.
- Les scores des émotions positives et négatives considérées individuellement retrouvent que :
 - o Six émotions : « tristesse » (EPN-31), « inquiétude » (EPN-18), « bienveillance » (EPN-4), « affection » (EPN-1), « fierté » (EPN-14) et « bonheur » (EPN-5) ne sont pas significativement différentes entre les deux populations.
 - o Les émotions positives « amour » (EPN-2), « joie » (EPN-20), « plaisir » (EPN-23), « sympathie » (EPN-29) et « tendresse » (EPN-30) sont significativement plus intenses au sein de la population dépressive de contrainte.

Les émotions négatives « colère » (EPN-7), « confusion » (EPN-8), « découragement » (EPN-10), « dégoût » (EPN-11), « embarras » (EPN-12), « fureur » (EPN-15), « honte » (EPN-16), « humiliation » (EPN-17), « irritation » (EPN-19) et « nervosité » (EPN-21) sont significativement plus intenses au sein de la population dépressive de contrainte.

- L'émotion positive « satisfaction » (EPN-25) est significativement plus intense au sein de la population dépressive de perte.

Les émotions négatives « anxiété » (EPN-3), « chagrin » (EPN-6), « culpabilité » (EPN-9), « peur » (EPN-22), « regret » (EPN-24) et « solitude » (EPN-26) sont significativement plus intenses au sein de la population dépressive de perte.

- Les émotions de surprise (Score S) ne sont pas statistiquement différentes entre les deux populations ($p=0,559$). Cependant, en considérant les émotions individuellement, on retrouve que « l'étonnement » (EPN-13) est significativement plus intense ($p=0,002$) au sein de la population dépressive de contrainte ; tandis que « surprise » (EPN-27) et « stupéfaction » (EPN-28) sont non significatives.

L'émotivité dispositionnelle, évaluée via l'échelle d'intelligence émotionnelle d'Austin et al, retrouve des résultats comparatifs forts : le score d'IE total ($p=0,008$) ainsi que les sous-scores d'évaluation ($p=0,014$) et d'utilisation ($p<0,0001$) des émotions sont significativement plus élevés au sein de la population dépressive de perte. Seule la composante de régulation émotionnelle ne montre pas de différence significative entre les deux populations ($p=0,924$).

L'étude des tempéraments et caractères de la personnalité, selon le TCI-125, retrouve les résultats suivants :

- Le tempérament « évitement du danger » (ED) ne se révèle pas significativement différent ($p=0,148$) entre les deux populations. Toutefois il apparaît que la sous dimension « fatigabilité » (ED4) est significativement plus élevée ($p<0,0001$) au sein de la population dépressive de contrainte ; tandis que les sous dimensions « peur de l'inconnue » (ED2) et « timidité » (ED3) sont plus élevées (respectivement : $p<0,0001$ et $p=0,002$) au sein de la population dépressive de perte. La sous dimension « inquiétude » reste neutre ($p=0,468$).
- Le tempérament « recherche de nouveauté » (RN) est pas significativement plus élevé ($p=0,021$) au sein de la population dépressive de contrainte. Toutefois, seule la sous dimension « impulsivité » (RN2) se montre plus élevée au sein de la population dépressive de contrainte ($p<0,0001$). Les trois autres sous dimensions sont non significatives.

- Le tempérament « dépendance à la récompense » (DR) est significativement plus élevés au sein de la population dépressive de perte ($p=0,001$). Les sous dimensions « sentimentalité » (DR1) et « besoin de soutien » (DR4) sont ainsi plus élevées au sein de la population dépressive de perte (respectivement : $p=0,049$ et $p=0,003$). La sous dimension « attachement affectif » (DR3) reste non significative ($p=0,141$).
- Le tempérament « persistance » (P) est lui significativement plus élevé au sein de la population dépressive de contrainte ($p=0,001$).
- Le caractère « détermination » (D) ne montre pas de différence significative entre les deux populations ($p=0,069$). Cependant, les sous dimensions « sens des responsabilités » (D1), « volonté d'aboutir » (D2) et « acceptation de soi » (D5) sont significativement plus élevées au sein de la population dépressive de perte (respectivement : $p<0,0001$, $p=0,058/t$, et $p=0,004$). La sous dimension « ressources individuelles » (D3) est significativement plus élevée au sein de la population dépressive de contrainte ($p=0,006$). La sous dimension « habitudes bénéfiques » (D5) est neutre ($p=0,438$).
- Le caractère « coopération » (C) est significativement plus élevé au sein de la population dépressive de perte ($p=0,012$). Les sous dimensions « tolérance sociale » (C1) et « probité » (C5) sont ainsi plus élevées au sein de la population dépressive de perte (respectivement : $p=0,062/t$ et $p=0,026$). Les trois autres sous dimensions sont non significatives.
- Le caractère « transcendance » (T) est significativement plus élevé au sein de la population dépressive de perte ($p<0,0001$). Les sous dimensions « sens du spirituel » (T1) et « détachement de soi » (T2) sont ainsi plus élevées au sein de la population dépressive de perte (respectivement : $p<0,0001$ et $p=0,001$). La sous dimension « croyance universelle » (T3) est non significative.

Tableau récapitulatif détaillé des résultats cliniques des deux populations en page suivante. Pour rappel, légende des abréviations utilisées dans le dit tableau :

Légende :

- EPN : Emotionalité Positive et Négative
- IE : Intelligence Emotionnelle
- BDI : Beck Depression Inventory
- TCI : Temperament and Character Inventory
- (NS) : Non Significatif ; (t) : tendance

Tableau 5. Caractéristiques cliniques des populations dépressives de perte et de contrainte.

	Population dépressive de perte n=55	Population dépressive de contrainte n=55	Significativité (p)
Questionnaire EPN-31			
EPN-1 : Affection	2,60 ± 0,63	2,67 ± 0,92	p = 0,695 (NS)
EPN-2 : Amour	1,71 ± 0,57	2,44 ± 0,94	p < 0,0001
EPN-3 : Anxiété	6,38 ± 0,80	5,62 ± 0,97	p < 0,0001
EPN-4 : Bienveillance	1,95 ± 0,49	1,93 ± 0,72	p = 0,865 (NS)
EPN-5 : Bonheur	1,51 ± 0,72	1,58 ± 0,63	p = 0,353 (NS)
EPN-6 : Chagrin	5,82 ± 0,88	5,09 ± 0,80	p < 0,0001
EPN-7 : Colère	3,60 ± 0,76	5,40 ± 0,94	p < 0,0001
EPN-8 : Confusion	3,20 ± 0,99	3,56 ± 0,94	p = 0,038
EPN-9 : Culpabilité	5,85 ± 0,87	5,24 ± 1,33	p = 0,016
EPN-10 : Découragement	4,98 ± 1,05	5,82 ± 0,95	p < 0,0001
EPN-11 : Dégoût	3,60 ± 1,08	4,93 ± 1,09	p < 0,0001
EPN-12 : Embarras	3,51 ± 0,84	4,55 ± 1,07	p < 0,0001
EPN-13 : Etonnement	2,36 ± 0,68	2,78 ± 0,83	p = 0,002
EPN-14 : Fierté	1,02 ± 0,14	1,04 ± 0,19	p = 0,560 (NS)
EPN-15 : Fureur	1,15 ± 0,49	1,96 ± 0,84	p < 0,0001
EPN-16 : Honte	3,15 ± 1,08	4,05 ± 0,97	p < 0,0001
EPN-17 : Humiliation	3,36 ± 0,95	4,58 ± 0,83	p < 0,0001
EPN-18 : Inquiétude	6,55 ± 0,84	6,62 ± 0,62	p = 0,927 (NS)
EPN-19 : Irritation	3,87 ± 0,75	6,25 ± 0,78	p < 0,0001
EPN-20 : Joie	1,78 ± 0,46	2,22 ± 0,69	p < 0,0001
EPN-21 : Nervosité	3,91 ± 0,80	6,45 ± 0,74	p < 0,0001
EPN-22 : Peur	6,04 ± 0,82	5,25 ± 0,89	p < 0,0001
EPN-23 : Plaisir	1,89 ± 0,60	2,40 ± 1,12	p = 0,003
EPN-24 : Regret	5,51 ± 0,72	4,89 ± 1,13	p < 0,0001
EPN-25 : Satisfaction	1,60 ± 0,53	1,38 ± 0,56	p = 0,022
EPN-26 : Solitude	4,84 ± 0,79	3,75 ± 1,22	p < 0,0001
EPN-27 : Surprise	2,76 ± 0,79	2,76 ± 1,17	p = 0,691 (NS)
EPN-28 : Stupéfaction	1,36 ± 0,49	1,35 ± 0,58	p = 0,559 (NS)
EPN-29 : Sympathie	2,11 ± 0,46	2,29 ± 0,60	p = 0,056 (t)
EPN-30 : Tendresse	2,04 ± 0,64	2,26 ± 0,91	p = 0,016
EPN-31 : Tristesse	6,67 ± 0,51	6,65 ± 0,48	p = 0,738 (NS)
EPN- Score P (émotions positives)	20,96 ± 2,67	22,96 ± 5,25	p = 0,004
EPN- Score N (émotions négatives)	80,84 ± 8,15	88,71 ± 6,08	p < 0,0001
EPN- Score S (émotions surprises)	1,36 ± 0,49	1,35 ± 0,58	p = 0,559 (NS)
EPN- Score facette joie	7,80 ± 1,33	8,62 ± 1,93	p = 0,017
EPN- Score facette tendresse	10,40 ± 1,63	11,69 ± 3,19	p = 0,004
EPN- Score facette peur	22,87 ± 2,19	23,95 ± 1,64	p = 0,017
EPN- Score facette colère	12,22 ± 2,07	18,55 ± 2,43	p < 0,0001
EPN- Score facette honte	24,58 ± 3,80	26,87 ± 3,41	p < 0,0001
EPN- Score facette tristesse	22,31 ± 2,04	21,31 ± 2,39	p = 0,004
Echelle d'intelligence émotionnelle d'Austin			
IE- score total	118,56 ± 22,83	105,25 ± 11,23	p = 0,008
IE- score régulation émotionnelle	32,62 ± 5,31	32,25 ± 3,66	p = 0,924 (NS)
IE- score évaluation émotionnelle	27,07 ± 6,70	23,55 ± 3,42	p = 0,014
IE- score utilisation émotionnelle	20,47 ± 4,04	17,04 ± 2,33	p < 0,0001

	Population dépressive de perte	Population dépressive de contrainte	Significativité
	n=55	n=55	(p)
Questionnaire abrégé de Beck (BDI-13)			
score total	21,18 ± 6,16	22,62 ± 6,73	p = 0,269 (NS)
Questionnaire de personnalité TCI-125			
Recherche de nouveauté (RN)	9,49 ± 1,68	10,44 ± 1,79	p = 0,021
RN1 - Besoin de changement	2,60 ± 0,68	2,49 ± 0,72	p = 0,242 (NS)
RN2- Impulsivité	1,93 ± 0,57	2,89 ± 0,74	p < 0,0001
RN3- Dépenses	2,44 ± 0,86	2,46 ± 0,92	p = 0,992 (NS)
RN4- Anticonformisme	2,53 ± 0,81	2,60 ± 0,89	p = 0,645 (NS)
Evitement du danger (ED)	14,33 ± 1,40	13,84 ± 1,71	p = 0,148 (NS)
ED1- Inquiétude	3,60 ± 0,91	3,49 ± 0,77	p = 0,468 (NS)
ED2- Peur de l'inconnu	3,95 ± 0,78	3,25 ± 0,82	p < 0,0001
ED3- Timidité	3,66 ± 0,75	3,13 ± 0,79	p = 0,002
ED4- Fatigabilité	3,13 ± 0,79	3,96 ± 0,79	p < 0,0001
Dépendance à la récompense (DR)	10,36 ± 1,53	9,11 ± 1,89	p = 0,001
DR1- Sentimentalité	3,53 ± 1,02	3,09 ± 1,19	p = 0,049
DR3- Attachement affectif	3,44 ± 0,90	2,98 ± 0,68	p = 0,141 (NS)
DR4- Besoin de soutien	2,07 ± 0,84	1,09 ± 0,75	p = 0,003
Persistance (P)	2,35 ± 0,80	2,91 ± 0,91	p = 0,001
Détermination (D)	13,73 ± 2,23	12,95 ± 2,18	p = 0,069 (NS)
D1- Sens des responsabilités	3,13 ± 0,77	2,58 ± 0,79	p < 0,0001
D2- Volonté d'aboutir	2,95 ± 0,85	2,64 ± 0,78	p = 0,058 (t)
D3- Ressources individuelles	2,31 ± 0,77	2,76 ± 0,92	p = 0,006
D4- Acceptation de soi	2,89 ± 0,83	2,40 ± 0,76	p = 0,004
D5- Habitudes bénéfiques	2,45 ± 0,88	2,56 ± 0,94	p = 0,438 (NS)
Coopération (C)	17,75 ± 2,95	16,29 ± 2,99	p = 0,012
C1- Tolérance sociale	4,02 ± 0,91	3,71 ± 0,89	p = 0,062 (t)
C2- Empathie	3,47 ± 0,84	3,22 ± 0,90	p = 0,105 (NS)
C3- Solidarité	3,29 ± 0,92	3,11 ± 0,92	p = 0,297 (NS)
C4- Indulgence	3,44 ± 0,98	3,13 ± 0,77	p = 0,091 (NS)
C5- Probité	3,53 ± 0,88	3,13 ± 0,98	p = 0,026
Transcendance (T)	5,60 ± 2,38	3,69 ± 1,26	p < 0,0001
T1- Sens du spirituel	2,07 ± 0,84	1,09 ± 0,75	p < 0,0001
T2- Détachement de soi	1,55 ± 1,21	0,78 ± 0,53	p = 0,001
T3- Croyance universelle	1,98 ± 0,95	1,82 ± 0,79	p = 0,181 (NS)

5.2.3. Populations dépressives liées à un motif affectif ou professionnel.

L'étude comparative des caractéristiques cliniques des populations dépressives liées à un motif affectif (n=45) ou professionnel (n=40) ne retrouve pas, selon le BDI-13, de différence significative ($p=0,930$) en terme de sévérité dépressive entre les deux populations.

L'émotionalité situationnelle, évaluée via l'EPN-31, retrouve les résultats de balance émotionnelle suivants :

- Les émotions positives (Score P), négatives (Score N) et de surprise (Score S) ne sont pas significativement différentes entre les deux populations.
- Seule la facette « colère » est plus intense au sein de la population dépressive liée à un motif professionnel ($p=0,022$).
- Les scores des émotions positives et négatives considérées individuellement retrouvent que :
 - o Les émotions négatives « colère » (EPN-7), « fureur » (EPN-15), « irritation » (EPN-19), « nervosité » (EPN-21) sont significativement plus intenses au sein de la population dépressive liée à un motif professionnel.
 - o Les émotions négatives « peur » (EPN-22), « regret » (EPN-24) et « solitude » (EPN-26) sont significativement plus intenses au sein de la population dépressive liée à un motif affectif. L'émotion « satisfaction » (EPN-25) est elle aussi significativement plus intense au sein de cette population.
 - o Les autres émotions considérées individuellement sont non significatives.

L'émotionalité dispositionnelle, évaluée via l'échelle d'intelligence émotionnelle d'Austin et al, ne retrouve pas de différence significative entre les deux populations tant en terme de score d'IE total ($p=0,356$) que pour les sous-scores d'évaluation ($p=0,356$), d'utilisation ($p=0,833$) et de régulation des émotions ($p=0,223$).

L'étude des tempéraments et caractères de la personnalité, selon le TCI-125, retrouve les résultats suivants :

- Le tempérament « persistance » (P), et « recherche de nouveauté » (RN) et ses sous dimensions ne montrent pas de différences significatives entre les deux populations.
- Le tempérament « évitement du danger » (ED) ne présente pas de résultat significatif entre les deux populations. Toutefois, la sous dimension « peur de l'inconnue » (ED2) est significativement plus élevée au sein de la population dépressive liée à un motif affectif ($p=0,031$) ; tandis que la sous dimension « fatigabilité » (ED4) est, elle, plus élevée au sein de la population dépressive liée à un motif professionnel ($p=0,013$). Les deux autres sous dimensions sont neutres.
- Le tempérament « dépendance à la récompense » (DR) est significativement plus élevé au sein de la population dépressive liée à un motif affectif ($p=0,035$). Cependant, seule la sous dimension « attachement affectif » (DR3) semble plus élevée au sein de cette population dépressive liée à un motif affectif ($p=0,052/t$) tandis que les deux autres sous dimensions sont non significatives.
- Les caractères « détermination » (D) et « coopération » (C), ainsi que leurs sous dimensions respectives, ne révèlent pas de différences significatives entre les deux populations.
- Le caractère « transcendance » (T) et ses sous dimensions « sens du spirituel » (T1) et « détachement de soi » (T2) semblent plus élevés au sein de la population dépressive liée à un motif affectif (respectivement : $p=0,064/t$, $p=0,056/t$ et $p=0,063/t$).

Tableau récapitulatif détaillé des résultats cliniques des deux populations en page suivante.

Pour rappel, légende des abréviations utilisées dans le dit tableau :

Légende :

- EPN : Emotionalité Positive et Négative
- IE : Intelligence Emotionnelle
- BDI : Beck Depression Inventory
- TCI : Temperament and Character Inventory
- (NS) : Non Significatif ; (t) : tendance

Tableau 6. Caractéristiques cliniques des populations dépressives liées à un motif affectif ou professionnel.

	Population dépressive motif affectif n=45	Population dépressive motif professionnel n=40	Significativité (p)
Questionnaire EPN-31			
EPN-1 : Affection	2,78 ± 0,60	2,53 ± 0,85	p = 0,121 (NS)
EPN-2 : Amour	2,00 ± 0,67	2,10 ± 0,87	p = 0,559 (NS)
EPN-3 : Anxiété	6,04 ± 0,98	5,88 ± 0,97	p = 0,424 (NS)
EPN-4 : Bienveillance	1,96 ± 0,48	1,90 ± 0,67	p = 0,665 (NS)
EPN-5 : Bonheur	1,53 ± 0,63	1,65 ± 0,74	p = 0,436 (NS)
EPN-6 : Chagrin	5,49 ± 1,06	5,33 ± 0,80	p = 0,419 (NS)
EPN-7 : Colère	4,09 ± 0,99	4,75 ± 1,32	p = 0,012
EPN-8 : Confusion	3,49 ± 0,97	3,35 ± 0,98	p = 0,513 (NS)
EPN-9 : Culpabilité	5,80 ± 1,01	5,45 ± 0,96	p = 0,106 (NS)
EPN-10 : Découragement	5,18 ± 1,09	5,23 ± 0,95	p = 0,832 (NS)
EPN-11 : Dégoût	4,04 ± 1,04	4,18 ± 1,36	p = 0,624 (NS)
EPN-12 : Embarras	3,93 ± 1,00	3,98 ± 1,17	p = 0,861 (NS)
EPN-13 : Etonnement	2,60 ± 0,75	2,58 ± 0,81	p = 0,884 (NS)
EPN-14 : Fierté	1,04 ± 0,21	1,03 ± 0,16	p = 0,627 (NS)
EPN-15 : Fureur	1,27 ± 0,58	1,68 ± 0,86	p = 0,014
EPN-16 : Honte	3,36 ± 1,23	3,70 ± 1,02	p = 0,161 (NS)
EPN-17 : Humiliation	3,78 ± 1,04	3,88 ± 0,99	p = 0,661 (NS)
EPN-18 : Inquiétude	6,51 ± 0,92	6,63 ± 0,59	p = 0,493 (NS)
EPN-19 : Irritation	4,56 ± 1,32	5,30 ± 1,47	p = 0,017
EPN-20 : Joie	1,98 ± 0,58	2,18 ± 0,55	p = 0,112 (NS)
EPN-21 : Nervosité	4,62 ± 1,37	5,38 ± 1,55	p = 0,021
EPN-22 : Peur	5,82 ± 0,94	5,43 ± 0,90	p = 0,050
EPN-23 : Plaisir	2,13 ± 0,99	2,13 ± 0,65	p = 0,963 (NS)
EPN-24 : Regret	5,38 ± 0,94	4,98 ± 1,00	p = 0,060 (t)
EPN-25 : Satisfaction	1,69 ± 0,56	1,38 ± 0,49	p = 0,007
EPN-26 : Solitude	4,56 ± 0,97	3,90 ± 1,01	p = 0,003
EPN-27 : Surprise	2,93 ± 0,94	2,73 ± 0,91	p = 0,301 (NS)
EPN-28 : Stupéfaction	1,36 ± 0,48	1,35 ± 0,53	p = 0,960 (NS)
EPN-29 : Sympathie	2,27 ± 0,49	2,15 ± 0,53	p = 0,301 (NS)
EPN-30 : Tendresse	2,24 ± 0,71	2,23 ± 0,70	p = 0,899 (NS)
EPN-31 : Tristesse	6,62 ± 0,49	6,63 ± 0,54	p = 0,980 (NS)
EPN- Score P (émotions positives)	22,49 ± 3,51	21,90 ± 4,19	p = 0,487 (NS)
EPN- Score N (émotions négatives)	83,27 ± 8,18	83,93 ± 7,53	p = 0,700 (NS)
EPN- Score S (émotions surprises)	1,36 ± 0,48	1,35 ± 0,53	p = 0,960 (NS)
EPN- Score facette joie	8,38 ± 1,60	8,35 ± 1,61	p = 0,937 (NS)
EPN- Score facette tendresse	11,24 ± 1,93	10,90 ± 2,65	p = 0,500 (NS)
EPN- Score facette peur	23,00 ± 2,19	23,30 ± 1,70	p = 0,479 (NS)
EPN- Score facette colère	13,96 ± 3,00	15,90 ± 4,40	p = 0,022
EPN- Score facette honte	25,73 ± 3,94	25,33 ± 3,25	p = 0,602 (NS)
EPN- Score facette tristesse	21,84 ± 2,26	21,08 ± 1,85	p = 0,088 (NS)
Echelle d'intelligence émotionnelle d'Austin			
IE- score total	112,20 ± 19,54	116,10 ± 19,11	p = 0,356 (NS)
IE- score régulation émotionnelle	32,20 ± 4,89	33,43 ± 4,31	p = 0,223 (NS)
IE- score évaluation émotionnelle	25,29 ± 5,67	26,45 ± 5,83	p = 0,356 (NS)
IE- score utilisation émotionnelle	19,16 ± 3,91	19,33 ± 3,46	p = 0,833 (NS)

	Population dépressive motif affectif	Population dépressive motif professionnel	Significativité
	n=45	n=40	(p)
Questionnaire abrégé de Beck (BDI-13)			
score total	21,29 ± 6,17	21,18 ± 5,73	p = 0,930 (NS)
Questionnaire de personnalité TCI-125			
Recherche de nouveauté (RN)	10,00 ± 1,72	9,55 ± 1,83	p = 0,437 (NS)
RN1- Besoin de changement	2,58 ± 0,66	2,50 ± 0,75	p = 0,615 (NS)
RN2- Impulsivité	2,20 ± 0,84	2,45 ± 0,71	p = 0,143 (NS)
RN3- Dépenses	2,64 ± 0,77	2,40 ± 0,90	p = 0,186 (NS)
RN4- Anticonformisme	2,58 ± 0,86	2,35 ± 0,80	p = 0,212 (NS)
Evitement du danger (ED)	14,57 ± 1,45	14,05 ± 1,60	p = 0,133 (NS)
ED1- Inquiétude	3,69 ± 0,85	3,38 ± 0,87	p = 0,096 (NS)
ED2- Peur de l'inconnu	3,91 ± 0,87	3,53 ± 0,75	p = 0,031
ED3- Timidité	3,64 ± 0,80	3,35 ± 0,80	p = 0,095 (NS)
ED4- Fatigabilité	3,31 ± 0,93	3,80 ± 0,85	p = 0,013
Dépendance à la récompense (DR)	10,38 ± 1,72	9,55 ± 1,83	p = 0,035
DR1- Sentimentalité	3,58 ± 1,06	3,38 ± 1,13	p = 0,396 (NS)
DR3- Attachement affectif	3,51 ± 0,76	3,07 ± 1,25	p = 0,052 (t)
DR4- Besoin de soutien	3,29 ± 0,82	3,10 ± 0,84	p = 0,298 (NS)
Persistence (P)	2,67 ± 1,04	2,58 ± 0,84	p = 0,656 (NS)
Détermination (D)	13,49 ± 2,23	13,43 ± 2,49	p = 0,902 (NS)
D1- Sens des responsabilités	3,00 ± 0,80	2,80 ± 0,79	p = 0,250 (NS)
D2- Volonté d'aboutir	2,78 ± 0,88	2,93 ± 0,83	p = 0,428 (NS)
D3- Ressources individuelles	2,49 ± 0,90	2,63 ± 0,90	p = 0,487 (NS)
D4- Acceptation de soi	2,67 ± 0,77	2,55 ± 0,93	p = 0,534 (NS)
D5- Habitudes bénéfiques	2,56 ± 0,89	2,53 ± 0,99	p = 0,882 (NS)
Coopération (C)	17,56 ± 2,79	17,00 ± 3,28	p = 0,406 (NS)
C1- Tolérance sociale	3,98 ± 0,78	3,85 ± 1,03	p = 0,525 (NS)
C2- Empathie	3,53 ± 0,84	3,28 ± 0,88	p = 0,171 (NS)
C3- Solidarité	3,18 ± 0,83	3,28 ± 1,01	p = 0,633 (NS)
C4- Indulgence	3,42 ± 0,94	3,25 ± 0,90	p = 0,391 (NS)
C5- Probité	3,44 ± 0,92	3,35 ± 0,98	p = 0,648 (NS)
Transcendance (T)	5,18 ± 2,38	4,33 ± 1,80	p = 0,064 (t)
T1- Sens du spirituel	1,87 ± 1,01	1,48 ± 0,85	p = 0,056 (t)
T2- Détachement de soi	1,38 ± 1,15	0,98 ± 0,80	p = 0,063 (t)
T3- Croyance universelle	1,93 ± 0,78	1,88 ± 0,94	p = 0,758 (NS)

5.3. Caractéristiques cliniques via corrélation de Pearson de la population dépressive totale.

L'analyse par corrélation de Pearson des différentes variables de notre étude au sein de la population dépressive totale permet de mettre en évidence les résultats principaux suivants :

- Une corrélation négative modérée ($r = -0,278$; $p < 0,001$) entre le score P d'émotions positives et le score N d'émotions négatives.
- Une corrélation positive forte ($r = 0,565$; $p < 0,001$) entre la variable Age et le score total du BDI-13.
- Une corrélation négative forte ($r = -0,748$; $p < 0,001$) entre le score N d'émotions négatives et le score total d'IE ainsi qu'avec l'ensemble de ses sous dimensions. La corrélation négative la plus forte est retrouvée avec la sous dimension régulation ($r = -0,872$; $p < 0,001$).
- Une corrélation positive forte ($r = 0,587$; $p = 0,004$) entre le score P d'émotions positives et le score total d'IE ainsi qu'avec l'ensemble de ses sous dimensions. La corrélation positive la plus forte est retrouvée avec la sous dimension régulation ($r = 0,679$; $p = 0,004$).
- Une corrélation positive forte ($r = 0,929$; $p < 0,001$) entre le score total du BDI-13 et le score N d'émotions négatives ; et une corrélation négative forte ($r = -0,535$; $p < 0,001$) avec le score P d'émotions positives. Le score total du BDI-13 est également corrélé de façon négative avec le score total d'IE ($r = -0,817$; $p < 0,001$) ainsi qu'avec chacune de ses sous dimensions. La corrélation négative la plus forte est retrouvée avec la sous dimension régulation ($r = -0,912$; $p < 0,001$).
- Une corrélation positive forte ($r = 0,545$; $p < 0,001$) entre le tempérament évitement du danger et le score N d'émotions négatives ; tandis que la corrélation ED/Score P d'émotions positives est non significative. L'évitement du danger est modérément corrélé de façon négative au score total d'IE ($r = -0,401$; $p < 0,001$) ainsi qu'avec l'ensemble de ses sous dimensions. Enfin, l'évitement du danger est corrélé positivement au score total du BDI-13 ($r = 0,551$; $p < 0,001$).
- Les trois caractères (Détermination, Coopération, Transcendance) sont corrélés négativement avec le score BDI-13 et le score N d'émotions négatives ; et positivement avec le score P d'émotions positives (sauf T), le score total d'IE et ses sous dimensions (sauf T // IE évaluation).

Tableau 7. Analyse via corrélation de Pearson des caractéristiques cliniques de la population dépressive totale.

		Emo négative (Score N)	Emo positive (Score P)	IE total	IE Régul	IE évaluation	IE Utilisation	BECK TOTAL	RN	DR	ED	D	C	T	P	Age	
Emo négative (Score N)	Rho	1															
	P		-,278**														
	N		,000														
Emo positive (Score P)	Rho		1														
	P			,587**													
	N			,004													
IE total	Rho			1													
	P				,893												
	N				,000												
IE Régul	Rho				1												
	P					,764											
	N					,000											
IE évaluation	Rho					1											
	P						,749										
	N						,000										
IE Utilisation	Rho						1										
	P							,600									
	N							,000									
BECK TOTAL	Rho							1									
	P								,082								
	N								,211								
RN	Rho								1								
	P									-,043							
	N									,515							
DR	Rho									1							
	P										,040						
	N										,538						
ED	Rho										1						
	P											-,266					
	N											,000					
D	Rho											1					
	P												,508				
	N												,000				
C	Rho												1				
	P													,111			
	N													,088			
T	Rho													1			
	P														-,092		
	N														,506		
P	Rho														1		
	P															-,128	
	N															,352	
Age	Rho															1	
	P																-,422**
	N																,000
	P																,152
	N																,110
	P																,145
	N																-,339
	P																,292
	N																,110
	P																,214
	N																-,422**
	P																,117
	N																,110
	P																,206
	N																-,381**
	P																,131
	N																,004
	P																,167
	N																-,476**
	P																,224
	N																,000
	P																,141
	N																,303
	P																,169
	N																,217
	P																,110
	N																,112
	P																-,308*
	N																,022
	P																,110
	N																,110
	P																,190
	N																,002
	P																,112
	N																,414
	P																,110
	N																,110
	P																,566**
	N																,000
	P																,110
	N																-,414**
	P																,110
	N																,110
	P																,110
	N																,110

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).
 * . La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

6. Discussion

Cette étude fixait comme objectif principal une caractérisation des variables de personnalité et d'émotivité, tant situationnelle que dispositionnelle, entre sujets dépressifs et sujets « contrôle » ; puis la recherche d'éventuels patterns dimensionnels distincts en termes d'émotivité et de personnalité au sein de la population dépressive via deux sous-catégorisation : « dépression de perte » versus « dépression de contrainte » et « dépression liée à un motif affectif » versus « dépression liée à un motif professionnel ».

Les résultats retrouvés fournissent des éléments de réponse intéressants en regard de ces objectifs ; toutefois il convient en première intention de considérer les biais et limites relatifs à notre protocole d'étude afin d'interpréter au mieux ces résultats.

6.1. Biais et limites de l'étude.

Cette étude repose sur un protocole observationnel selon une modalité comparative type « cas-témoins ». Ce choix d'étude repose sur la prise en compte des contraintes logistiques et des hypothèses scientifiques formulées : le délai alloué au recrutement, le nombre de sujets à inclure, l'approche exploratoire considérant plusieurs facteurs précipitants (perte, contrainte, motif affectif, motif professionnel), et les données relatives à la prévalence et incidence de la maladie dépressive ne nous permettant pas d'envisager une étude type « enquête de cohorte ». Le niveau de preuve scientifique d'une étude « cas-témoins » est relativement faible (grade III) mais ce type d'étude reste tout de même contributif et intéressant ; leur place prépondérante dans la littérature scientifique actuelle l'illustre notamment.

Ce type d'étude observationnelle expose cependant à plusieurs biais potentiels qu'il convient de considérer.

Le protocole d'étude mis en place repose en premier lieu sur l'utilisation de quatre auto-questionnaires : le TCI-125, l'EPN-31, le BDI-13 et l'échelle d'intelligence émotionnelle d'Austin ; l'ensemble de ces questionnaires ont été validés scientifiquement (cf 4.3.2). L'utilisation d'auto-questionnaires en recherche clinique est d'usage fréquent et contributif ; toutefois il est notable et reconnu que l'emploi de ces derniers expose au biais classique de désirabilité sociale. Ce biais renvoie à la notion de représentation sociale d'un individu : de façon inconsciente ou délibéré, un sujet considérera les réponses proposées aux différentes questions en fonction de l'appréciation subjective de son état mais aussi en fonction de

l'impact sociale qu'elles peuvent impliquer. De sortes, face à son questionnaire, un sujet pourra être tenté d'adapter ses choix de réponses pour ne pas s'éloigner de ce qu'il considère comme la « norme ». Ce biais en faveur de réponse plus « socialement désirable » reste difficilement contrôlable ; toutefois certains auteurs atténuent ce dernier en le considérant comme un « élément de réponse » en soi à l'image de McCrae et Costa [508] en regard de la personnalité.

Par ailleurs, l'utilisation d'auto-questionnaires nous impose de considérer également un biais « état » ou plus exactement un « effet état » sur les réponses formulées par les sujets. En effet, comme nous l'avons avancé précédemment, le choix de la réponse d'un sujet dépend de l'appréciation de son ressenti subjectif ; or cette auto-perception d'un sujet peut être notablement influencée par les dispositions psychiques de ce dernier au moment de la passation. Cette influence s'entend plus particulièrement pour le sujet dépressif du fait de l'impact cognitif, conatif et affectif de la maladie dépressive ; l'ensemble pouvant induire un effet de congruence des réponses à l'humeur dépressive. Cet effet « état » ne sera pas à considérer comme un biais en regard des questionnaires EPN-31 et BDI-13 puisque ceux-ci sont dédiés justement à l'évaluation *ex tempo* respectivement de la balance émotionnelle et de l'humeur dépressive. A l'inverse, l'échelle d'intelligence émotionnelle d'Austin et le TCI-125 doivent permettre l'évaluation « trait » respectivement de l'émotivité dispositionnelle et de la personnalité ; c'est-à-dire en termes de prédisposition *relativement* durable et stable. Même si les consignes de passation de ces questionnaires ont été oralement explicitées aux différents sujets, notamment la notion de choix de la réponse selon son vécu général et habituel et pas seulement « actuel », il ne peut être exclu une influence « état » notamment chez le sujet dépressif. Nous retiendrons donc cet effet « état » lors de l'interprétation de nos résultats ci-après.

Vis-à-vis des conditions de passation des auto-questionnaires, nous avons fait le choix d'une passation directe le jour même de l'inclusion : les sujets devaient remplir l'ensemble des questionnaires *en continu*, seul, mais sans limite de temps pour autant. Ce choix permet d'éviter un « remplissage » fractionné, différé en plusieurs temps, pouvant être une source d'abandon, de sollicitation externe, ou de réévaluation des réponses, (cf : biais de « désirabilité sociale ») ; il permet ainsi de favoriser des réponses plus spontanées. La contrepartie est un risque de perte d'attention et de concentration compte tenu du nombre de questions soumises (210 au total) ; notamment pour les sujets dépressifs. A titre indicatif, le temps moyen de passation était approximativement d'une heure. Toutefois, l'ensemble des sujets ont accompli la démarche sans abandon. Par ailleurs, les sujets dépressifs ont souvent fait part de « questionnement introspectif » suscité par certaines questions lors des

entretiens de suivi ultérieur ce qui témoigne de façon empirique d'un bon investissement de ces derniers.

Il est à noter qu'aucun sujet n'avait relaté avoir déjà passé ces questionnaires (limitant le biais de mémorisation lié à une passation antérieure).

Le recueil de données de l'étude prévoyait en parallèle trois questionnaires à remplir par le médecin investigateur :

- Questionnaire relatif aux antécédents et données sociodémographiques du sujet.
- Questionnaire des critères DSM IV-TR EDM
- Questionnaire de détermination du facteur précipitant associé à l'épisode dépressif.

En considérant le fait qu'un seul investigateur est intervenu (*moi-même*), on peut exclure le biais de subjectivité interindividuelle.

Vis-à-vis du biais de subjectivité «*intra*» individuelle, on peut le considérer comme « limité » en regards du questionnaire DSM IV-TR EDM : ce dernier représente la référence actuelle en termes de détermination catégorielle d'un épisode dépressif caractérisé ; et est par conséquent d'usage quasi quotidien pour tout psychiatre. Enfin, une *confirmation* via le score d'intensité dépressive du BDI-13 était opérée.

Le questionnaire de détermination du facteur précipitant est quant à lui d'usage moins fréquent. Elaboré par le professeur J-P Clément et les docteurs C Dumont [525] et G Monnier [157], il représente un outil original et novateur dans l'approche du facteur précipitant d'un épisode dépressif puisqu'il permet d'envisager une sous catégorisation des épisodes dépressifs selon une modalité de perte ou de contrainte « élargie » : la contrainte s'entend en effet au-delà du classique domaine du burn out professionnel, car incluant les domaines affectif, familial, social, et la santé ; la perte étant considérée au travers des prismes affectif, professionnel mais aussi du statut, de l'identité physique et de l'idéal de vie. La détermination du facteur perte ou contrainte a cependant nécessité des précautions : elle ne se faisait qu'au terme de l'entretien initial du sujet dépressif après une analyse *rigoureuse* de l'anamnèse de l'épisode dépressif et en se basant sur les critères propre à chaque modalité (cf : illustration 5. Modèle des facteurs précipitants/déclenchants). Au décours de l'analyse de l'histoire de la maladie, chacune des deux modalités a systématiquement été recherchée notamment du fait de l'éventualité d'un modèle mixte (cf. chapitre 3.4.5.4) ; et pour limiter un biais « d'influence » de la part des sujets dépressifs : ces derniers pouvant mettre en place de façon compréhensible une stratégie défensive de rationalisation plus ou

moins adaptée de leur état via focalisation sur un événement de vie spécifique (que l'on peut qualifier d'évènement « bouc émissaire ») mais qui se révèle, après analyse, mineure ou en décalage de l'anamnèse proprement dite. Le choix de patient primo-dépressif présentait également l'avantage de limiter un biais de remémoration d'évènement de vie antérieur ayant déclenché un épisode dépressif préalable ; et donc de « faciliter » la détermination de l'évènement associé à l'épisode actuel.

Enfin, une étude observationnelle impose des précautions méthodologiques rigoureuses en regard du recrutement des sujets afin de limiter en particulier l'écueil majeur des biais de « sélection » et de « confusion ». Notre étude s'est attachée à respecter au mieux ces prérogatives mais certaines limites n'ont pu être évitées.

A ce titre, nous devons considérer que l'ensemble de notre recrutement s'est fait sur la base du volontariat tant pour les sujets « cas » que « contrôle » après une présentation générale de notre étude et remise d'une lettre explicative. Pour respecter un cadre éthique et médico-légale, un accord de consentement écrit était rempli systématiquement par chaque sujet. Un biais lié au « volontariat » ne peut donc être exclu.

Vis-à-vis du recrutement des sujets « cas », trois éléments directifs princeps ont guidés ce dernier :

- Une définition précise des « cas » : notre population « cible » étant les sujets dépressifs, il a été retenu les critères DSM IV-TR EDM (cf. chapitre 3.3.2.2.2) car ils constituent la référence actuelle en termes de détermination d'un épisode dépressif. Toutefois les patients en situation de deuil, présentant les critères DSM4-TR EDM, évalués dans un délai inférieur à 2 mois, ont été inclus dans cette étude en regard des critiques abordées vis-à-vis de ce critère d'exclusion de l'approche catégorielle du DSM4-TR EDM (cf. chapitre 2.3.2.3.1.1) ; et compte tenu de l'un des objectifs de notre étude visant à étudier l'association entre facteurs précipitants et les variables de dépression, personnalité et émotionnalité.

Le score total à l'échelle de Beck retrouve une moyenne de $21,9 \pm 6,5$ pour les sujets dépressifs totaux ; permettant une confirmation *externe* de la maladie dépressive.

Le choix d'inclure électivement des sujets primo-dépressifs avait pour objectif de constituer un groupe « homogène » vis-à-vis de l'exposition aux facteurs précipitants ; afin de limiter un biais lié au phénomène de « vulnérabilisation dépressive acquise » (cf. chapitre 3.4.2.3.). En effet, les études consacrées au *kindling phenomenon* [464] [463] et à ses conséquences vis-à-vis de la

vulnérabilité aux évènements de vie [465] [466] [467] démontre clairement que l'augmentation du nombre d'épisodes dépressifs est associée à une diminution progressive et linéaire du poids des évènements de vie stressants susceptibles de déclencher un nouvel épisode. Inclure des patients dépressifs ayant un « vulnérabilité dépressive acquise » différente représentait ainsi un facteur de confusion notable pour notre étude de l'association entre facteurs précipitants et dimensions de personnalité et d'émotivité entre sujets dépressifs. A ce titre, on ne peut exclure pour notre étude un biais lié à une « vulnérabilisation antérieure infraclinique » ; l'adjonction à notre protocole d'étude d'un questionnaire d'évènement de vie antérieure type EVE [509] aurait pu s'avérer contributif à cet effet.

L'exclusion des patients sous traitement psychotrope avant l'évaluation initiale, ou exposés à des substances dépressogènes ou toxiques visait à limiter un biais « pharmaco-induit » dans les réponses.

Le recrutement de patient primo-dépressif sans traitement psychotrope préalable a été facilité par la mise en place de créneau de consultation dédiée (afin de limiter le temps d'attente) et via coordination et information auprès des médecins adresseurs.

Enfin le critère d'exclusion des patients présentant un modèle mixte de facteur précipitant (perte+contrainte) représente à posteriori une erreur méthodologique ; puisque limitant la représentativité de l'échantillon dépressif total. A noter toutefois, que seul 9 patients ont été identifiés comme présentant un modèle mixte au décours de notre recrutement pour un total de 110 patients dépressifs inclus. Le biais induit peut donc être considéré comme « limité ».

- Le nombre de sujets « cas » à inclure : ce critère conditionne en effet la puissance de l'étude et par conséquent la probabilité de mettre en évidence une éventuelle association statistiquement significative. Via une revue de la littérature, et en se référant aux tables publiées [510], le nombre estimé au préalable de sujets à inclure était de 30 à 40 pour chaque sous catégorisation. Notre recrutement a pu atteindre ces objectifs ; toutefois nous concédons que nos échantillons restent limités et que cela a pu influencer sur la valeur de nos résultats.
- La diversification des lieux de recrutement : afin d'assurer au mieux la représentativité de la population cible = sujets dépressifs ; notre recrutement s'est

opéré en trois lieux distincts. Pour rappel : cabinet de psychiatrie générale sur Montpellier (urbain), cabinet de psychiatrie générale sur Castries (semi-rural), clinique psychiatrique de Quissac (rural) : patients hospitalisés et consultations ambulatoires. Ces différents lieux de recrutement ont pu permettre de limiter le biais de sélection (notamment un biais de sélection basé exclusivement sur une admission hospitalière ou ambulatoire).

Le recrutement des sujets « contrôle » s'est fondé sur trois critères [511] :

- Inclusion de sujets indemnes de la maladie : ce critère paraît relativement évident et intuitif mais s'est avéré en pratique plus difficile qu'attendu à valider notamment lorsque l'on aborde la thématique de la maladie dépressive auprès de personnes tierces. A cet effet, un entretien bref était conduit initialement à la recherche d'élément en faveur d'une maladie dépressive aiguë (basée sur des questions simples et indirectes). Cet entretien était ensuite complété par le recueil des antécédents du sujet (consultation, hospitalisation préalable pour une *souffrance psychologique* ? Prise de traitement psychotrope en cours ou antérieur ?). Enfin, l'absence de dépressivité était validée en cas de score total à l'échelle de Beck inférieur à 5 (score moyen des sujets contrôles = $1,83 \pm 1,2$). Même si l'on ne peut exclure des réponses non sincères de la part de certains sujets contrôles ; l'ensemble de ces dispositions permet tout de même de considérer l'échantillon comme indemne de la maladie.
- Nombre et caractéristiques des sujets contrôles à inclure : les données de la littérature [511] prévoient au minimum un ratio cas/contrôle de 1:1 et idéalement de 1:4. Le recrutement de nos sujets contrôles totalise seulement 125 sujets pour 110 dépressifs. Nous respectons ainsi le ratio minimum 1:1 ; mais nous devons concéder une perte de puissance statistique.

Considérant les facteurs de confusion de l'âge et du sexe en regard de la dépression : prévalence plus élevée de la dépression chez les femmes (entre 1,5 et 3 fois) [246] [247] [248] [249] et selon les classes d'âge (50% des premiers EDM s'occurrent entre 19 et 38 ans selon l'enquête ANADEP) [245], un appariement selon ces facteurs sexe et âge a été réalisé entre le groupe contrôle et dépressif total. Cet appariement est valable puisqu'il n'est pas retrouvé de différence statistiquement significative en termes de sexe ($p=0,996$) et d'âge

($p=0,969$) entre les deux populations et que la distribution en classe d'âge est proportionnellement similaire.

- Diversification des lieux de recrutement : afin d'assurer au mieux la représentativité de la population générale non malade, le recrutement des sujets contrôles s'est opéré en différents lieux distincts : personnels du centre hospitalier Esquirol (IDE, ASH, AS, Secrétaires, Médecins et Internes), proches, sujets recrutés lors de voyages ferroviaires, faculté des sciences UPS-Toulouse, amicale des anciens du quartier des Récollets, vétérans du club de foot amateur de Balma-Gramont, commerçants, employés d'une usine agro-alimentaire, et d'une société de service. Ces différents lieux de recrutement ont pu permettre de limiter le biais de sélection (biais de sélection de « niche »).

Au terme du recrutement de nos sujets contrôles, nous nous sommes posé la question de la représentativité de notre échantillon vis-à-vis de la population générale en regard des dimensions d'émotivité et de personnalité.

Il n'existe cependant pas à notre connaissance de *data normatif* validé en population française non clinique pour les échelles EPN-31 et Austin.

En effet, pour l'EPN-31, l'étude de Rolland et Fruyt [322] réalisée en population non clinique ne peut être retenue car réalisée sur un échantillon exclusivement masculin (sujets militaires). A titre indicatif, les seules valeurs de référence pour l'EPN-31 en population générale dont nous disposons sont celles citées par Pelissolo [522] relative à une étude en cours (non publiée à ce jour) dans un groupe de 100 étudiants (âge moyen : $26,3 \pm 9,2$) : Score P = $70,1 \pm 16,0$ et Score N = $32,0 \pm 14,3$. Notre échantillon présente un Score N assez proche (= $35,12 \pm 4,55$) mais un Score P très inférieur (= $49,50 \pm 6,49$) ; toutefois il convient de considérer les différences fortes en termes de recrutement entre les deux échantillons (âge moyen et catégorie socioprofessionnelle).

Pour l'échelle d'Austin, Hansenne et Bianchi [258] ont constitué pour leur étude un groupe contrôle de 54 sujets belges recrutés parmi le personnel universitaire (âge moyen = $44,5 \pm 8,7$) qui présentaient les scores suivants : IE-score total = $153,2 \pm 14,6$; IE-score régulation = $47,9 \pm 5,5$; IE-score évaluation = $38,2 \pm 5,8$; IE-score utilisation = $20,2 \pm 2,9$. Là encore la comparaison avec les résultats de notre échantillon contrôle n'est qu'illustrative considérant les différences de recrutement, mais on peut constater des résultats assez proches.

En regard du TCI-125, à titre de comparaison illustrative, nous nous référerons aux données de Chakroun et al [507], Vandamme et al [523] et Pericaud et Clément [524] (respectivement Illustrations 6, 7, et 8). Les résultats de nos sujets contrôles restent dans les moyennes définies.

6.2. Discussion des résultats des groupes contrôle et dépressif totaux.

Cette étude, en dépit des biais précédemment évoqués, fournit des informations intéressantes en regard des dimensions d'émotivité et de personnalité entre sujets contrôles et sujets dépressifs.

De façon attendue, il n'est pas constaté de différence significative en termes d'âge et de sexe entre les deux populations considérées puisqu'un appariement a été opéré entre les deux groupes afin de limiter ces facteurs de confusion.

Toutefois, d'un point de vue descriptif, vis-à-vis de notre échantillon de sujets primo-dépressifs total (n=110), on constate une moyenne d'âge de survenue du premier épisode dépressif de 44,6 ans. En comparaison, l'enquête ANADEP [245] retrouvait un âge moyen de survenue du premier épisode dépressif de 30 ans proche des résultats d'une enquête en population générale allemande [512] qui retrouvait un âge moyen de 31 ans. A contrario, une étude américaine [513] constatait un âge moyen de survenue des premiers troubles dépressifs plus précoce (estimé à 24 ans). Notre effectif semble ainsi présenter un âge moyen supérieur aux études citées ; toutefois cette différence est à pondérer en considérant les méthodologies différentes employées : pour exemple, l'étude ANADEP est basée sur un recueil de donnée via sondage téléphonique, à partir d'un algorithme de questions auprès d'un échantillon général représentatif de personnes âgées de 15 à 75 ans. Notre étude a, elle, recruté des sujets primo-dépressifs via consultation directe avec un soignant ; n'a pas inclus de sujets mineurs mais à l'inverse a permis d'inclure 5 sujets de plus de 75 ans. L'ensemble de ces différences peut expliquer notre moyenne d'âge supérieure.

En parallèle, on retrouve cependant des résultats concordants puisque 52,7% de nos sujets inclus présentent leur premier épisode dépressif entre 18 et 45 ans tandis que l'étude ANADEP retrouve que la moitié des premiers épisodes se situent entre 19 et 38 ans. De façon similaire, 36,4% de nos sujets primo-dépressifs ont entre 45 et 65 ans et 10,9% ont plus de 65 ans ; contre 41% entre 38 et 60 ans et 9% après 60 ans pour l'enquête ANADEP. Les distributions en classe d'âge semblent ainsi relativement superposables. L'ensemble permet ainsi d'avancer que la pathologie dépressive survient plutôt au début de

l'âge adulte mais qu'inversement, l'avance en âge sans survenue d'EDM qui classiquement semblait un facteur protecteur peut être sujet à caution. L'avance en âge confronte en effet le sujet à de multiples facteurs de stress psychosociaux (baisse de ses performances cognitives, diminution de ses capacités sensorielles, réduction de ses activités sociales, modification de son statut, succession de pertes et de ruptures, arrêt de l'activité professionnelle, réduction de son réseau relationnel) favorisant l'émergence du trouble dépressif [528] [270] même en l'absence d'antécédent dépressif préalable.

A ce titre, la corrélation positive entre la variable d'âge et de sévérité dépressive (score BDI-13) retrouvée dans notre étude préfigure par ailleurs que ces sujets âgés sont plus susceptibles de faire des épisodes dépressifs d'intensité plus sévère ; ces données sont en accords avec les études de prévalence du trouble dépressif chez la personne âgée [527] [529]. Enfin la létalité majeure des passages à l'acte auto agressif du sujet âgé vient appuyer l'enjeu majeur de la reconnaissance et prise en charge adaptée de cette problématique dépressive du sujet âgé [529] [530].

« Plus on vieillit, plus on se suicide et plus le suicide a des chances de réussir » P.Thomas.

Notre population dépressive totale présente par ailleurs une prédominance de femmes (55,5%) par rapport aux sujets masculins (44,5%). Cette répartition s'accorde avec les données classiques de la littérature retrouvant une prévalence de la dépression constamment plus élevée chez la femme [246] [247] [248] [249]. Toutefois, le ratio de notre étude est d'environ 1,25 contre des ratios variant de 1,5 à 3 dans la littérature ; ce plus faible ratio peut s'expliquer par la taille restreinte de notre échantillon mais également par notre recrutement électif de sujets primo-dépressifs. En effet les données de prévalence des études précédemment citées évaluent par définition le nombre de « cas » dépressif à un instant donné indépendamment de la présence ou non d'antécédent dépressif ; or les troubles dépressifs s'inscrivent dans trois quarts des cas dans un processus récurrent [514] où il est observé une forte prédominance féminine : jusqu'à 76% au-delà du quatrième épisode selon l'enquête ACTUEL [467]. L'étude de Jacobi et al [512] retrouve, elle, un ratio de 1,4 entre homme et femme primo-dépressifs ce qui reste assez proche des résultats de notre étude. Au final, on peut avancer avec prudence que la répartition homme-femme lors du premier épisode dépressif semble marquée par une prédominance féminine mais finalement moindre que les données de prévalence générale.

L'étude des caractéristiques sociodémographiques, autres que le sexe et l'âge, met en évidence dans notre étude une prédominance significative du critère « marié(e) » chez l'échantillon contrôle. Ce résultat semble conforme aux données de la littérature.

Le statut matrimonial est en effet étroitement lié au risque d'épisode dépressif : le tissu familial et relationnel diminue le risque de survenue d'un trouble dépressif (facteur d'étayage protecteur) tandis qu'à l'inverse un épisode dépressif peut provoquer ou aggraver des situations d'isolement ou d'exclusion. L'enquête Santé mentale en population générale (SMPG) [515], l'enquête Baromètre Santé [517] et enfin l'enquête décennal Santé [516] mettent toutes trois en lumière une gradation nette entre l'isolement familial et le risque d'épisode dépressif : la prévalence de l'épisode dépressif des personnes mariées est de quatre points inférieure à celle des personnes qui ne le sont pas dans chacune de ces études. Selon ces mêmes études, les personnes vivant en couple sans être mariées sont également moins exposées au risque dépressif que les célibataires. Ainsi un célibataire présente un risque de vivre un épisode dépressif entre 1,5 et 2,4 fois plus élevé que pour une personne mariée [515] [516]. L'enquête ANADEP [245] retrouve également des résultats similaires.

L'association significative du critère « marié(e) » et la prédominance du critère « couple » (constaté via un regroupement observationnel) vis-à-vis de l'échantillon contrôle sont donc cohérentes.

Le critère « ruralité », associé significativement à notre population dépressive totale, était classiquement identifié comme facteur de risque vis-à-vis de la dépression dans la littérature. Ainsi l'étude INSEE-CREDES [518] sur la santé et les soins médicaux montrait en 1992 une augmentation du taux de dépressifs déclarés selon la taille de la commune ; les facteurs explicatifs avancés étaient une moindre densité du réseau de soin (d'où retard à la prise en charge et acutisation des troubles dépressifs) et une plus grande précarité (financière et sociale) en milieu rural. Toutefois nombres d'études plus récentes viennent infirmer cette association entre « ruralité » et dépression. Ainsi l'enquête de Le Pape et Lecomte [247] dès 1999 ne retrouvent pas d'influence de la région sur la prévalence de la dépression ; l'enquête ANADEP et ESEMed [248] ne mettent pas non plus en évidence de différences significatives dans les prévalences de l'EDM selon la région d'habitation ni selon la taille de la commune de résidence. Plus encore, les enquêtes NEMESIS [246] et National Psychiatric Morbidity Surveys of Great Britain [519] mettent en évidence une prévalence de la dépression d'environ un tiers moins élevée en milieu rural qu'en milieu urbain.

Au final, face à ces résultats disparates, Ayuso-Mateos et al [520] avance finalement que le critère « lieu de vie » serait fortement influencé par une variable de confusion qui serait la

distribution socioéconomiques des populations étudiées. Or en France, il a pu être observé un phénomène de revitalisation des zones rurales par afflux de sujets urbains ces dernières années (coût de l'habitat en zone urbaine, recherche de « qualité de vie ») ; d'où un potentiel rééquilibrage socioéconomique entre population urbaine et rurale.

Ainsi l'association « ruralité » et dépression doit être analysé avec précaution ; et du fait de l'absence de redressement de nos données sur le lieu de vie selon le niveau socioéconomique, notre résultat même s'il apparaît significatif ne peut être retenu.

En regard des critères « niveau culturel » et « catégorie socio-professionnelle », nous n'avons pu établir de différences significatives (du fait d'effectifs trop faibles). Seule une analyse descriptive par regroupement observationnel a pu être opérée ; cette dernière retrouvant une distribution relativement équivalente pour ces deux critères au sein des deux populations. Les résultats des études de références portant sur l'association entre dépression et « statut socioéconomique » sont là encore complexes. Même si la méta-analyse de Lorant et al [521] portant sur 56 études démontre que les individus de classe socioéconomique défavorable avaient un odds-ratio de 1,8 pour une dépression comparativement aux sujets des classes les plus élevées ; les études précédemment citées font apparaître des résultats plus contrastés. Nous réaborderons ces nuances lors des discussions relatives à nos résultats issus des analyses comparatives via sous catégorisation dépressive.

En regard des caractéristiques cliniques d'émotivité et de personnalité, notre analyse comparative entre sujets contrôles et dépressifs totaux retrouvent des résultats significatifs en accords avec notre hypothèse principale : la dépression est associée à un impact significatif sur les variables de balance et compétences émotionnelles ainsi que de personnalité.

La balance émotionnelle des sujets dépressifs présentent ainsi une dichotomie nette et significative : les affects positifs sont moins intenses tandis que les affects négatifs sont significativement plus élevés (comparativement aux sujets contrôles). Cette dichotomie est observée tant en regard des scores totaux (Score P et N), des sous-facettes (joie, tendresse, peur, colère, honte et tristesse) que pour chaque émotion considérée individuellement qu'elle soit non réflexive (ex : EPN-22 : peur) ou dépendante des cognitions (émotion comparative telle EPN-4 : bienveillance ; émotion évaluative du soi telle EPN-16 : honte, EPN-14 : fierté ...). C'est donc bien l'ensemble du spectre émotionnel qui semble « altéré » au décours de l'épisode dépressif et non les classiques émotions tristesse, inquiétude, anxiété mise en

avant par les critères catégoriels DSM-IV TR. Ceci confirme l'intérêt d'une approche dimensionnelle de l'émotionnalité situationnelle vis-à-vis de la dépression. Seules les émotions dites de « surprise » échappent à cette distribution dichotomique : le Score S étant non significatif entre les deux populations étudiées. On ne retrouve que l'étonnement (EPN-13) et la surprise (EPN-27) plus intensément ressentis par les sujets contrôles. L'interprétation de cette spécificité des émotions de « surprise » reste difficile puisque ces dernières ont la particularité d'être de valeur hédonique indéterminée (tantôt positive, négative, ou neutre). Par ailleurs, la structure d'analyse de ces dernières dans l'EPN-31 ne repose que sur trois items dédiés ; cette faiblesse avait déjà été identifiée par Pelissolo et al [314] lors de l'étude de validation de l'EPN-31.

Ces données sont en accords avec les études de référence de Pelissolo et al [314] et Pelissolo [522] retrouvant chez le sujet dépressif des affects ainsi dichotomisés.

Nos résultats permettent ainsi modestement d'apporter un élément confirmatoire supplémentaire du modèle tripartite de Watson et Clark [316] [319] en regard de la dépression :

- Niveau d'émotion négative excessif.
- Niveau d'émotion positive anormalement bas.
- Niveau d'activation physiologique (neurovégétative) neutre (reflété par l'absence de différence significative en termes d'émotions de surprise entre nos deux groupes).

Toutefois, à contrario du modèle de Watson et Clark avançant une indépendance des affects positifs et négatifs ; notre étude retrouve une corrélation négative ($r = -0,278$; $p < 0,001$) entre ces derniers. Cette corrélation reste cependant modérée ; elle peut être expliquée par la taille restreinte de notre échantillon et par notre recrutement électif de sujets dépressifs où la balance émotionnelle est très dichotomisée (présence de valeurs « extrêmes » pouvant être considérées comme des valeurs « déviantes » influençant le calcul de corrélation de Pearson).

L'intelligence émotionnelle soit « la capacité à percevoir l'émotion, à l'intégrer pour faciliter la pensée, à comprendre les émotions et à les maîtriser afin de favoriser l'épanouissement personnel » [405] est significativement moindre chez les sujets dépressifs tant en termes de score total, que pour chacune des sous dimensions : régulation, évaluation et utilisation. Ces résultats étaient attendus et conforme à notre hypothèse initiale fondés sur l'observation empirique des compétences émotionnelles des sujets dépressifs. Les données de la

littérature consacrées à l'étude de l'émotivité dispositionnelle sur des populations non cliniques préfiguraient ces résultats : comme évoqué lors de nos généralités (cf. chapitre 3.3.3.4.3.11) Petrides et al [427] et Brackett et al [443] retrouvaient qu'un niveau élevé d'IE limitait le risque de comportement déviants ; Slaski et Cartwright [428] et Ciarrochi et al [526] démontraient une moindre sensibilité au stress en cas d'IE élevé ainsi qu'une moindre « sensibilité » à la dépressivité ; Chamorro et al [439] établissaient un lien entre IE élevé et « bien être » tout comme Saklofske [440].

Toutefois peu d'études ont été réalisées à ce jour en population clinique ; nous retrouvons comme principales études de référence le travail de Hansenne et Bianchi [258], Cha et al [488] et Biran et Burch [490].

Les travaux de Cha et al démontrent qu'une IE élevée est un facteur de protection en regard des comportements suicidaires ; même si cette étude repose sur l'utilisation du Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT), elle met en exergues l'intérêt d'une étude dédiée à cette dimension émotionnelle chez le sujet dépressif.

L'étude de Hansenne et Bianchi est de méthodologie proche de notre étude, et constitue notre principale source de référence : cette dernière réalisée sur un échantillon de 54 sujets belges dépressifs retrouve ainsi des résultats comparable à ceux de notre étude : IE total et sous dimension d'évaluation et de régulation significativement moindre chez le sujet dépressif. Toutefois, la sous dimension « utilisation des émotions » n'y est pas retrouvée significativement différente par rapport à leur groupe contrôle. Notre résultat contraire en regard de cette sous dimension nous semble pourtant à retenir. Hansenne et Bianchi démontre en effet que la dimension d'émotivité dispositionnelle est fortement influencée par l'effet état : les sujets dépressifs réévalués en phase de rémission retrouvaient des score d'IE proche des sujets contrôles (même si une composante « trait » ne peut être exclue selon ces derniers). Si l'on considère les particularités méthodologiques de notre recrutement (échantillon supérieur (54 versus 110) de sujets primo dépressif, sans traitement psychotrope et évalués en phase aiguë) et l'impact « effet état », la différence significative en regard de la sous dimension « utilisation des émotions » paraît probante.

Par ailleurs, la sous dimension utilisation des émotions traduit la capacité à se servir de ses émotions pour améliorer son fonctionnement interne et interpersonnel. Elle permet un ajustement efficient et salutaire à l'environnement. Au regard de notre revue de la littérature consacrée aux compétences émotionnelles (cf. chapitre 3.3.3.4.3 et chapitre 3.3.3.4.3.7) on conçoit aisément que la compétence d'utilisation des émotions est fortement « dépendante » des compétences émotionnelles d'identification, d'expression, de compréhension, et de régulation : l'utilisation appropriée de ses émotions nécessite un niveau efficient des

précédentes compétences évoquées et peut être considérée de façon caricaturale comme une « étape d'exploitation et d'application » terminale du « traitement » préalable de l'information émotionnelle via les précédentes compétences [67] [68] [328] [375].

D'un point de vue théorique, cette intensité significativement inférieure de cette compétence d'utilisation chez le sujet dépressif conjointement à une altération des sous dimensions d'évaluation et de régulation paraît donc cohérente.

Enfin, l'étude de Biran et Burch de 2009 retrouve de façon surprenante que l'utilisation d'antidépresseur impacte négativement le niveau d'IE : cela conforte notre critère de recrutement de sujets dépressifs « indemne » de traitement psychotrope (limitation du biais pharmaco induit) et ouvre un vaste domaine d'exploration sur l'influence des traitements psychotropes sur les dimensions d'émotionalité (étude de l'impact spécifique des divers thérapeutiques sur l'émotionalité dispositionnelle et de leur conséquences cliniques en termes de récupération dépressive et fonctionnelle par exemple.).

Vis-à-vis de notre choix d'une approche bidimensionnelle de l'émotionalité, la présence de corrélations significatives et cohérentes d'un point de vue clinique entre les variables de balance émotionnelle et d'intelligence émotionnelle chez les sujets dépressifs (IE totale et sous dimensions corrélées positivement aux affect positifs et négativement aux affect négatifs) semble confirmée la pertinence de cette approche, même si la méthodologie de notre étude ne nous permet pas de conclure à une relation de causalité. Les études d'Austin et al [441] et de Furnham et Petrides [558] vont toutefois dans ce sens puisqu'elles retrouvent que des sujets présentant une IE élevée ont une « gaieté » (happiness) et un bien être subjectif supérieur.

En regard des sous dimensions d'intelligence émotionnelle, la régulation des émotions présentant systématiquement la corrélation la plus forte avec les scores de balance émotionnelle et de sévérité dépressive (Score total BDI-13) permet d'évoquer un rôle essentiel de cette dernière dans la relation entre dépression, balance émotionnelle et intelligence émotionnelle. Bianchi et Hansenne [258] avancent le même constat dans leur étude de 2009.

Par ailleurs, Bonnet et al [531] dans une étude consacrée aux relations explicatives de l'affectivité et de l'alexithymie en regard de la dépression mettent en évidence que la dépression est caractérisée par une affectivité négative forte, une affectivité positive faible (résultat conforme à notre étude) mais également que la dépression reposerait principalement sur une difficulté à identifier les émotions liée à un mécanisme défensif de répression des affects. Alexithymie et Intelligence émotionnelle sont des concepts

connexes : l'alexithymie pouvant se définir de façon simple comme une difficulté à identifier et exprimer ses émotions, en lien avec un déficit de représentations mentales de l'éprouvé subjectif [532]. Ce résultat est également cohérent avec notre étude où la sous dimension évaluation des émotions est significativement moindre chez le sujet dépressif ; et présente également des corrélations cohérentes en regard de la sévérité dépressive et des scores d'affectivité.

Au total, les sous dimensions évaluation et régulation des émotions sont à retenir comme jouant un rôle majeur dans la relation dépression – affectivité.

En aparté, une étude centrée sur les concepts d'alexithymie et d'intelligence émotionnelle paraîtrait intéressante afin de définir les différences éventuelles entre ces deux concepts ; et éventuellement d'apporter des éléments supplémentaires en regard du débat contradictoire relatif à l'alexithymie tantôt considérée comme une dimension secondaire de la personnalité [533] [534] et inversement considérée parfois comme un épiphénomène de la dépression (en termes de stratégie adaptative) [535].

Les variables de personnalités évaluées selon le modèle de Cloninger mettent en évidence des résultats attendus chez nos sujets dépressifs en accord avec la littérature scientifique. Ainsi un évitement du danger élevé, et une coopération, détermination et transcendance faible ont souvent été mis en relation avec la dépression ; on peut se référer à ce titre aux études de Strakowski et al [536], Chien et Dunner [537], Hansenne et al [474], Kusunoki et al [538], ou encore Kimura et al [539]. Toutefois l'évaluation de la personnalité au décours d'un trouble dépressif expose au biais d'influence « état » comme nous l'avons évoqué précédemment : dès 1983, Hirschfeld et al [540] montrent que l'état dépressif influe de façon significative sur les autoperceptions des patients relatives à certains aspects de la personnalité. Ainsi il a pu être observé une normalisation de certaines dimensions au décours de la rémission dépressive : Corruble et al [486], Black et Sheline [541], et Hansenne et al [258] [474] constatent une normalisation complète des scores des caractères détermination, coopération et transcendance ; et dans une moindre mesure une « amélioration » du score d'évitement du danger mais qui reste inférieur aux valeurs contrôles.

Ces données ne sont pas contradictoires avec la théorie de Cloninger de la personnalité. Les Caractères sont en effet définis comme des dimensions de la personnalité déterminées par l'apprentissage social et cognitif ; ils se veulent évolutifs et influencés par les actions de l'environnement. Leur évolution notable au décours d'un épisode aigue dépressif et de sa récupération reste donc cohérente avec le modèle de Cloninger. Les Tempéraments, à

l'inverse, sont définis comme des structures plus « robustes » de la personnalité ayant une base biologique et génétique ; ces dispositions tempéramentales se veulent donc plus stable dans le temps et moins « influencées » par les contraintes environnementales. Ainsi, même si un effet « état » peut être observé sur les différents tempéraments « amplifiant » la variation de ces derniers (à l'image de l'évitement du danger lors de la dépression), ils peuvent tout de même être considérés comme des facteurs prémorbides, de prédisposition à la dépression.

Nos données retrouvant un évitement du danger (et de chacune de ses sous dimensions) et un besoin de changement (RN1) moindre ; et une impulsivité (RN2) plus élevée peuvent donc être envisagés comme des marqueurs « traits » de vulnérabilité dépressive.

Cloninger et al [479] identifie lui-même, dans une étude de 2006, la dimension d'évitement du danger comme facteur de vulnérabilité dépressive. Par ailleurs, le tempérament évitement du danger est décrit comme proche voir superposable à la dimension névrosisme d'Eysenck selon certaines études [544] [545]. Or dans une étude prospective portant sur 438 sujets, Hirschfeld et al [546] ont montré que des sujets qui ont développé une dépression étaient caractérisés avant l'épisode dépressif par une note de neuroticisme plus élevée.

Elovainio et al [542] estime que l'impulsivité (RN2) est aussi un facteur de risque de dépression. Enfin Kobori et al [543] retrouve qu'un faible besoin de changement (RN1) associé à un évitement du danger élevé est relié au perfectionnisme social ; et traduirait une difficulté à s'adapter à des situations inhabituelles ou à ajuster son comportement face à des situations nouvelles ; l'ensemble favorisant la survenue d'un état dépressif.

Les relations entre balance émotionnelle et dimensions de la personnalité du modèle de Cloninger ont peu été étudiées à ce jour. Nous retrouvons principalement dans notre étude une corrélation positive entre l'évitement du danger et les affects négatifs. Cette corrélation paraît cohérente du fait que cette dimension est associée à la peur, au pessimisme, à la timidité [219]. Par ailleurs, Puttonen et al [218] retrouve dans une étude de 2005 un faible niveau d'émotions positives et des émotions déplaisantes lors de tâches expérimentales désagréables chez des sujets présentant un évitement du danger élevé. Le substratum sérotoninergique sous-jacent peut expliquer ce lien : les affects négatifs sont en effet mis en relation avec les systèmes d'inhibition et de sécurisation reposant sur les voies sérotoninergiques des régions limbiques [547] tandis que le tempérament évitement du danger est démontré en forte relation avec la neurotransmission cérébrale de la sérotonine (via dosage biologique [240] [225] et neuro-imagerie fonctionnelle [548]).

Les affects positifs seraient quant à eux mis en relation avec les systèmes cérébraux du plaisir et du renforcement reposant sur les voies dopaminergiques, notamment dans les

noyaux accumbens [547]. Or la dopamine est un neuromédiateur régulièrement associé à la structure neurobiologique de la personnalité ; et plus spécifiquement dans l'activation de la recherche de nouveauté [228]. Les individus qui présentent un faible niveau de base de dopamine (et donc une hypersensibilité des récepteurs post synaptiques associés) auraient un score élevé en recherche de nouveauté selon Cloninger. Zuckerman [549] voit également chez les chercheurs de sensations une réactivité accrue du système dopaminergique.

Notre corrélation négative modérée entre affects positifs et recherche de nouveauté paraît ainsi surprenante.

Il convient cependant de considérer que la relation dopamine-recherche de nouveauté est sujette à débat : différentes études (portant sur l'émission, la recapture, les précurseurs, les récepteurs, le support génétique de la dopamine ou encore via imagerie fonctionnelle) ne retrouvent pas cette association [550] [551] [552] [553]. Enfin Comings et al [554] retrouvent dans une étude de 2000 qu'il y aurait plus de gènes de la sérotonine impliqués dans la variation de la recherche de nouveauté que de gènes de la dopamine...

Les relations entre l'intelligence émotionnelle et les dimensions de personnalité du modèle de Cloninger retrouvées dans notre étude sont également intéressantes et cohérentes : nous retrouvons principalement une corrélation négative avec l'évitement du danger ; et des corrélations positives avec les caractères de détermination, coopération et transcendance.

En ce qui concerne la dimension d'évitement du danger, la corrélation va dans le sens attendu : des personnes anxieuses, craintives peuvent être supposées avoir de moins bonnes habiletés en intelligence émotionnelle. Hansenne et Bianchi [258] attendaient ce résultat dans leur étude mais n'avaient pu le démontrer de façon significative. Idem pour le travail de Gillis [555].

En regard du caractère détermination, des sujets ayant un score élevé sont décrites comme ayant des buts dans la vie, des ressources personnelles et une capacité à prendre de la distance par rapport à elles-mêmes soit une capacité sous-jacente à faire preuve d'une bonne gestion des émotions [223] ; inversement de faible score à cette dimension est corrélé selon Laidlaw et al [239] à une fréquence accrue de trouble de l'humeur mais surtout à une plus grande intensité du stress perçu (soit de implicitement de moins bonnes habiletés émotionnelles).

Vis-à-vis du caractère de coopération, un score élevé correspond à un sujet disposant d'empathie, de tolérance, d'indulgence et de compassion ; là encore en accord avec le modèle d'intelligence émotionnelle.

Enfin le caractère transcendance lorsqu'il est élevé décrit des personnes « sans prétention », accomplies, créatrices avec une bonne image de soi et de leur rapport à leur environnement ; autant de qualités associées à l'intelligence émotionnelle.

Hansenne & Bianchi, et Gillis retrouvent respectivement des corrélations similaires dans leurs travaux. Toutefois à contrario de ces derniers, notre étude ne retrouve pas de corrélation significative avec les dimensions de persistance et de dépendance à la récompense qui semblent elles aussi d'un point de vue théorique cohérente avec le modèle d'intelligence émotionnelle.

Enfin, la sous dimension régulation des émotions présente encore une fois les corrélations les plus fortes avec les dimensions de personnalité précédemment évoquées ; ce qui renforce l'hypothèse du rôle centrale de cette dernière.

A travers l'étude des relations entre personnalité et intelligence émotionnelle, on constate ainsi des liens probables entre ces deux concepts mais également qu'ils ne sont pas strictement superposables (corrélations modérées dans l'ensemble voire absentes pour certaines dimensions).

6.3. Discussion des résultats des groupes dépressifs de perte et de contrainte.

Ce volet de notre étude repose sur une approche originale associant une évaluation dimensionnelle de l'émotivité et de la personnalité à travers un essai de sous-catégorisation de la dépression selon des modalités de perte et de contrainte « élargies » (cf. chapitre 3.4.5). Il s'agit à notre connaissance de la première étude envisageant cette approche à ce jour ; nous ne disposerons ainsi que de peu de données de référence issues de la littérature en dehors des travaux initiaux de Dumont et Clément [525] et de Monnier [157].

Il s'agit donc d'un travail préliminaire dont les résultats seront donc à confirmer et affiner via des études complémentaires. Nos résultats sont cependant encourageants et permettent d'envisager cette approche comme pertinente.

Du point de vue sociodémographique, nos résultats comparatifs mettent tout d'abord en évidence une absence de différence significative selon les critères sexe, âge et lieu de vie. Ce premier résultat est intéressant puisqu'il témoigne que la dépression qu'elle soit liée à une modalité de perte ou de contrainte s'applique de façon comparable chez les hommes et les femmes, quel que soit leur âge ou lieu de vie.

De plus, la dépression liée à une modalité de contrainte « élargie » ne retrouve pas l'association « classique » du genre masculin avec le burn out professionnel [556]. L'effectif de notre population dépressive de contrainte est au contraire équilibré (28/27). Ce constat est renforcé par ailleurs par d'autres études réalisées sur le burn out professionnel [557] mais surtout sur d'autres domaines tel que le milieu sportif ou familial [495] [496] [497] où la prévalence n'est pas différente entre hommes et femmes.

En regards des critères statut marital, niveau culturel et catégorie professionnelle, nos effectifs restreints n'ont pu permettre une analyse statistique valide.

D'un point de vue descriptif, la prédominance du regroupement « couple » chez la population dépressive de contrainte et du regroupement « seul » chez la population dépressive de perte ne sont pas surprenantes. Même si la modalité « perte » est étendue à différents domaines (professionnel, statut/fonction, identité physique, idéal de vie...); elle inclue également le domaine affectif où la perte signifie divorce, séparation, veuvage...

Vis-à-vis du critère catégorie professionnelle, on constate une prédominance de la modalité « perte » et de la modalité « contrainte » au sein du regroupement « catégorie professionnelle moindre et " inactif" ». Ce constat est concordant avec les études de prévalence générale de la dépression au sein de la population : le risque de dépression est presque doublé pour un inactif ou un chômeur ; et supérieur chez les employés et salariés par rapport aux cadres et professions intermédiaires [516] [517].

Toutefois l'interprétation de ces données selon notre approche modalité de perte versus contrainte doit rester prudente : en effet l'inclusion d'un ouvrier ou d'un chef d'entreprise au sein de la catégorie « contrainte », par exemple, pouvait être liée à des contraintes affectives et non professionnelles. Ainsi un sujet issu du regroupement « catégorie professionnelle moindre et " inactif" » présenterait une susceptibilité accrue à la perte et à la contrainte tout domaine confondu et non seulement lié au terrain professionnel. Une façon d'expliquer cette surreprésentation du regroupement « catégorie professionnelle moindre et " inactif" » seraient que ces derniers disposeraient de capacités d'ajustement moindre face aux agents stressants. Le coping représente en effet les efforts cognitifs et comportementaux visant à maîtriser, réduire ou tolérer les exigences internes ou externes qui sont produites par la transaction stressante ; et repose sur l'évaluation subjective du sujet d'être capable de « faire face ». Il s'agit d'un des leviers essentiels de la réponse allostasique face aux situations de stress [137] [138].

Du point de vue clinique, il est utile de rappeler en première intention qu'il n'a pas été constaté de différence significative en termes de sévérité dépressive entre les deux

échantillons. Les modalités de perte et de contrainte ne sont donc pas associées à des formes plus ou moins sévère de dépression ; et ne sont donc pas synonyme d'une « gravité accrue » l'une par rapport à l'autre.

D'un point de vue descriptif, les valeurs moyennes d'intelligence émotionnelle des sujets dépressifs de perte et de contrainte restent proches de celle constatée chez les sujets dépressifs totaux ; et les scores d'affectivité suivent également la dichotomie nette de la balance émotionnelle observée en population dépressive totale.

Toutefois, l'analyse comparative met en évidence une IE significativement moindre chez les sujets dépressifs de contrainte ainsi que pour les sous dimensions d'évaluation et de régulation. La sous dimension de régulation reste elle « neutre » entre les deux échantillons. Si on retient le cadre conceptuel théorique « Trait » de l'IE selon Austin et al, alors on peut avancer qu'une IE moindre et plus particulièrement en terme de sous dimensions d'évaluation et d'utilisation représente un facteur de « vulnérabilité » dépressive en regard d'un facteur précipitant de type contrainte. Cela semble cohérent avec les spécificités du modèle de contrainte qui repose sur un processus progressif, lancinant lié à l'accumulation et/ou la répétition de micro-traumatismes ; soit une forme de « syndrome de glissement » souvent pernicieux et mal identifié par le sujet lui-même. La sous dimension d'évaluation moindre représente ainsi une caractéristique pertinente dans le cadre d'une dépression lié à une modalité de contrainte. En parallèle, une sous dimension d'utilisation moindre renvoi à une capacité moins efficiente à se servir de ses émotions pour améliorer son fonctionnement interne et interpersonnel et donc permettre un ajustement salutaire à son environnement ; cela représente une prédisposition cohérente avec les trois caractéristiques du Burn out selon Maslach [493] : épuisement émotionnel, détachement, et frustration.

En termes de balance émotionnelle, on retrouve de façon significative une affectivité tant positive que négative plus élevée chez les dépressifs de contrainte.

Le constat d'une affectivité positive plus intense chez les dépressifs de contrainte alors que leur score total d'intelligence émotionnelle est moindre, et inversement pour les dépressifs de perte, paraît surprenant en regard des corrélations retrouvées chez les sujets dépressifs totaux. Si l'on considère que la sous dimension régulation (identifiée comme « levier » principale dans la relation dépression-intelligence émotionnelle) reste « neutre » entre les deux types de dépression, on peut envisager que ce « pattern » soit lié aux différences des dimensions d'évaluation et d'utilisation des émotions constatées.

La coloration émotionnelle distincte des dépressions de perte et de contrainte illustre quant à elle la notion d'hétérogénéité dépressive.

La dépression de perte est associée significativement à des émotions de type réflexive, évaluative du soi, telles que le regret, la culpabilité, le chagrin, l'anxiété, et la solitude. Ces émotions ont une calibration « morale », et sont associées à une dynamique d'introversion et de rumination. Cette coloration émotionnelle est en accord avec les travaux de Klein qui prévoit un vécu de désillusion face à la perte, et surtout de Bowlby qui décrit la survenue, au décours du travail de « détachement » de l'objet perdu, d'émotions de culpabilité (en lien avec le vécu d'abandon), de pleurs et de chagrin (en lien avec la remémoration des souvenirs). Keller et Nesse [491] retrouvaient dans leurs études que les sujets exposés à une situation de perte ressentaient également de façon plus intense des émotions de tristesse ce qui est correspondant à la prédominance de la facette « tristesse » pour la population dépressive de perte.

La dépression de contrainte est associée significativement tant à des émotions réflexives telles que la colère, l'embarras, la honte, l'humiliation, le découragement ; qu'à des émotions non-réflexives telles que la nervosité, l'irritation, la fureur, la confusion, et le dégoût. Ces émotions ont une calibration orientée vers l'hostilité, et sont associées à une dynamique d'extroversion et d'altération de l'estime de soi. Maslach [493] et Cherniss [498] dans leurs travaux de référence sur le burn out identifiaient déjà à travers le phénomène de décalage entre les attentes/efforts d'un sujet face aux exigences et contraintes de son environnement la survenue de tension et frustration génératrices d'intolérance et d'émotions à type de cynisme, hostilité, irritabilité et colère (en lien avec le désengagement vis-à-vis de la contrainte) et des émotions à type de mésestime de soi, dévalorisation, honte, humiliation (en lien avec le manque d'accomplissement). L'émoussement des émotions positives est également retrouvé au sein de notre population dépressive de contrainte.

L'illustration de ce polymorphisme émotionnel au sein du phénomène dépressif est un argument concluant en regard d'une approche dimensionnelle de la dépression : la dépression n'est pas représentée par la seule « tristesse » ; au contraire elle s'associe à un canevas émotionnel bien plus complexe. L'étude de la coloration émotionnelle de la dépression représente ainsi un élément explicatif intéressant en termes de psychopathologie différentielle ; et par conséquent un axe de recherche contributif en vue d'une meilleure compréhension de cette maladie.

Les résultats comparatifs des variables de personnalité selon le modèle de Cloninger sont également contributifs.

D'un point de vue tempéramental, nous considérerons les différences constatées selon une approche « trait » soit en termes de vulnérabilité et facteur de prédisposition. Sans

mésestimer l'influence « état » de la dépression sur ces dimensions, nous avons en effet pu illustrer précédemment (cf. chapitre 6.2) que ces variables étaient plus robustes vis-à-vis de l'influence état.

La dépression selon une modalité de contrainte est ainsi associée à trois spécificités tempéramentales :

- **Persistance (P) plus élevée** : or la persistance représente la tendance à persévérer dans un comportement sans qu'il soit prometteur d'une récompense ; et ce en négligeant la fatigue et la frustration associées. Ainsi les individus ayant un score de persistance élevé sont décrits comme déterminés, impatientes, volontaires, et perfectionnistes. La persistance constitue ainsi une stratégie adaptée dans un environnement stable ; mais en revanche si les contingences environnementales deviennent trop contraignantes alors elle devient délétère car elle conduit les individus à persévérer dans des conduites inadaptées et néfastes. Ce phénomène est illustré à travers les études sur les TOC et l'anorexie [232]. Dès lors, un individu ayant une persistance élevée confrontés à un environnement où s'accumulent les contraintes nécessitant des ajustements répétés, sera manifestement en difficulté du fait de sa capacité moindre à moduler/adapter ses conduites ; et de sa tendance à l'inverse à maintenir un comportement engendrant fatigue et frustration. Une Persistance élevée représente ainsi un facteur de prédisposition fort en regard d'une dépression de type contrainte.
- **Fatigabilité (ED4) plus élevée** : des scores élevés en fatigabilité décrivent des personnes ayant potentiellement moins d'énergie et récupérant plus lentement après des efforts. Face à l'accumulation/répétition de micro-traumatismes nécessitant des efforts successifs et durables pour s'adapter et maintenir un équilibre psychique, on conçoit qu'une fatigabilité plus élevée soit un réel facteur de risque en regard du modèle de contrainte. Keller et Nesse [491] retrouvent également chez les sujets exposés à une situation de contrainte une fatigue plus intense. La présence conjointe d'une Persistance élevée potentialisant la dynamique de fatigue représente alors un pattern de vulnérabilité accrue conduisant logiquement à la combustion totale des forces et ressources d'un individu confronté à une situation de contrainte majeure.
- **Impulsivité (RN2) plus élevée** : un score élevé renvoi à une personne facilement excitable, qui prendra des décisions rapides en s'appuyant sur un recueil d'information partielle voire sur leur intuition. Cela représente ainsi un risque de mauvaise analyse de la situation de contrainte et par conséquent de mauvais

ajustement face à cette dernière. Par ailleurs une Recherche de nouveauté (RN) globalement plus élevée est marquée selon Parker et al [220] par une labilité émotionnelle, des attitudes et des humeurs volubiles ; ce schéma comportemental est correspondant à nos sujets dépressifs de contrainte.

Au total, un Type de personnalité associant une Persistance, une Fatigabilité et une Impulsivité élevées représente un pattern de tempérament prédisposant logiquement à une vulnérabilité face à la contrainte.

La dépression selon une modalité de perte est associée à trois spécificités tempéramentales :

- Dépendance à la récompense (DR) plus élevée : de façon générale, une Dépendance à la récompense élevée se traduit par une propension à répondre de façon intense à des signaux d'approbation sociale et interpersonnelle ; elle renvoie à un besoin « de plaire » à autrui et est négativement corrélée au détachement émotionnel, à la solitude et à l'isolement [230]. Elle représente donc intrinsèquement un facteur de vulnérabilité face à la perte qui génère un vécu d'abandon, source de réminiscence douloureuse des souvenirs de « l'objet » perdu. La supériorité des sous dimensions Besoin de soutien (DR4) et Sentimentalité (DR1) vont dans le même sens. Un Besoin de soutien élevé (DR4) décrit des personnes dépendantes de l'appui émotionnel et de l'approbation d'autrui ; en recherche de la protection et de l'aide extérieure. Il s'y associe une peur de l'abandon et une difficulté à faire un choix car synonyme de renoncement (et donc de perte). Keller et Nesse retrouvent cette recherche d'aide accrue chez les sujets exposés à une situation de perte. Enfin une Sentimentalité (DR1) élevée décrit des personnes ressentant plus intensément des émotions et les montrant plus facilement. Cette attitude est en accord avec le constat de Keller et Nesse qui retrouvent que les sujets en situation de perte expriment davantage de plaintes, de pleurs et de « tristesse ».
- Peur de l'inconnu (ED2) plus élevée : un score élevé décrit des personnes en difficulté avec des circonstances non familières, ayant tendance à ne pas changer leurs habitudes et préférant leur routine. La perte conduisant à un changement brutal de l'environnement avec un clivage saillant avant/après représente un facteur de déstabilisation certain pour ces sujets.
- Timidité (ED3) plus élevée : un score élevé renvoie à des sujets ayant du mal à s'affirmer, et ayant une tendance à l'évitement actif des situations sociales

nouvelles. Là encore, la perte du fait de sa caractéristique brutale bouleversant l'environnement du sujet sera mal appréhendée par un sujet « timide ».

Au total, un Type de personnalité associant une Dépendance à la récompense, une Peur de l'inconnue et une Timidité élevées représente un pattern de tempérament cohérent à une vulnérabilité face à la perte.

En termes de Caractères, l'influence « état » de la dépression doit être retenue dans l'interprétation de nos résultats (cf. chapitre 6.2).

L'association plus significative des dimensions Sens des responsabilités (D1), Volonté d'aboutir (D2), Acceptation de soi (D4), Tolérance sociale (C1), Probité (C5), Sens du spirituel (T1) et Détachement de soi (T2) avec les sujets dépressifs de perte peut sembler en première intention surprenante. Le processus d'épuisement décrit par Maslach et Freudenberg prévoit en effet que ce sont les individus enthousiastes, dynamiques, sociables, motivés, avec une forte estime de soi et qui s'investissent fortement dans leurs activités qui sont les plus susceptibles d'être « atteints ». On peut soumettre comme hypothèse explicative que les sujets dépressifs de contraintes pouvaient disposer de telles capacités initialement ; mais que le processus d'épuisement conduisant à un désinvestissement, détachement voire apathie en regard de la contrainte associé à une frustration, et réduction du sentiment d'accomplissement personnel a produit un effet d'émoussement, d'abrasion de ces capacités chez ces sujets.

Un Sens des responsabilités faible décrit des sujets ayant tendance à blâmer les autres et les circonstances externes pour ce qui leur arrive ; ces personnes pensent que leurs attitudes et problèmes sont le fruit d'influences extérieures. Une Volonté d'aboutir faible renvoi à des personnes qui luttent pour trouver quels sont leurs buts et la « direction » de leur vie. Une Acceptation de soi faible démontre une faible estime de soi, et une envie sous-jacente de prétendre à être différent de ce que l'on est. Une Tolérance sociale faible décrit des personnes intolérantes, inamicales, peu patientes et critiques avec les autres. Une Probité faible renvoi à des sujets opportunistes, égoïstes qui traitent les autres injustement. Un Sens du spirituel bas décrit des personnes rationnelles, qui se réfèrent essentiellement à l'empirisme objectif. Un détachement de soi faible renvoi à des sujets prosaïque, sans imagination, avec une conscience critique de leurs limites.

Cela paraît en cohérence avec la coloration thymique des sujets dépressifs de contrainte où l'on retrouve une tendance à l'extroversion marquée par des émotions à type d'hostilité et d'altération de l'estime de soi. Le décalage entre les attentes du sujet et les exigences de la contrainte source de tension, frustration, et de réduction du sentiment d'accomplissement

personnel représente ainsi une hypothèse plausible de cet effet « état » plus accentué sur ces dimensions.

L'association plus faible de la dimension Ressources individuelles (D3) avec les dépressifs de perte, même si un effet « état » doit être considéré, est en cohérence avec les prédispositions tempéramentales précédemment identifiées chez ces derniers. Un score faible décrit des personnes sans espoir, et peu confiantes dans leurs capacités à résoudre leurs problèmes par elles-mêmes : elles attendent souvent des autres qu'ils fassent les choses à leur place. Cela renvoie au constat de Keller et Nesse où les personnes en situation de perte recherchent davantage l'aide d'autrui ; et présentent un Besoin de soutien (DR4) plus élevé.

6.4. Discussion des résultats des groupes dépressifs liés à un motif affectif et professionnel.

Ce volet de notre étude visait à identifier d'éventuelles différences significatives entre une dépression liée à un motif affectif ou professionnel (perte et contrainte confondue). Cette sous-catégorisation plus classique ne retrouve pas de différence en termes d'âge et de lieu de vie entre les deux populations étudiées. Seul le critère sexe est significatif : les hommes présentant de façon plus prédominante une dépression associée à un motif professionnel ($p= 0,002$). Toutefois cette différence même si elle est significative sur le plan statistique doit être interprétée avec prudence. D'une part, on doit considérer le taux d'emploi nettement prédominant des hommes par rapport aux femmes. Même si au cours des dernières décennies, le rapport à l'activité et à l'emploi des femmes a fortement augmenté (Ex : taux d'activité des femmes âgées de 25 à 49 ans passant de 58,6% en 1975 à 81,1% en 2005), le taux d'activité des hommes reste encore supérieur (94,4% en 2005) [559]. Cette prédominance peut déjà expliquer en soit cette association plus forte entre dépression liée à un motif professionnel et sexe masculin. Par ailleurs, les enquêtes épidémiologiques se heurtent souvent à la problématique de sous déclaration masculine des symptômes dépressifs ; il est en effet constaté un sentiment de dévalorisation plus intense pour un homme à se reconnaître dépressif [515]. Cette problématique de difficulté de reconnaissance masculine en regard de la dépression n'est pas nouvelle ; L.Israël dès 1976 identifiait dans son ouvrage de référence « L'hystérie, le sexe et le médecin » [560] les particularismes masculins dans l'acceptation et la reconnaissance des difficultés psychiques. Israël met en avant la notion de *viris*, sorte d'archétype ancestrale masculin qui impose la dissimulation et le refoulement des détresses psychiques et physiques car incompatible avec la nécessaire représentation phallique de puissance masculine ; en d'autres termes plus

simples « Sois fort mon fils, tu es un Homme »... Mais il constate par ailleurs une parité homme-femme en regard des troubles psychiques en général ; et plus encore que l'expression des troubles psychiques chez l'homme doit pour s'opérer bénéficier d'un support « honorable ». Ce n'est bien souvent qu'à travers cette *honoris causa*, que le sujet masculin se sent libérer de sa contrainte de représentation sociale et peut « lâcher » sa souffrance. Israël constate par là même une forme de hiérarchie dans ces « causes honorables » où figure en tête de liste le traumatisme : guerre, accident, maladie et travail... En prenant en compte ces considérations, il peut aussi paraître logique que les sujets masculins expriment plus facilement une dépression si elle est liée à un motif professionnel plutôt qu'affectif.

En parallèle, on retrouve aussi des données épidémiologiques [515] qui préfigurent un risque accru de dépression pour les femmes face à une situation affective de veuvage, séparation, divorce, conjugopathie.

En regard des critères statut marital, niveau culturel, et catégorie professionnelle, nous nous confrontons de nouveau à des effectifs trop restreint pour une analyse statistique fiable. On peut retenir toutefois, via analyse descriptive des regroupements opérés, les éléments suivants :

- Presque 60% de l'effectif des dépressifs lié à un motif affectif est « seul » (donc en lien avec une perte) pour 40% « en couple » (donc en lien avec une situation de contrainte) ; ainsi la perte n'est pas si prédominante qu'attendue dans la dynamique de dépression affective.
- 65% de l'effectif des dépressifs lié à un motif professionnel est « en couple » ; on peut dès lors se poser la question du réel facteur étayant du couple dans cette configuration dépressive : la peur d'une précarité précipitée par des difficultés professionnelles serait peut-être au contraire accrue en cas de « famille à charge » ?
- 97,5% de la population dépressive liée à un motif professionnel appartient au regroupement « bac et plus » ; ce chiffre n'est pas surprenant si l'on considère qu'une dépression liée à un motif professionnel présuppose, à quelques exceptions près, une insertion préalable dans le monde du travail. Cette insertion requiert sans surprise des formations diplômantes à ce jour [561] qu'elles soient initiales ou en alternance. Le taux de formation des actifs est ainsi de 85,6% en 2010.
- La distribution des effectifs des dépressifs liés à un motif professionnel (perte et contrainte confondue) dans notre étude est équilibrée entre les catégories supérieures et moindres ; cela nous permet d'envisager une relative parité face

au risque dépressif entre catégories socioprofessionnelles quand on se centre sur une dépression liée à un motif professionnel exclusif ; tempérant les données d'épidémiologie générale qui préfigurent que les sujets appartenant aux catégories socioprofessionnelles supérieures sont moins exposés aux troubles dépressifs (toutes causes confondues cependant) [515].

Les résultats d'analyse comparative des variables cliniques sont quant à eux nettement moins significatifs que ceux retrouvés pour la sous catégorisation perte/contrainte. Ainsi, il n'est pas retrouvé de différence significative pour les variables de sévérité dépressive (BDI-13), d'affectivité (Score P, Score N) ou encore d'intelligence émotionnelle (Austin scale).

Dans la perspective d'étude du lien entre facteur précipitant et dépression, cela peut représenter un argument indirect en faveur d'une analyse centrée sur les modalités (perte/contrainte) associées à la survenue d'une dépression plus que sur les motifs proprement dits.

La coloration thymique de la dépression liée à un motif professionnel retrouve la colère, la fureur, l'irritation et la nervosité soit une tonalité d'irritabilité.

La coloration thymique de la dépression liée à un motif affectif retrouve la peur, le regret, et la solitude soit une tonalité tournée vers la sphère anxiété.

L'étude des tempéraments retrouve une Peur de l'inconnue (ED2), et une Dépendance à la récompense (DR) significativement plus élevées chez les dépressifs liés à un motif affectif. La Peur de l'inconnue renvoi à un manque de confiance en soi, une difficulté à changer ses habitudes. Par ailleurs, la Dépendance à la récompense élevée signifie comme nous l'avons évoqué auparavant une propension à la recherche de l'approbation d'autrui, le besoin de plaire. La tendance Attachement affectif (DR3) plus élevé renvoi à des personnes qui aiment l'intimité affective, avec un engagement relationnel profond et sincère et qui en revanche sont sensibles au rejet social. Ces profils tempéramentaux peuvent donc représenter des facteurs de prédisposition à une dépression liée à un évènement affectif négatif.

Seule la Fatigabilité (ED4) est retrouvée plus élevée au sein de la population dépressive liée à un motif professionnel.

Du point de vue des Caractères, seul la Transcendance (T) présente une tendance plus élevée pour les sujets dépressifs liés à un motif affectif ; un effet « état » peut expliquer cette variation : confronté à une difficulté affective, un sujet peut développer une défense de type « illusion positive » basée sur une croyance, un espoir que l'évènement affectif négatif va s'arranger...

Conclusion :

Notre étude se voulait originale et innovante car à visée exploratoire des différentes facettes de la dépression via une approche psychopathologique considérant à la fois les variables de personnalité, d'émotionalité et les facteurs contextuels.

Nous avons ainsi pu préciser dans un premier temps les relations entre l'affectivité, et les compétences émotionnelles au travers du prisme dépressif. Cette approche bidimensionnelle de l'émotionalité s'est révélée intéressante en regard des patterns de balance émotionnelle et d'intelligence émotionnelle retrouvés et de leurs relations avec la dépression. L'évaluation dimensionnelle émotionnelle du trouble de l'humeur dépressif représente ainsi une piste pertinente en vue d'une meilleure compréhension de ses ressorts psychopathologiques. Toutefois, même si la dépression reste un trouble affectif emblématique, elle implique également des versants cognitif et conatif ; de sorte, une évaluation dimensionnelle holistique de ce trouble de l'humeur devra donc considérer l'ensemble de ces versants à l'image de l'échelle MATHys créée par Henry et al [283].

Ce travail de thèse s'est intéressé dans un second temps à l'aspect étiopathogénique de la dépression via l'étude conjointe de la base structurelle psychique propre à chaque individu (concept de vulnérabilité biopsychosociale intrinsèque ; évaluée via l'étude des dimensions de personnalité selon le modèle de Cloninger) et des spécificités des facteurs précipitants associés. A ce titre, nous avons proposé deux modèles originaux de sous catégorisations dépressives basés pour le premier sur une approche en termes de modalité de perte et de contrainte et pour le second sur une approche centrée sur le motif associé (affectif versus professionnel). Nos résultats ont pu démontrés des différences cliniques significatives entre ces différents modèles ; confirmant ainsi les travaux antérieurs préfigurant un important polymorphisme du phénomène dépressif allant au-delà du simple cadre du DSM IV-TR.

Loin de remettre en cause ce cadre de référence catégoriel, utile au quotidien dans une visée de cohérence diagnostique, une approche dimensionnelle holistique de ce trouble de l'humeur couplée à la prise en compte des aspects étiopathogéniques semble une piste pertinente dans une compréhension plus fine de la dépression tant d'un point de vue

théorique que pratique (aide au praticien dans le choix de ses outils psychothérapeutiques et pharmacothérapeutiques).

Nous considérons toutefois les limites et faiblesses de ce travail de thèse, notamment en regard des différents biais abordés et de la méthodologie de notre étude de type rétrospective. Il s'agit ainsi d'un travail préliminaire qui nécessiterait des travaux complémentaires à visée confirmatoire et de validité plus forte (étude longitudinale et surtout prospective).

Au final, la Dépression, qu'elle soit caractérisée, masquée, modulée par les spécificités ethniques, culturelles, liées à l'âge, au sexe, à la personnalité, aux facteurs contextuels... reste ainsi difficile à appréhender ; Unique et Multiple, elle restera une « inconnue » qu'il faudra apprendre chaque jour à reconnaître.

Références bibliographiques :

- [1] : Kleinginna, P.R., Kleinginna, A.M., (1981). A categorized list of emotion definitions, with suggestions for a consensual definition. *Motivation and emotion*, 5: 345-379
- [2] : Keltner, D., Gross J.J (1995) Functional accounts of Emotion. *Cognition and Emotion*, 13 :467-480
- [3] : Averill, J.R. (1975) A semantic atlas of emotional concepts. *JSAS Catalogue of selected documents in psychology*. S, 330
- [4] : Shaver, Schwartz, Kirson, O'Connor. (1987) Emotion knowledge ; Further exploration of a prototype approach. *Journal of personality & social psychology*, 52, 1061-1086
- [5] : P.D. Mc LEAN « cerebral evolution of emotion » in M.Lewis et JM Maviland, *Handbook of emotion*, NY Guilford press [Lazarus, *emotion and adaptation*, NY Oxford press
- [6] : J.Fodor, *la modularité de l'esprit* M. Gerschenfeld, Paris, Minuit, 1986
- [7] : Izard. C.E (1977) *Human emotions*, Plenum Press
- [8] : Plutchik. R (1980) *Emotion as psycho evolutionary synthesis*. Harper press
- [9] : Kemper, T.D. (1981) Social constructionist and positivist approaches to the sociology of emotion. *Am J sociol*, 87 ; 336-326
- [10] : Ekman, C.P. (1999) « Basic emotion » in T.Dalglis et T.Power, *The Handbook of cognition and emotion* New-York, Wiley
- [11] : R.Plutchick, (2001) « the nature of emotion » *american scientist* N°89
- [12] : JJ Prinz, *Aperceptual theory of emotions*, New-York, Oxford up, 2004
- [13] : W.James (1884), *What is an emotion ?* *Mind*. 9 :188-205
- [14] : Izard, C.E., Ackerman, B.P & Schultz, D (1999) Independent emotions and consciousness : self-consciousness and dependent emotion. In: *At play in the fields of consciousness*, Erlbaum inc
- [15] : Harter, S. (1999) *The construction of the self*. NY, Guilford press
- [16] : Lewis, M, Alessandri, S & Sullivan, M (1992) Differences in shame and pride as a function of children's gender and task difficulty. *Child development*. 63 :630-632
- [17] : Higgins, E.T. (1989). Self-discrepancy theory : what patterns of self-beliefs cause people to suffer ? *Advances in experimental social psychology* (vol 22 :136)
- [18] : Lewis, M. (2000) Self conscious emotions : embarrassment, pride, shame and guilt. In M.Lewis & JM Haviland-Jones, *Handbook of emotions* NY, Guilford press
- [19] : Harter, S & Whitesell, N (1989) Developmental changes in children's understanding of simple, multiple, and blended emotion concepts. In : *Children's understanding of emotion*. Cambridge university press
- [20] : Salovey, P & Rothman, A (1991) *Envy and Jealousy*. In: *The psychology of envy and jealousy*. Guilford press
- [21] : Salovey, P & Rodin, J. Some antecedents and consequences of social comparison jealousy. *Journal of personality and social psychology*, 47 : 780-732
- [22] : Tangney, J.P. Moral affect : the good, the bad, and the ugly. *Journal of personality and social psychology*. 59:102-111

- [23] : Tangney, J.P. Situational determinants of shame and guilt in young adulthood. *Personality and social psychology*. 18 :199-206
- [24] : Lindsay-Hartz,J. Contrasting experiences of shame and guilt. *American behavioral scientist*. 27:689-704
- [25] : Lindsay-Hartz, J. De Rivera, J & Marcolo, MF. Differentiating guilt and shame and their effects on motivation. In: *Self-conscious emotions : shame, guilt, embarrassment and pride*. NY Guilford press
- [26] : Harder DW & Lewis SJ. The assessment of shame and guilt. In : *Advances in personality assessment*. NJ, Erlbaum inc
- [27] : D'Arms,J., Jacobson,D.,(2000) *The Moralistic Fallacy : on the appropriateness of emotions*. *Phylosophy and phenomenological research*. 61 :1-12
- [28] : J.J. Gross. *Handbook of Emotion Regulation*. Cambridge University Press,
- [29] : Strongman,K.T., (2003) *The psychology of emotion*. Lavoisier
- [30] : Curtis,V., Anger,R., Tobie, T., (2004) Evidence that disgust evolved to protect from the risk of disease. *Proc. R. Soc. Lond*. 271 : 5131-5133
- [31] : Cosmy, L., Tooby, J., (1987) From evolution to behavior : *Evolutionary psychology as missing link*. In J. Dupie Ed
- [32] : Cosmides, L., Tooby, J., (2000) *Evolutionary psychology and the émotions*. In M. Lewis and J.M. Haviland, *Handbook of emotions*, Guilford Press, NY
- [33] : Plutchik, R., (1984) *Emotions a general psychoevolutionary theory*. In : *Approaches to emotion*. Erlbaum Ed
- [34] : Tomkins, S.S., (1980) *Affect as amplification : some modifications in theory*. In : *Emotion : theory, research and experience*, Academic Press, NY
- [35] : Izard, C.E., (1971) *The face of emotion*. Plenum. NY
- [36] : Plutchik, R., (1970) *Emotions, évolution and adaptative processes*. In: *Feelings and emotions*. Academic Press, NY
- [37] : Plutchik, R., (1980) *A general psychoevolutionary theory of emotion*. In: *Emotion: theory, research and experience*. Academic Press, NY
- [38] : Plutchik, R., (1994) *The psychology and biology of emotion*. Harper Collins, NY
- [39] : Watson, J.B., (1919) *Psychology from the standpoint of a behaviorist*. Lippincott, Philadelphia
- [40] : Skinner, B., (1938) *The behavior of organisms : an experimental analysis*. NY, Appleton
- [41] : Millenson, J.R., (1967) *Principles of behavioral analysis ; Mac Millan*, NY
- [42] : Rolls, E.T., (1999) *The brain and emotion*. Oxford University press, Oxford
- [43] : James, W., (1884) What is an emotion ? *Mind* 19:188-204
- [44] : James, W., (1894) The physical basis of emotions. *Psychol Rev*. 1:516-529
- [45] : Lange, C.G., (1885) *Om sinds bevaegelser : et psyko-fysiologisk studie*. Kybenhavn
- [46] : Lanzetta, D., Cartwright, G., Smith, W., (1976) Effects of non verbal dissimulation on emotional experience and autonomic arousal. *Journal of personality and social psychology*, 33 : 354-370
- [47] : Canon, W.B., (1927) The James-Lange theory of emotion: a critical examination and an alternative theory. *Am. J. Psychol.*, 39 : 106-124

- [48] : Cannon, W., (1932) *The wisdom of the body*, Appleton NY
- [49] : Hohmann, G.W., (1996) Some effects of spinal cord lesions on experienced emotional feelings. *Psychophysiology*, 3 : 143-156
- [50] : Strack, F., Stepper, L.L., Martin, S., (1988) Inhibiting and facilitating conditions of the human smile : a non – obtrusive test of the facial feed back hypothesis. *Journal of Personality and social psychology*. 54 : 768-777
- [51] : Schachter, S., Singer, J.E., (1962) Cognitive, social and physiological determinants of emotional states. *Psychol Rev.* 69 : 379-399
- [52] : Mandler, G., (1992) Memory arousal and mood : a theoretical integration. In: *handbook of emotion and memory*
- [53] : Mandler, G., (1980) Recognizing : the judgment of previous occurrence. *Psychological Review*, 87 : 252-271
- [54] : Weiner, B., (1985) An attributional theory of achievement motivation and emotion. *Psychological Review*, 92 : 548-573
- [55] : Clore, G., Ortomy, A., (2000) Cognitive neuroscience of emotion, In: *Cognitive neuroscience of emotion*. Oxford University Press
- [56] : Roseman, J.J., (1984) Cognitive determinant of emotion: a structural theory. In *Review of personality and social psychology*, 5 : 11-36
- [57] : Frijda, N.H., (1986) *The emotions*. Cambridge University Press
- [58] : Stein, N.L., Trabasso, T., Liwag, M., (1993) The rashomon phenomenon : personal frames and future oriented appraisals in memory for emotional events. In: *Future oriented processes*, University of Chicago Press
- [59] : Lazarus, R.S., (1991) *Emotion and adaptation*. Oxford University Press
- [60] : Scherer, K.R., Schoor, A., Johnstone, T., (2001) *Appraisal process in emotion*, NY, Oxford University Press
- [61] : Scherer, K.R., (1984) On the nature and function of emotion : a component process approach. In : *Approaches to emotion*, Hillsdale NY
- [62] : Carver, C.S., Scheier, M.F., (1930) Origins and functions of positive and negative affect : a control-process view, *Psychological Review*, 97 : 19-35
- [63] : Leventhal, H., (1984) A perceptual motor theory of emotion. In : *Approaches to emotion*, Hillsdale, NY
- [64] : Averill, J.R., (1985) The social construction of emotion. In: *the social construction of the person*. Springer, NY
- [65] : Damasio, A., (1995) *L'erreur de Descartes : la raison des émotions*. Odile Jacob, Paris
- [66] : Toates, F., (2002) Application of a multilevel of behavioural control to understanding emotion. *Behav. Proc.* 60 : 99-114
- [67] : Philippot, P., Schaefer, A., (2001) Emotion and memory. In : *Emotion: current issues and futures directions*. Guilford Press, NY
- [68] : Philippot, P., Schaefer, A., Herbette, G., (2003) Schematic versus propositional processing of emotional information. *Emotion*, 3 : 270-283
- [69] : Ekman, P (1972) Universal and cultural differences in facial expression of emotion. In *JR Cole, symposium on motivation*. University of Nebraska press

- [70] : Ekman, P (1973) cross cultural studies of facial expression. In: Psychological and facial expression. NY Academic press
- [71] : Ekman, P (1992) argument for basic emotions. *Cognition and emotion*, 6: 169-200]
- [Ekman, P (1994) Strong Evidence for universals in facial expression. *Psychological bulletin*, 115:268-287
- [72] : Ekman, P (1971) Constants across cultures in the face and emotion. *Journal of personality and social psychology* 17 : 124-129
- [73] : Scherer,K.R.,Banse,R., Wallbott,H.G. (2001)Emotions inferences from vocal expression correlate across languages and cultures. *Journal of cross-cultural psychology*, 32 : 76-92
- [74] : Haidt, J, Keltman, D (1999) Culture and facial: open ended methods find more expressions and a gradient of recognition. *Cognition and émotion*, 13:225-266
- [75] : Izard, C. *Face of emotion*, Appleton NY
- [76] : Lutz, C (1986) The domain of emotion words on Iffaluk. In : *The social construction of emotions*. Basic Blackwell
- [77] : Mesquita, B(2001) culture and emotions : different approaches to the question. In T.Hayne and G.Bonanno, *Emotions : current issues and future directions* NY Guilford press
- [78] : Kitayama,S. Markus, H.R., (1994) Emotions and culture : empirical studies of mutual influence. Warshington DC, American psychological association
- [79] : Mesquita, B (2003). Emotions as dynamic cultural phenomena. In: *The Handbook of the affective sciences*. NY Oxford University press
- [80] : Kitayama,S (2002) cultural and basic psychological processus – Toward a system view of culture. *Psychological bulletin* 128 : 189-196
- [81] : Shweder, R.A, Haidt, J. (2000). *The cultural psychology of emotions*, NY, Guilford press
- [82] : Leu J. Mesquita, B. Ellsworth, P.C (2005) Culture and emotional valence: dialecticism in east asian contexts and a positivity bias in European American contexts
- [83] : Kitayama, S. Markus, M., (1995) Culture and self : implications for internal psychology. In : *the culture of psychology*. University of NY press
- [84] : Tsai, J.L, Levenson, R.W (1997) cultural influences on emotional responding: chinese American and european american dating couples during the interpersonal conflict. *Journal of cross-cultural psychology* 28 : 600-625
- [85] : Ji, L, Nisbett, R.E, Peng, K (2001) culture change and prediction. *Psychological science* 12 : 450-456
- [86] : Cole, P.M, Bruschi, C.J., Tamang, B.L (2002) Cultural differences in children's emotional reactions to different situation. *Child Development* 73 :983-996
- [87] : Kitayama, S, Markus, H.R, Kurokawa H, (2000) Culture, emotion and well-being : good feelings in Japan and the United States. *Cognition and Emotion*, 14 : 93-124
- [88] : Mesquita B., Karasawa, M., (2002) Different emotional lives. *Cognition and Emotion*, 16 :127-141
- [89] : Kitamaya, S. Mesquita, B., Karasawa, H.(2005) Culture and emotional experience : socially engaging and disengaging emotions in Japan and the United States. *Cognition and emotion*, 18 :80-96

- [90] : Bichat, F.X., (1805) Recherches physiologiques sur la vie et la mort. Brosson/Gabar. Paris
- [91] : Huschke,, E. (1854) Schaedel, Hirn und Seele des Menschen und der Thiere nach Alter, Geschlecht und race. F. Hauke, Jena
- [92] : Goltz, F.L.,(1892) Des Hund ohne Grosshirn. Arch. Gesam – Physio
- [93] : Cannon, W.B., Britton, S.W. (1925) Pseudo affective medulliadrenal secretion. AM. J. Physiol 72 : 283-294
- [94] : Bard, P. (1928) A diencephalic mechanism for the expression of rage with special reference to the sympathetic nervous system. Am. J. Physiol., 84 : 490-515
- [95] : Bard, P. (1929) The central representation of the sympathetic nervous system as indicated by certain physiologic observations. Arch. Neurol. Psychiat, 22 : 230-246
- [96] : Hess, W.R. (1957) The functional organization of the diencephalon. Grune et Stratton, New York
- [97] : Papez, J. (1937) A proposed mechanism of emotion. Arch. Neurol. Psychiat, 38 : 725-743
- [98] : Klüver, H., Bucy, P.C. (1939) Preliminary analysis of functions of the temporal lobes in monkeys. Arch. Neurol. Psychiat, 42 : 979-1000
- [99] : Maclean,P.D (1952) Some psychiatric implications of physiological studies on fronto-temporal portions of the limbic system. Electroencephal, Clin. Neurophysiol 4: 407-418
- [100] : Maclean, P.D. (1949) Psychosomatic disease and the « visceral brain ». Recent developments bearing the Papez theory of emotion. Psychosom. Medicine, 11 : 338-353
- [101] : Phelps, E.A., Ledoux, J.G. (2005) Contributions of the amygdale to emotion processing : from animal models to human behavior. Neuron, 48 : 175-187
- [102] : Keller, M., Perrin, G., Meurisse, M., Ferreira, G., Levy, F. (2004) Cortical and medial amygdala are both involved in the formation of olfactory memory in sheep. Eur. J. Neurosci., 20 : 3433-3441
- [103] : Lehman, M.N., Winans, S.S. (1982) Vomeronasal and olfactory pathways to the amygdala controlling male hamster sexual behavior. Brain Res. 240 : 27-41
- [104] : O'Keefe, J., Nadel, L. (1978) The hippocampus as a cognitive map, Clarendon Press, Oxford
- [105] : Olton, D.S., (1979) Mazes, Maps and memory. Amer. Psychol., 34 : 583-596
- [106] : Gray, J.A., (1982) Precip of the neuropsychology of anxiety : an enquiry into the functions of the septo-hippocampal system. Behav. Brain Sci, 5 : 469-534
- [107] : Gray, J.A., Mc Naughton, N. (2000) The neuro psychology of anxiety. Oxford University Press, NY
- [108] : Olds, J., Milner, P.M. (1954) Positive reinforcement produced by electrical stimulation of the septal area and other regions of the rat brain. J. Comp. Physiol. Psychol. , 47 : 419-427
- [109] : Harlow, J.M., (1848) Passage of an iron rod through the head. Boston Med Surg. J 39 : 389-393
- [110] : Harlow, J.M. (1868) Recovery after severe injury to the head. Publications of the Massachusetts Medical Society 2 : 327-347

- [111]: Damasio, H., Grabowski, T., Franck, R., Galaburda, A.M., Damasio, A.R. (1934) The return of Phineas Gage : clues about the brain from the skull of a famous patient. *Science* 264 : 1102-1105
- [112]: Damasio, A.R. (1985) Severe disturbance of higher cognition after bilateral frontal lobe ablation. *Neurology.*, 35 : 1731-1741
- [113]: Labar, K.S., Gatenby, J.C., Gore, J.C., Ledoux, J.E., Phelps, E.A., (1998) Human Amygdala activation during conditioned fear acquisition and extinction : a mixed – trial f MRI study. *Neuron* 20 : 937-945
- [114]: Knight, D.C., Cheng, D.T., Smith, C.N., Stein, E.A., Helmstetter, F.J., (2004) Neural substrates mediating human delay and trace fear conditioning. *J. Neurosci.* 24 : 218-228
- [115]: Gray, M., Kemp, A.H., Silberstein, R.B., Nathan, P.J., (2003) Cortical neurophysiology of anticipatory anxiety : an investigation utilizing steady state probe topography (SSPT) *Neuro Image* 20 : 975-986
- [116]: Damasio, A.R., Grabowski, T.J., Bechara, A., Damasio, H., Hichwa, R.D., (2000) Subcortical and cortical brain activity during the feeling of self generated emotions. *Nat. Neurosci.* 3 : 1049-1056
- [117]: Morris, J.S., Frith, C.D., Peneit, D.I., Owlnd, D., Young, A.W., Calder, A.J., Dolan, R.J. (1996) differential neural response in the human amygdala to fearful and happy facial expressions. *Nature*, 383 : 812-815
- [118]: Hariri, A.R., Bookheimer, S.Y., Mazziota, J.C., (2000) Modulating emotional responses : effects of a neocortical network on the limbic system. *Neuro report.*, 11 : 43-48
- [119]: Isnard, J., Guenot, M., Sindou, M., Mauguier, F., (2004) Clinical manifestations of insular lobe seizures : a stereo-electroencephalographic study. *Epilepsia*, 45 : 1079-1090
- [120]: Bechara, A., Tranel, D., Damasio, H., Adolphs, R., Rockland, C., Damasio, A.R., (1995) Double dissociation of conditioning and declarative knowledge relative to the amygdala and hippocampus in human. *Science*, 269 : 1115-1118
- [121]: Young, A.W., Aggleton, J.P., Hellawell, D.J., Jonhson, M., Broks, P., Hanley, J.R., (1995) Face processing impairments after amygdalotomy. *Brain* 118 : 15-24
- [122]: Adolphs, R., Tranel, D., Damasio, A.R., (1998) The human amygdala in social judgment. *Nature* 393 : 470-474
- [123]: Parkinson, J.A., Robbins, T.W., Everitt, B.J., (2000) Dissociable roles of the central and basolateral amygdala in appetitive emotional learning. *Eur. J. Neurosci.*, 12 : 405-413
- [124]: Rogan, M.T., Staubli, U.V., Ledoux, J.E., (1997) Fear conditioning induces associative long term potentiation in the amygdala. *Nature*, 350 : 604-607
- [125]: Maren, S., Holt, M., (2000) The hippocampus and contextual memory retrieval in pavlovian conditioning. *Behav, Brain Res.*, 110 : 97-108
- [126]: Frankland, P.W., Bontempi, B., Talton, L.E., Kaczmareck, L., Silva A.J., (2004) The involvement of the anterior cingulate cortex in remote contextual fear memory. *Science*, 304 : 881-883
- [127]: Nauta, W.J.M., (1971) The problem of the frontal lobe : a reinterpretation. *J. Psychiatr. Res.* 8 : 167-187
- [128]: Peleg, G., Katzir, G., Peleg, Q., Kamara, M. (2006) Hereditary family signature of facial expression. *Proc. Natl. Acad Sci. , USA*, 103 : 15921-15926

- [129] : Sackheim, H.A., Gur, R.C., Saucy, M. (1978) Emotions are expressed more intensely on the left side of the face. *Science*, 202 : 434-436
- [130] : Carmon, A., Nachson, I., (1973) Ear asymmetry in perception of emotional nonverbal stimuli. *Acta Psychologica* 37 : 351-357
- [131] : Davidson, R.J., Schwartz, G.E., Saron, C., Goleman, D.J., (1979) Frontal versus Parietal EEG symmetry during positive and negative affect. *Psycho Physiology* 16 : 202-203
- [132] : Canli, T., Desmond, J.E., Zhao, Z., Glover, G., Gabrieli, J.D., (1988) Hemispheric asymmetry for emotional stimuli detected with fMRI. *Neuro report* 9 : 3233-3239
- [133] : Selye, H., (1936) A syndrome produced by diverse noxious agents. *Nature*, 138 :32
- [134] : Selye, H. (1946) The general adaptation syndrome and the disease of adaptation. *J. Clin. Endocrinol. Metab*, 6 : 117-230
- [135] : Mason, J.M., (1971) A re-evaluation of the concept of « non specificity » in stress theory. *J. Psychiatr. Res.*, 8 : 323-333
- [136] : Weiss, J.M. (1972) Psychological factors in stress and disease *Sci. Am.* , 226 : 104-113
- [137] : Weiss, J.M., (1968) Effects of coping responses on stress. *J. Comp. Physiol. Psychol.*, 65 : 251-260
- [138] : Ursin, H., Baade, E., Levine, S., (1978) *Psychobiology of stress : a study of coping men*. Academic press, NY
- [139] : Koolhaas, J.M., Korte, S.M., De Boer, S.F., Van der Vegt, B.J., Van Reenen, C.G., (1999) Coping styles in animals : current status in behavior and stress physiology. *Neurosci. Biobehav rev.*, 23 : 925-935
- [140] : Cannon, W.B., (1915) *Bodily changes in pain, hunger, fear and rage* . Appleton, NY
- [141] : Engel, G.L., Schmale, A.H. (1972) *conservation withdrawal : a primary regulatory process for organic homeostasis*. *Physiology, Emotions and psychosomatic illness*. Elsevier. NY
- [142] : Mustapha Talmi , Edmond Carlier (1993) *Effets neuromodulateurs et neurotoxiques des glucocorticoïdes au niveau de l'hippocampe, implications possibles dans les processus de vieillissement*, Thèse de Doctorat, Marseille
- [143] : Czeh. B., Lucassen. P.J., (2007) *European Archives of Psychiatry and clinical Neurosciences*
- [144] : Young, A., Sahakian, B., Robbins, T., Cowen, P., (1999) The effects of chronic administration of hydrocortisone on cognitive function in normal male volunteers. *Psychopharmacology*
- [145] : Lupien, S., Gillin, G., Hanger, R., (1999) Working memory is more sensitive than declarative memory to the acute effects of corticosteroids: a dose-response study in humans
- [146] : De Quervain, D., Roozendaal, B., Nitsch, R., Mc Gaugh, J., Hock, C., (2000) Acute cortisone administration impairs retrieval of long-term declarative memory in humans. *Nature Neuroscience*, 3 : 313-314
- [147] : Ingram, C., Snowball R.K., Mihai, R., (1996) Circadian rhythm of neuronal activity in suprachiasmatic nucleus slices from the vasopressin deficient rat. *Neuroscience* 75 : 635-641
- [148] : Oliver, C., Dadauny, F., Darmon, P., Velut, J.G., Frachebois, G., Grino, M., (1997) *Presse médicale* 26 : 1635-1641

- [149] : Sterling, P., Eyer, J., (1988) Allostasis : a new paradigm to explain arousal pathology, in Fisher. NY
- [150] : Mc Ewen, B.S., Stellar, E., (1993) Stress and the individual, mechanisms leading to disease. Arch. Intern. Med. 153 :2093-2101
- [151] : Mc Ewen, B.S., Lasley, E.N., (2002) The end of stress as we know it. In Joseph Henry Press and Dana Press, Waxhington DC
- [152] : Ishigami, T., (1919) The influence of psychic acts on the progress of pulmonary tuberculosis. Am.Tuberc, 2 : 470-484
- [153] : Solomon, G.F., Moos, R.H., (1964) Emotions, immunity and disease : a speculative theoretical integration. Arch. Gen. Psychiat. 11 : 657-674
- [154] : Shavit, Y., Lewis, J.W., Terman, G.W., (1984) Opioid peptides mediate the suppressive effect of stress on natural killer cell cytotoxicity. Science, 223 :188-190
- [155] : Segerstrom, S.C., Miller, G.E., (2004) Psychological stress and the human immune system : a meta-analytic study of 30 years of inquiry. Psychol. Bull. 130 : 601-630
- [156] : Zeier, H., Brauchli, P., Jemelka, H.H., (1996) Effects of work demands on immunoglobulin A and cortisol in air traffic controllers. Bio Psychol. 42 : 413-423
- [157] : Monnier, G., (2011) Dépression Alexithymie et Personnalité, Thèse Médecine. Université de Limoges.
- [158] : Mc Ewen, B.S., (1999) Stress and hippocampal plasticity. A. Rev. Neuro. 22 : 105-122
- [159] : Mc Ewen, B.S., (2000) Allostasis and allostatic load : implications for neuro psychopharmacology. Neuropsychopharmacology. 22 : 108-124
- [160] : Saylam, C., Ucerler, M., Kilis, O., Ozand, E., Gonul, A.S., (2006) Reduced hippocampal volume in drug –free depressed patients. Surg. Radiol. Anat. 4 : 1-6
- [161] : Frodl, T., Meisenzahl, E.M., Zetzsche, T., Hohne, T., Banac, S., Schorr, C., Jager, M., Leinsinger, G., Bottlender, R., Reiser, M., Moller, M.J., (2004) Hippocampal and amygdala changes in patients with major depressive disorder and healthy controls during a 1 year follow-up. J. Clin. Psychiatry, 55 : 492-499
- [162] : Allport, G.W (1937) Personality : a psychological interpretation. N.Y. Holt
- [163] : Eysenck, H.J. (1953) The structure of human personality. NY, Wiley
- [164] : Byrne, D. (1966) Introduction to personality. Englewood Cliffs. N.J.: Prentice Hall
- [165] : Carver, C.S., Scheier, M.F. (2000) Perspectives on personality. London Allyn an Bacon.
- [166] : Freud, S. (1895) Esquisse d'une psychologie scientifique
- [167] : Freud, S. (1964) Introduction à la psychanalyse. Paris. Payot
- [168] : Jung, C.G., (1933) Psychological types, NY : Harcourt, Brace et World
- [169] : Myers, M.B., Mc Caulley, M.H. (1985) Manuel ; a guide to the development and use of the Myers-Briggs Type Indicator. Palo Alto, CA : Consulting Psycho Press
- [170] : Adler, A. (1964) Social interest : a challenge to mankind. NY : Capricorn Books
- [171] : Crandall, J.E. (1980) Adler's concept of social interest: theory measurement and implications for adjustment. Journal of personality and Social Psychology 39 :481-495
- [172] : Erikson, E. (1968) Identity : youth and crisis. NY : Norton
- [173] : Peterson, B.E. (2002) Longitudinal analysis of midlife generativity, intergenerational roles, and caregiving. Psychological Aging 17: 161-168

- [174] : Ochse, R., Plug, C.,(1986) Cross cultural investigation of the validity of Erikson's theory of personality development. *Journal of Personality and Social Psychology*. 50: 1240-1252
- [175] : Rogers, C.R. (1980) *A way of being*. Boston Houghton Mifflin
- [176] : Skinner B.F. (1951) *Walden Two*. N.Y. : Mac Millan
- [177] : Bandura, A. (1969) *Principles of behavior modification*. NY: Holt, Rinehart et Winston
- [178] : Bandura, A. (1986) *Social foundation of thought and action : a social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall
- [179] : Kelly, G.A. (1955) *The psychology of personal constructs*. NY: NORTON
- [180] : Mischel, W., Shoda, Y. (1998) Reconciling processing dynamics and personality dispositions. *Annual review of psychology* 49 : 229-258
- [181] : Mischel, W., Shoda, Y. (1995) A cognitive affective system theory of personality : reconceptualizing situations, dispositions, and invariance in personality structure. *Psychological Review* 102 : 246-268
- [182] : Beck, A.T. (1972) *Depression: causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press
- [183] : Blackburn, Y.M., Cottraux, J. A. (2007) *Théorique cognitive de la dépression*. Paris : Masson
- [184] : Allport, G.W. (1937) *Personality : a psychological interpretation*. NY : Holt
- [185] : Cattell, R.B. (1965) *The scientific analysis of personality*. Baltimore: Penguin Books
- [186] : Cattell, R.B. (1950) *Personality*. Mc Graw, NY
- [187] : Cattell, R.B. (1990) *Advances in Cattellian personality theory*. *Handbook of personality. Theory and Research*. NY: Guilford Press
- [188] : Cattell, R.B., Eber, H.W., Tatsuoka, H.H (1977) *Handbook for the 16 personality factor questionnaire*. Champaign, IL : IPAT
- [189] : Eysenck, H.J. (1947) *Dimensions of personality*. NY : Praeger
- [190] : Eysenck, H.J. (1994) *The big five or giant three : criteria for a paradigm. The developing structure of temperament and personality from infancy to adulthood*. Millsdale, NJ: Erlbaum
- [191] : Eysenck, M.J., Eysenck, S.B.G, (1975) *Manual of the Eysenck personality questionnaire*. London: Hodder and Stoughton
- [192] : Fiske, D.W. (1949) Consistency of the factorial structures of personality ratings from different sources. *Journal of Abnormal and social Psychology*, 44: 329-344
- [193] : Goldberg, L.R. (1990) An alternative description of personality : the big five factor structure. *Journal of Personality and social Psychology*. 59: 1216- 1229
- [194] : Digman, J.M.,(1990) Personality structure: emergence of the five-model factor. *Annual Review of psychology* 41: 417-440
- [195] : John, O.P., (1990) The big five factor taxonomy: dimensions of personality in the natural language and in questionnaires. In L.A. Pervin. *Handbook of personality: theory and research* NY. Guilford Press
- [196] : Wiggins, J.S. (1996) *The five-factor model of personality: theoretical perspectives*, NY. Guilford

- [197] : Mc Crae, R.R., Costa, P.T. (1997) Personality traits structure as human universal. *American Psychologist*, 52 : 509-516
- [198] : Endler, N.S., Magnusson, D (1976) *Interactional Psychology and personality*. Washington DC Hemisphere
- [199] : Gray, J.A. (1982) *The neuropsychology of anxiety : an enquiry into the functions of the septo-hypocampal system*. NY. Oxford University Press
- [200] : Gray, J.A. (1994) Personality dimensions and emotion systems. In P. Ekman, R.J. Davidson. *The nature of emotion: Fundamental questions*. NY. Oxford University Press
- [201] : Carver, C.S., White, T.L. (1994) Behavioral inhibition, behavioral activation and affective responses to impending reward and punishment: the BIS/BAS scales. *Journal of Personality and social Psychology* 67: 319-333
- [202] : Depue, R.A. (1995) Neurobiological factors in personality and depression. *European Journal of personality*. 9 : 413-439
- [203] : Davidson, R.J., Ekman, P., Saron, C.D., Senulis, J.A., Friesen, W.V. (1990) Approach/ Withdrawal and cerebral asymmetry : Emotional expression and brain physiology. *Journal of personality and social Psychology*. 58: 330-341
- [204] : Blizard, D (1988) The locus coeruleus a positive neural focus for genetic differences in emotionality. *Experientia* 44 : 491-495
- [205] : Coccaro, E.F., Siever, L.S., Klar, H.M., Maurer, G., Cockran, K., Cooper, T.B., Moks, R.E., Davis, K.I. (1989) Serotonergic studies in patients with affective and personality disorders : correlates with suicidal and impulsive aggressive behavior. *Archives of general Psychiatry* 46 : 587-599
- [206] : Tellegen, A., Walker, N.G., (1991) Exploring personality through test construction : Development of the Multidimensional Personality Questionnaire. In S.R. Briggs Cheek Eds, *Personality measures: development and evaluation*
- [207] : Zuckerman, M (1979) *Sensation seeking: beyond the optimal level of arousal*. Hillsdale : Erlbaum
- [208] : Zuckerman, M (1996) The psychobiological model for impulsive unsocialised sensation seeking : a comparative approach. *Neuro psychobiology* 34 : 125-129
- [209] : Zuckerman, M., Kuhlman, D.M., Joireman, J., Teta, P., Kraft, M. (1993) A comparison of three structural models for personality : the big three, the big five and the alternative five. *Journal of personality and social psychology* 65 : 757-768
- [210] : Zuckerman, M., Kuhlman, D.M., Thornquist, M. Kiers, M (1991) Five (or three) robust questionnaire scale factors of personality without culture. *Personality and individual differences* 12: 929- 941
- [211] : Cloninger, C.R. (1987) A systematic method for clinical description and classification of personality variants. *Archive of general Psychiatry* 44:573-588
- [212] : Cloninger, C.R. (1988) A unified biosocial theory of personality and its role in the development of anxiety states: a reply to commentaries. *Psychiatric developments* 2: 83-120
- [213] : Cloninger, C.R., Gilligan, S.B. (1987) Neurogenetic mechanisms of learning: a phylogenetic perspective. *Journal of Psychiatric Research* 21: 457-472
- [214] : Routtenberg, F (1978) The reward system of the brain. *Scientific American* 239: 154-164

- [215] : Cloninger, C.R. (1986) A unified biosocial theory of personality and its role in the development of anxiety states. *Psychiatric Developments* 3: 167-226
- [216] : Gerra, G., Zaimovic, A., Timpano, M., Zambelli, U., Delsignore, R., Brambilla, F. (2000) Neuroendocrine correlates of temperamental traits in human. *Psycho neuro endocrinology*. 25 :479-496
- [217] : Hansenne, M., Pinto, E., Pitchot, W., Reggers, J., Scantamburlo, G., Moor, M., Ansseau, M. (2002) Further evidence on the relationship between dopamine and novelty seeking : a neuro endocrine study. *Personality and individual differences* 33: 967-977
- [218] : Puttonen, S., Ravaja, N., Keltikangas-Jarvinen, L. (2005) Cloninger's temperament dimensions and affective reponses to different challenges. *Comprehensive psychiatry*. 46 : 128-134
- [219] : Mulder, R.T., Joyce, P.R., Sellman, J.D., Sullivan, P.F., Cloninger, C.R. (1996). Towards an understanding of defense style in terms of temperament and character. *Acta Psychiatrica Scandinavia*. 93: 99-104
- [220] : Parker, G., Cheah, Y.C., Parker, K. (2003) Properties of the temperament and character inventory in a Chinese sample. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 108: 367-373
- [221] : Hesselbrock, M.N., Hesselbrock, V.M (1992) Relationship of family history, antisocial personality disorder and personality traits in young men at risk for alcoholism. *Journal of studies on alcohol*. 53: 619-625
- [222] : Kobori, O., Yamagata, S., Kijima, N. (2005) The relationship of temperament to multidimensional perfectionism trait. *Personality and Individual Differences*. 38 : 203-211
- [223] : Cloninger, C.R. (1994) Temperament and personality. *Current opinion in neurobiology*. 4: 266-273
- [224] : Cloninger, C.R., Przybeck, T.R., Svrakic, D.M., Wetzel, R.D. (1994) The temperament and character Inventory : a guide to its development and use. St Louis, M.O : center for psychobiology of personality
- [225] : Hansenne, M., Pitchot, W., Gonzalez-Moreno, A., Machurot, P.Y., Reggers, J., Ansseau, M (1997) The harm avoidance dimension of the tridimensional personality questionnaire and serotonin activity in depression. *Biological Psychiatry*. 42 : 959-961
- [226] : Nelson, E.C., Cloninger, C.R., Przybeck, T.R., Csernansky, J.G. (1996) Platelet serotonergic markers of the tridimensional personality questionnaire measures in a clinical sample. *Biological Psychiatry*. 40: 271-278
- [227] : Cloninger, C.R. (1987) A systematic method for clinical description and classification of personality variants : a proposal. *Archives of general psychiatry* 44 : 573-588
- [228] : Cloninger, C.R. (1998) The genetics and psychobiology of the seven factor model of personality. In *Biology of personality disorders*. Washington DC, USA. American Psychiatric Press
- [229] : Garvey, M.J, Noyes, R., Cook, B., Blum, N (1996) Preliminary confirmation of the proposal link between reward dependence and norepinephrine. *Psychiatry Research* 65: 61-64
- [230] : Parker, G., Cheah, YC., Parker, K. (2003) properties of the temperament and character inventory in a chinese sample. *Acta psychiatrica scandinavica*. 108 : 367-373

- [231] : Gusnard, D.A, Ollinger, J.I, Shulman , G.L, Cloninger , C.R, Price, J.L., Van Essen, D.C Raiche, M.E (2003) Persistence and brain circuitry. Proceedings of the National Academy of Sciences. 100 : 3479-3484
- [232] : Bulik, C.M, Sullivan, P.F, Joyce, P.R (1999) Temperament, character and suicid attempts in anorexia nervosa, bulimia nervosa and major depression. Acta Psychiatrica Scandinavica, 100 :27-32
- [233] : Christodoulou, C., Rose, J.J (1995) Persistence : an independant factor of the tridimensional Personnality Questionnaire. Psychological reports. 76 : 1307 – 1314
- [234] : Krebs, H., Weyers, P.,Janke, W. (1998) validation of the German version of cloninger's TPQ : replication and correlations with stress coping, mood measures and drug use. Personality and individual differences. 24 : 805-814
- [235] : Svrakic, N.M, Svrakic, D.M, Cloninger, C.R (1996) A general quantitative theory of personality development : fundamentals of a self-organizing psychobiological complex. Development and psychopathology.8: 247-272
- [236] : Cloninger, C.R (1998) the genetics and psychobiology of the seven factor model of personnality. In: Biology of personality disorders. Review of psychiatry series. Washington DC, USA American Psychiatric Press Inc;
- [237] : Hamer, D.M., Greenberg, B.D., Sabrol, S.Z. (1999) Role of the serotonin transporter gene in temperament and character. Journal of Personality disorders. 13 : 312-328
- [238] : Hansson, L., Eklund, M., Bengtsson-Tops, A.(2001) the relationship of personality dimensions as measured by the temperament and character inventory and quality of life in individuals. Quality of life research. 10 : 133-139
- [239] : Laidlaw, T.M, Dwivedi P., Naito, A., Uzelier, H. (2005) Low self-directedness (TCI), Mood, Schizotypy and hypnotic susceptibility. Personality and Individual Differences. 39 : 69-80
- [240] : Svrakic, D.M, Przybeck, T.R, Cloninger, C.R (1993) Differential diagnosis of personality disorders by the seven factor model of temperament and character. Archives of Général Psychiatry. 50 : 991-999
- [241] : Cloninger, C.R, Przybeck, T.R, Svrakic, D.M. Wetzel, R.D. (1994). The temperament and Character Inventory (TCI), a guide to its development and use. Center for psychobiology of personality. Washinton University. St Louis. Missouri
- [242] : WHO. (2001) World Health report. Geneva : WHO
- [243] : Andrade, L., Caraveo, A. (2003) Epidemiology of major depressive episodes : Results from the International consortium of psychiatrie epidemiology (ICPE) Surveys 12 : 3-21
- [244] : Beck, F., Guignard, R. (2012) La dépression en France : évolution de la prévalence, du recours au soin et du sentiment d'information de la population. La santé de l'homme n°421
- [245] : La dépression en France, enquête ANADEP 2005, INPES
- [246] : Bijl, R.V., Ravelli, A., Van, Z.G. Prevalence of Psychiatric disorder in the general population : result of the Netherlands Mental Health Survey and incidence study (NEMESIS). Social Psychiatry and psychiatric epidemiology. (1998) Vol 33, n° 12 : 587-595
- [247] : Le Pape A ., Lecomte, T. Prévalence et prise en charge médicale de la dépression. France 1996-1997. Paris : CREDES (1999)

- [248] : Lepine, JP., Gasquet, I., Kovess, V., Arbabzadeh-Bouchez, S., Negre-Pages, L., Nachbaur, G. Prévalence et comorbidité des troubles psychiatriques dans la population générale française : résultats de l'étude épidémiologique ESEMed/MHEDEA (2000). L'Encéphale 2005. 31 : 182-194
- [249] : Lamboy, B., Leon, C., Guilbert, P. Troubles dépressifs et recours aux soins dans la population française à partir des données du baromètre santé 2005. Revue Epidémiol Santé Publique (2007) 55 : 222-227
- [250] : Kessler, R.C., Mc Gonagle, K.A., Swartz, M., Blazer, D.G., Nelson, C.B. Sex and Depression in the national comorbidity survey : lifetime, prevalence, chronicity and recurrence. Journal of affective disorders. (1993) 29 : 85-96
- [251] : Carton, S. (2001) Les émotions : aperçu théorique. Neuro-psy 16: 25-30
- [252] : Frijda, N.H. (1994). Varieties of affect : emotions and episodes, moods and sentiments. In: The nature of emotion, NY. Oxford University Press
- [253] : Pedinielli, J.L., Bertagne, P., (2010). Les névroses. 2e ed. Paris. Armand Colin
- [254] : Feighner, J.P., Robins, E., Guze, S.B., Woodruff, R.A., Winoker, G., Munoz, R., (1972) Diagnostic criteria for use in psychiatric research. Arch Gen Psychiat. 26 : 57-63
- [255] : Spitzer, R.L., Endicott, J., Robins, E., (1978) Research diagnostic criteria rationale and reliability. Arch Gen Psychiatry 35 : 773-782
- [256] : Bourgeois, M., Verdoux, H. Deuil clinique et pathologique. EMC – Psychiatre 1994
- [257] : Bourgeois, M., Deuil et psychopathologie. PUF, Paris 1994
- [258] : Hansenne, M. Bianchi, J. (2007) Emotional Intelligence and personality in Major depression : Trait versus State affects. Psychiatry Research ; 166 : 63-68
- [259] : Ethnopsychiatrie des Indiens Mohave. G. Devereux
- [260] : Nous ne sommes pas seul au monde. T. Nathan
- [261] : L'influence qui guérit. T. Nathan
- [262] : Les états dépressifs chez le noir africain, Dc Ezin Houngré, J. Faculté des Sciences de la santé. Cotonou
- [263] : Lambo, T.A. (1956) Neuro-psychiatric observations in the western region of Nigeria. Brit Med J 138 :8-12
- [264] : Rapport de santé annuel, 2002, observatoire ministériel de la santé, Sénégal
- [265] : Ktiouet, J. Les dépressions au Maroc : de la culture au pragmatisme. Inf Psychiatric (2004) 6 : 63-72
- [266] : Ghorbal, M. La personnalité maghrébine, Schéma théorique et Application à la dépression grave. Psychol Med (1980) 12 : 655-668
- [267] : Zouari, N., Aloulou, J., Siala, M., Ben Makmoud, S., Zouari, L., Mallej, M. (2009) Aspects culturels dans la dépression masquée par des symptômes psychotiques
- [268] : Ryder, A.G., Chentsova-Dutton, Y.E., (2012) Depression in cultural context : « Chinese somatizations ». Psychiatr Clin Nort AM. 35 : 15-36
- [269] : Ryder, A.G., Yang, J., Zhu, X., Yao, S., Yi, J., Heine, S.J., Bagby, R.M., (2008) The cultural shaping of depression : somatic symptoms in China, psychological symptoms in North America ? Journal of abnormal Psychology 117 : 300-313
- [270] : Clement, J.P., Darthout, N., Nubupko, P. Guide pratique de Psycho gériatrie, Masson, 2e ed, Paris

- [271] : Benony, Ch., Golse, B., Psychopathologie du bébé. Paris, Armand Colin. 2007
- [272] : Alvarez, L., Golse, B. La psychiatrie du bébé. PUF 2008
- [273] : Stern, D.N., Le Monde interpersonnel du nourrisson. Une perspective psychanalytique et développementale. Paris PUF (1989)
- [274] : Kreisler, L. Le nouvel enfant du désordre psychosomatique. Toulouse. Privat, Collection Education et culture (1987)
- [275] : Kreisler, L. La dépression du nourrisson. In : S. Lebovici, F. Weil-Halpern, Psychopathologie du bébé. Paris PUF (1989)
- [276] : Tustin, F. Autisme et psychose de l'enfant. Lavoisier éd. (1982)
- [277] : Marcelli, D., Cohen, D., (2012) Enfance et psychopathologie Masson Ed
- [278] : Tatossian, A. (1979) Phénoménologie des psychoses. Le cercle herméneutique Paris (2002)
- [279] : Murphy, J.M., Nierenberg, A.A., Laid, N.M., Monson, R., Sobol, A., Leighton, A. (2002) Incidence of major depression ; prediction from subthreshold categories in the stirling county study. Journal of affective disorders 68 : 251-259
- [280] : Mc Cullough, J.P., Klein, D.N., Borian, F.E., Howland, R.H., Lawrence, P., Keller, M.B., Banks, P.L.C. (2003) Group comparisons of DSM IV Subtypes of chronic depression : validity of the distinctions ? Journal of Abnormal psychology 112 : 614-622
- [281] : Lewinsohn, P.M., Solomon, A., Seeley, J.R., Zeiss, A., (2000) Clinical implications of subthreshold depressive symptoms. Journal of abnormal psychology. 109 : 345-351
- [282] : Van Pragg, H.M., Asnis, G., Kahn, R.S. (1990) Monoamines and abnormal behaviour : a multi-aminergic Perspective. British Journal of psychiatry. 157 : 723-734
- [283] : Henry, C., M'Baïlara, K., Poinot, R., Falissard, B. (2006) Construction et validation d'une échelle dimensionnelle de l'humeur : multidimensional assessment of thymic states (MATHys). L'Encéphale. 33 : 768-774
- [284] : Henry, C., M'Baïlara, K., Poinot, R., Desage, A., Anbniol, B., (2006) Mise en évidence de deux types de dépression bipolaire à l'aide d'une approche dimensionnelle. Implication thérapeutique. Annales Médico-psychologiques 164 : 314-321
- [285] : Carton, S., Jouvent, R. (1991) Evaluer la tristesse et l'humeur dépressive. Visages de la dépression. P21-25
- [286] : Jouvent, R., Carton, S., (1992) Sémiologie complexe des émotions. Neuropsych 7 : 213-221
- [287] : Fawcett, J., Clark, D.C., Scheftner, W.A., Hedeker, D., (1983) Differences between anhedonic and normally hedonic depressive states. American Journal of Psychiatry 140 : 1027-1030
- [288] : Pierson, A., Loas, G., Lesevre, N., (1990) Etude des potentiels évoqués cognitifs en fonction de la valence affective et de la signification des stimulus chez les sujets sains anhédoniques avec attitudes dysfonctionnelles. L'Encéphale 16 : 209-216
- [289] : Loas, G. (1993) Adaptation et validation française de l'échelle d'anhédonie physique de Chapman. L'Encéphale 19 : 639-644
- [290] : Kosmadakis, C., Bungener, C., Jouvent, R., Widlöcher, D. (1995) Traduction et validation de l'échelle révisée d'anhédonie sociale. L'Encéphale 21 : 341-443

- [291]: Tanniou, E. (2001) Plaisir subjectif et anhédonie : étude dimensionnelle et psychopathologique. Université Paris6. Mémoire DEA « Psychopathologie et neurobiologie du développement et des comportements »
- [292] : Corcos, M ., Speranza, M. (2003) Psychopathologie de l'alexithymie. Paris. Dunod
- [293] : Lane, R.D., Ahern, G.L., Schwartz, G.E., Kazniak, A.W., (1997) Is alexithymia the emotional equivalent of blind-sight ? *Biological Psychiatry* 42 : 834-844
- [294] : Jouvent, R., Vindreau, C., Montreuil, M., Bungener, C., Widlöcher, D., (1988) La clinique polydimensionnelle de l'humeur dépressive. Nouvelle version de l'échelle EHD. *Psychiatrie et Psychobiologie* 3 : 245-253
- [295] : Bungener, C., Jouvent, R., Derouesné, C., (1996) Affective disturbances in Alzheimer 's disease. *Journal of American Geriatric Society* 44 : 1-6
- [296] : Bungener, C., Lefrère, J.J., Widlöcher, D., Jouvent, R., (1995) Emotional deficit : an adaptative and evolutive process in HIV Infection. *European Psychiatry* 10 : 345-351
- [297] : Bungener, C., Jouvent, R., Delaporte, C., (1998) Psychopathological and Emotional deficits in Myotonic Dystrophy. *Journal of neurology, neurosurgery and psychiatry* 65 : 353-356
- [298] : Radat, F., Ouallet, J.C., Brochet, B., Jouvent, R., (2007) Validation de l'EHD, version auto-questionnaire dans la sclérose en plaque. *L'Encéphale* 33 : 49-57
- [299] : Plutchick,R., Ax, A.F., (1967) A critique of determinant of emotional states by Schachter and Singer. *Psychophysiology*, 4 : 79-82
- [300] : Schaefer, E.S., Plutchick, R., (1966) Interrelationships of emotions traits and diagnostic constructs. *Psychological Reports* 18 : 399-410
- [301] : Izard, C.E., (1971) *The face of Emotion*. Appleton – Century – Crofts, NY] [Izard, C.E., (1972). *Patterns of emotions: a new analysis of anxiety and depression*. Academic Press. San Diego
- [302] : Kotsch, W.E., Gerbing, D.W., Schwartz, L.E., (1982) The construct validity of the differential emotions scale as adapted for children and adolescents. In: C.E. Izard, *Measuring emotions in infants and children* 251-278. Cambridge UK. Cambridge University Press
- [303] : Blumberg, S.H., Izard, C.E., (1986) Discriminating patterns of emotions in 10 and 11 years old children's anxiety and depression. *Journal of personality and social Psychology*. 51 : 852-857
- [304] : Clark, L.A., Walson, D., Mineka, S., (1994) Temperament, personality and the mood and anxiety disorders. *Journal of abnormal psychology*. 103 : 103-116
- [305] : Izard, C.E., Fine, S., Schultz, D., Mostow, A., Ackerman, B., Youngstrom, E., (2001) Emotion knowledge as a predictor of social behavior and academic competence in children at risk. *Psychological science* 12: 18-23
- [306] : Kashani, J.H., Suarez, L., Allan, W.D., Reid, J.C., (1997) Hopelessness in inpatient youths: a closer look at behavior, emotional expression and social support. *Journal of the American Academy of child and adolescent psychiatry* 36 : 1625-1631
- [307] : Izard, C.E., Libero, D.Z., Putnam, P., Haynes, O.M., (1993) Stability of emotion experiences and their relations to traits of personality. *Journal of personality and social psychology*. 64 : 847-860

- [308]: Blumberg, S.M., Izard, C.E., (1985) Affective and cognitive characteristics of depression in 10 and 11 years old children. *Journal of personality and social psychology*. 49 : 194-202
- [309]: Tugada, M.M., Fredrickson, B.L. (2004) Resilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences. *Journal of personality and social psychology*. 86 : 320-333
- [310]: Ricard-St Aubin, J.S, Philippe, F.L, Beaulieu-Pelletier,G., Lecours, S. (2010) Validation francophone de l'échelle des émotions différentielles IV (EED-IV). *Revue Européenne de psychologie appliquée*. 60 : 41-53
- [311]: Block, J., Kremen, A.M. (1996) IQ and ego-resiliency: conceptual and empirical connections and separateness. *Journal of personality and social psychology*. 70 : 349-361
- [312]: Fredrickson, B.L., (1998) What good are positive emotions ? *Review of general psychology* 2: 300-319
- [313]: Fredrickson, B.L., (2001) The role of positive emotions in positive psychology : the broaden and built theory of positive emotions. *American psychologist* 56 : 218-226
- [314]: Pelissolo, A., Rolland ; J.P., Perez-Diaz, F., Jouvent, R., Allilaire, J.F., (2007) Evaluation dimensionnelle des émotions en psychiatrie : validation du questionnaire EPN-31. *L'Encéphale*. 33 : 256-266
- [315]: Rolland, J.P., Du stress au bien être subjectif. Proposition d'une approche intégrative. Habilitation à Diriger des Recherches. Université Paris X Nanterre. 1998
- [316]: Watson, D., Clark, L.A., Mood and temperament. NY. The Guilford Press. 2000
- [317]: Diener, E., Emmons, R. The independence of positive and negative affect. *J. personal Soc. Psychol.* (1985) 47: 1105-1117
- [318]: Diener, E., Smith, M., Fujita, F. (1995) The personality structure of affects. *J. personal Soc. Psychol.* 69 : 130-141
- [319]: Clark LA, Watson D. *J Abnorm Psychol* 1991; 100:316-336] [Clark LA, Watson D, Mineka S. *J Abnorm Psychol* 1994; 103:103-116
- [320]: Diener, E., Eunkook, H., Suh, M., Luca, E., Heidi, L., (1999) Subjective well-being : three decades of progress. *Psychological bulletin*. 125 : 276-302
- [321]: Diener, E., Fujita, F., (1995) The personality structure of affect. *J. personality and social psychol.* 69: 130-141
- [322]: Rolland, J.P., De Fruyt, F., (2003) The validity of FFM personality dimensions and maladaptive traits to predict negative affect at work: a six month prospective study in a military sample. *European Journal of personality*. 17 : 101-121
- [323]: Pelissolo, A., Rolland ; J.P., Perez-Diaz, F., Jouvent, R., Allilaire, J.F., (2007) Evaluation dimensionnelle des émotions en psychiatrie : validation du questionnaire EPN-31. *L'Encéphale*. 33 : 256-266
- [324]: Mikolajczak, M (2008) Conceptualizing the individual differences in emotion regulation : the three level model of emotion regulation skills. *Emotion Researcher*, 23 : 9-11
- [325]: Mikolajczak, M. (2008) Moving beyond, the ability-trait debate : a three level model of emotional intelligence. *Applied Psychology*, 5 : 25-31
- [326]: Lumley, M.A., Stettner, L., Wehmer, F. (1966) How are alexithymia and physical illness linked ? A review and critique of pathways. *Journal of Psychosomatic Research*, 41 : 505-518

- [327] : Barlow, D.M., Allen, L.B., (2004) The scientific basis of psychological treatments for anxiety disorders. In: Fears and anxiety, WashingtonDC, American Psychiatric Press Vol 171-191
- [328] : Philippot, P. (2007) Emotions et psychothérapie. Wavre Mardaga
- [329] : Kabat-Zinn, J. (2003) Mindfulness-based interventions in context : past, present and future. Clinical Psychology : Sciences and Practice, 10 : 125-143
- [330] : Brown, K.W., Ryan, R.M., (2003) The benefits of being present : Mindfulness and its role in psychological well-being . Journal of Personality and Social Psychology. 36 : 917-927
- [331] : Bellinghausen, L. (2007) L'identification des émotions
- [332] : Lane, R., Schwartz, G. (1987) Levels of emotional awareness : a cognitive – developmental theory and its application to psychopathology. The American Journal of Psychiatry 144 : 133-143
- [333] : Lane, R.D., Quinlan, D.M., Schwartz, G.E., Walker, P.A., Zeitlin, S.B. (1990) The Levels of Emotional Awareness Scale: A cognitive-developmental measure of emotion. Journal of Personality, Assessment 55 : 124-134
- [334] : Mehrabian, (1981) Silent messages : implicit communication of emotions and attitudes, Belmont, Wadsworth
- [335] : Burgoon, J., Buller, D., Woodall, V. (1996) Non verbal communication : the unspoken dialogue, NY, Mc Graw-Mill
- [336] : Ekman, P., Friesen, W.Y. (1971) Constant across cultures in the face and emotion. Journal of Personality and social psychology, 17 : 124-129
- [337] : Tracy, J.L., Robins, R.W. (2004) Show your pride: evidence for a discrete emotion expression. Psychological Science 15: 194-197
- [338] : Keltner, D. (1995) Signs of appeasement: evidence for the distinct displays of embarrassment, amusement and shame. Journal of personality and social psychology 68 : 441-454
- [339] : Ekman, P., Friesen, W.V., Hager, J.C. (1978) Facial Action Coding System, Palo Alto, CA, Consulting Psychologists Press
- [340] : Argyle, M., Cook, M. (1976) Gaze and mutual gaze. Londres, Cambridge University Press
- [341] : Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Jolliffe, T. (1997) Is there a language of the eyes? Evidence from normal adults, and adults with autism or Asperger syndrome. Visual cognition 4: 311-331
- [342] : Baron-Cohen, S., Jolliffe, T., Mortimore, C., Robertson, M. (1997) Another advanced test of theory of mind : evidence from very high functioning adults with autism or Asperger Syndrome. Journal of child psychology and psychiatry 38 : 813-822
- [343] : Wallbott, H.G. (1998) Bodily expression of emotion. European Journal of social psychology, 28: 879-896
- [344] : Schouwstra, S., Hoogstraten, J. (1995) Head position and spinal position as determinants of perceived emotional state. Perceptual and motor skills, 81 : 673-674
- [345] : Scherer, K.R., Johnstone, T., Klasmeyer, G. (2003) Vocal expression of emotion, In Handbook of affective sciences, NY, Oxford University Press

- [346] : Scherer, K.R., Banse, R., Wallbott, H.G. (2001) Emotion inferences from vocal expression correlate across languages and cultures. *Journal of cross cultural psychology* 32 : 76-92
- [347] : Barnlund, D.G. (1968) *Interpersonal communication : survey and studies*. Boston, Houghton Mifflin
- [348] : Myers, G.E., Myers, M.T. (1990) *Les bases de la communication humaine. Une approche théorique et pratique*. Montreal, Mc GRAW-HILL
- [349] : Hall, E. (1971) *La dimension cachée*, Paris Seuil
- [350] : John, O.P., Gross, J.J. (2007) Individual differences in emotion regulation strategies : links to global trait, dynamic and social cognitive constructs. In *Handbook of emotion regulation*, NY, Guilford Press
- [351] : Caska, C.M., Hendrickson, B.E., Wong, M.H., Ali, S., Neylan, T., Whooley, M.A (2009) Anger and sleep quality in patients with coronary heart disease : findings from the heart and soul study. *Psychosomatic Medicine* 71 : 280-285
- [352] : Housiaux, M., Luminet, O., Van Broeck, N., Dorchy, M. (2008) Can emotional competences predict glucose control in a population of young type I diabetics
- [353] : Pennebaker, J.W., Kiecolt-Glaser J., Glaser, R. (1988) Disclosure of traumas and immune function: Health implications for psychotherapy. *Journal of consulting and clinical Psychology*, 56: 239-245
- [354] : Pennebaker, J.W., Kiecolt-Glaser, J., Glaser, R. (1997) *Opening up: the healing power of expressing emotion*. NY, Guilford Press
- [355] : Burton, C.M., King, A. (2008) Effects of brief writing on health : the two minute miracle. *British Journal of health psychology* 13 : 9-14 [356] :
- [356] : Frattaroli, J. (2006) Experimental disclosure and its moderators : a meta analysis. *Psychological bulletin*, 132 : 823-865
- [357] : Murray, H.A., (1938) *Explorations in Personality*. NY, Oxford University Press
- [358] : Maslow, A.H., (1954) *Motivation and Personality*. NY, Hasper and Row
- [359] : Timmerman, G.M., Acton, G.J. (2001) The relationship between basic need satisfaction and emotional eating. *Issues in Mental Health*, 22 : 691-701
- [360] : Garcia Aurrecochea, R., Diaz-Guerrero, R., Medinamora, M.E., (2007) Need satisfaction deficit among cocaine and/or marijuana users asking for treatment. *Adicciones* 19 : 289-299
- [361] : Patrick, H., Knee, C.R., Canevello, A., Lonsbary, C. (2007) The role of need fulfillment in relationship functioning and well-being. *Journal of personality and social Psychology*, 92 : 434-457
- [362] : Ryan, R.M., Deci, E.L. (2005) The developmental line of autonomy in the etiology, dynamics and treatment of borderline personality disorders. *Development and Psychopathology*, 17 : 987-1006
- [363] : Gross, J.J. (2008) *Emotion regulation*. In : *Handbook of Emotions* NY, Guilford Press
- [364] : Gross, J.J., Richards, J.M., John, O.P. (2006) *Emotion regulation in everyday life*. Washington DC, American Psychological Association
- [365] : Bolger, N., Schilling, E.A., (1991) Personality and the problems of everyday life : the role of neuroticism in exposure and reactivity to daily stressors. *Journal of Personality*, 59 : 355-386

- [366] : Billings, A.G., Moos, R.H. (1991) The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events. *Journal of behavioral Medicine*, 4: 139-157
- [367] : Penley, J.A., Tomaka, J., Wiebe, J.S. (2002) The association of coping to physical and psychological health outcomes : a meta-analytic review. *Journal of Behavioral Medicine*, 25: 551-603
- [368] : Struthers, C.W., Perry, R.P., Menec, V.M. (2000) an examination of the relationship among academic stress, coping, motivation and performance in college. *Research in higher Education*, 41 : 581-592
- [369] : Mc Kay, M., Wood, J.C., Brantley, J. (2007) *The dialectical behavior therapy skills workbook*. Oakland, Newharbinger Publications
- [370] : Mc Kay, M., Wood, J.C., Brantley, J. (2007) *The dialectical behavior therapy skills workbook*, Oakland, Newharbinger Publications
- [371] : Cottraux, J. (2007) *Thérapies cognitive et emotions. La troisième vague*. Masson Paris
- [372] : Burns, D.D. (1999) *Feeling Good : the new mood therapy*, NY, William Morrow and Co
- [373] : Cyrulnik, B. (2002) *un merveilleux malheur*, Odile Jacob
- [374] : Cyrulnik, B., Seron, C. (2004) *la résilience ou comment renaître de sa souffrance*. Fabert Coll
- [375] : Rimé, B., Finkenauer, C., Luminet, O., Zech, E., Philippot, P. (1998) Social sharing of emotion : new evidence and new questions. *European Review of social psychology*, 9 : 145-189
- [376] : Rimé, B. (2007) Interpersonal emotion regulation, In *Handbook of Emotion Regulation*, NY, Guilford Press
- [377] : Rimé, B. (2009) Emotion elicits the social sharing of emotion : theory and empirical review. *Emotion Review*, 1 : 60-85
- [378] : Sulmon, A. (2003) *Personality factors predictive of the response to relaxation*. Thèse, Université de Louvain, Belgique
- [379] : Luebbert, K., Dahma, B., Hasenberg, M. (2001) The effectiveness of relaxation training in reducing treatment-related symptoms and improving emotional adjustment in acute non surgical cancer treatment : a meta-analytical review. *Psycho-oncology* 10 : 490-502
- [380] : Bower, G.M. (1981) Mood and Memory. *American Psychologist* 36 : 129-148
- [381] : Amieva, H. (2009) *Actes du congrès de Paris, Etude ETNA3*.
- [382] : Haute Autorité de Santé, *Recommandation 2011 Maladie Alzheimer, Diagnostic et Prise en charge*
- [383] : Eich, E., Metcalfe, J., (1989). Mood dependant memory for internal versus external events. *Journal of experimental psychology. Learning, memory and cognition*. 15: 443-455
- [384] : Matt, G.E., Vasquez, C., Campbell, W.K. (1992) Mood congruent recall of affectively toned stimuli: a meta analytic review. *Clinical Psychology Review*, 12 : 222-255
- [385] : Budson, A.E., Simons, J.S., Sullivan, A.L., Beier, J.S., Solomon, P.R., Scinto, L.F., Daffner, K.R., Schacter, D.L. (2004) Memory and emotions for the september 11, 2001, terrorist attacks in patients with mild cognitive impairment, Alzheimer's disease, and healthy older adults. *Neuropsychology*, 18 : 315-327

- [386] : Gilligan, S.G. (1982) Mood intensity and learning of congruous material. Ph.D. Thesis Stanford, Psychology department University
- [387] : Eich, E., Kihlstrom, J.F., Bower, G.H., Forgas, J.P. (2000) Cognition and Emotion. NY, Oxford University Press
- [388] : Schwarz, N., Bless, M. (1991) Happy and mindless, but sad and smart ? The impact of affective states on analytic reasoning. Emotion and social judgments new south Wales, Australie, Pergamon Press
- [389] : Bless, H., (2000) The interplay of affect and cognition : the mediating role of general knowledge structures. In: JP Forgas Eds, Feeling and thinking : the role of affect in social cognition. Studies in emotion and social interaction NY, Cambridge Univerity Press
- [390] : Bless, H., Clore, G.L., Schwarz, N., Golisano, V., (1996) Mood and the use of scripts : Does a happy mood really lead to mindlessness ? Journal of personality and social psychology ; 2 : 665-679
- [391] : Isen, A.M., (1987) Positive affect, cognitive processes and social behavior. In L. Berkowitz Eds. Advances in experimental social psychology Vo. 20, San Diego, Academic Press
- [392] : Mayer, J.D., Gaschke, Y.N., Braverman, D.L., Evans, T.W. (1992) Mood congruent judgment is a general affect. Journal of Personality and Social psychology 63 : 119-132
- [393] : Yuen, K.S.L., Lee, T.M.C. (2003) Could mood state affect risk – taking decisions ? Journal of affective disorders 75 : 11-18
- [394] : Baron, R.A. (1987) internement's moods and reactions to job applicants : the influence of affective states on applical social judgements. Journal of applied social psychology. 17 : 911-926
- [395] : Matthews, G., Zeidner, M., Roberts, R.D., (2003) Emotional intelligence : science and Myth. Boston, MA MIT Press
- [396] : Thorndike, E.L., (1920) Intelligence and its uses, In Harper's magazine, 140 : 227-235
- [397] : Wechsler, D., (1940) NON intellectual factors in general intelligence ; Psychological Bulletin, 37 : 444-445
- [398] : Gardner, M., Les formes de l'intelligence. Paris, Odile Jacob
- [399] : Leuner, B., (1966) Emotional Intelligence and emancipation : a psychodynamic study on women. Kinderpsychiatr, 15 : 196-203
- [400] : Payne, W.L., (1986) A study of emotion : developing emotional intelligence. Self integration, relating to fear, pain and desire: Dissertation Abstracts international, 47
- [401] : Greenspan, S.I., (1989) Emotional Intelligence. In: Learning and Education. Psycho analytic perspective. Madison CT International Universities Press
- [402] : Salovey, P., Mayer, J.D., (1990) Emotional Intelligence. Imagination, cognition and personality, 9 : 185-211
- [403] : Epstein, S. (1998) Constructive thinking : the key to emotional intelligence. Wesport, CT : Praeger
- [404] : Hernstein, R., Murray, C., (1994) The bell curve. NY, Simon and Schuster
- [405] : Mayer, JD., Salovey, P. (1997) What is emotional intelligence ? In : P. Salovey et D.J. Salovey, Emotional Development and emotional Intelligence : Educational Implications. NY, Basic Books

- [406] : Mayer, J.D., Salovey,P., Caruso, D. (2002) MSCEIT User's Manuel. Toronto, ON : Multi-health Systems
- [407] : Mayer, J.D., Salovey, P., Caruso, D., Sitarenios, G., (2002) Measuring emotional intelligence with the MSCEIT V2.0. *Emotions*, 3 : 97-105
- [408] : Mayer, J.D., Salovey,P., Caruso, D., (2002) MSCEIT User's Manual. Toronto, ON : Multi health systems
- [409] : Ciarrochi, J.V., Chan, A.Y.C., Caputi, P., (2000) A critical evaluation of the emotional intelligence concept. *Personality and individual differences*, 28 : 539-561
- [410] : Brackett, M.A., Mayer, J.D., (2003) Convergent, discriminant and incremental validity of competing measures of emotional intelligence. *Personality and social psychology Bulletin*, 29 : 1147-1158
- [411] : Fox, S., (2000) Where's the intelligence in emotional Intelligence. *Academy of Manadgment Archives*, 18 : 37-50
- [412] : Bar-On, R., (1997) Bar-on Emotional quotient Inventory (EQ-I) Technical Manual, Toronto, Canada Multi-Health Systems
- [413] : Huteau, M., (1985) Les conceptions cognitives de la personnalité. Paris, PUF
- [414] : Huteau, M., (1995) Manuel de psychologie différentielle. Paris Dunod
- [415] : Mehrabian, A., (1996) Pleasure-arousal dominance : a general framework for describing and measuring individual differences in temperament. *Current psychology*, 14 : 261-292
- [416] : Goleman, D., (1995) Emotional Intelligence. NY. Bantan Books
- [417] : Goleman, D., (1997) Emotional Intelligence II. NY : Bantan Books
- [418] : Goleman, D., (2001) Cultiver l'intelligence relationnelle. Ed Pcket
- [419] : Goleman, D., (2010) L'intelligence émotionnelle au travail. Ed pearson
- [420] : Boyatzis, R.E., Goleman, D., Rhee, K., (2000) Clustering competence in Emotional intelligence: Insights from the Emotional Competence Inventory (ECI). In Bar-On R. and Parker, J.D.A, *Handbook of emotional intelligence*
- [421] : Dawda, D., Hart, S.D., (2000) Assessing emotional intelligence: Reliability and validity of the Bar-On Emotional Quotient Inventory in University students. *Personality and individual differences*, 28 : 797-812
- [422] : Brackett, M.A., Mayer, J.D., (2003) Convergent, discreminant, and incremental validity of competing measures of emotional intelligence. *Personality and social Psychology Bulletin*, 29 : 1147-1158
- [423] : Schutte, N.J., Malouff, J.M., Haggerty, D.J., Cooper, J.T., Golden, C.J., Dorheim, L., (1998) Development and validation of measure of emotional intelligence. *Personality and individual differences*, 25 : 167-177
- [424] : Watkin, C.,(2000) Developing emotional intelligence. *International Journal of selection and assenment*, 2 : 89-92
- [425] : Bobot, L., (2010) IE et négociation. *Revue Management et Avenir*, 31 : 407-430
- [426] : Fox, S., Spector,P.E., (2000) Relation of emotional intelligence, practical intelligence, general intelligence, and trait affectivity with interview outcomes. *Journal of organizational Behavior*, 21 : 203-220

- [427] : Petrides, K.V., Fredrickson, N., Furnham, A., (2004) The role of trait emotional intelligence in academic performance and deviant behavior at school. *Personality and individual differences*, 36 : 277-293
- [428] : Slaski, M., Cartwright, S., (2002) Health, performance and emotional intelligence : an exploratory study retail managers. *Stress and health*, 18 : 63-88
- [429] : Parker, J.D., Creque, R.E., Barnhart, D., Harris, J.I., Majeski, S.R., Wood, L.M., Bond, B.J., Hogan, M.J., (2004) Academic achievement in high school : Does emotional intelligence matter ? *Personality and individual differences*, 37 : 1321-1330
- [430] : Lyons, J.B., Schneider, T.R., (2005) The influence of emotional intelligence on performance. *J Personality and individual differences*, 39 : 693-703
- [431] : Austin, E.J., Farrelly, D., Black, C., Moore, H., (2007) Emotional Intelligence, Machiavellianism and Emotional manipulation : Does EI have a dark side. *J Personality and individual differences*, 43 : 173-183
- [432] : Newsome, S., Day, A.L., Catano, V.M., (2000) Assessing the predictive validity of emotional intelligence. *Personality and Individual differences*, 29: 1005-1016
- [433] : O'connor, R.M., Little, J.S., (2003) Revising the predictive validity of Emotional intelligence: Self-report versus ability-based measures. *Personality and individual differences*, 35 : 1893-1902
- [434] : Jordan, P.J., Troth, A.C., (2004) Managing emotional during team problem solving : emotional intelligence and conflict resolution. *Human performance*, 17 : 195-218
- [435] : Jordan, P.J., Troth, A.C., (2002) EI and conflict resolution : implications for human ressource development. In Callahan J.L., Mc Collum Ed : *Advances in developing human ressources*; 4 : 62-79
- [436] : Jordan, P.T., Ashkanasy, N.M., Hartel, C.E.J., Hooper, G.S., (2002) Workgroup emotional intelligence ; scale development and relationship to team process effectiveness and goal focus. *Human ressources management. Review*, 12 : 195-214
- [437] : Prati, L., Douglas, C., Ferris, G.R., Ammeter, A.P., Buckley, M.R., (2003) Emotional intelligence, leadership effectiveness and team outcomes. *International Journal of organizational Analysis*, 11 : 21-40
- [438] : Quidbach, J., (2005) Intelligence Emotionnelle : quelles relations avec la performance et la cohésion d'une équipe de travail. Mémoire de licence en sciences psychologiques. Université de Liège
- [439] : Chamorro-Premuzic, T., Bennett, E., Furnham, A., (2006) The happy personality : mediational role of trait emotional intelligence. *J. Personality and individual differences*, 42 : 1633-1639
- [440] : Saklofske, D.H., Ausin, E.J., Minski, P.S.,(2003) Factor structure and validity of a trait emotional intelligence measure. *Personality and individual differences*, 34 : 1091-1100
- [441] : Austin, E.J., Saklofske, D.H., Egan, V., (2005) Personality, well-being and Health correlates of trait Emotional Intelligence. *J. Personality and Individual Differences*, 38 : 547-558
- [442] : Ciarrochi, J.V., Chan, A.Y.C., Bajgar, J., (2001) Measuring EI in adolescents. *Personality and individual differences* , 35 : 641-658
- [443] : Brackett, M.A., Mayer, J.D., Warner, R.M., (2004) EI and its relation to everyday behavior

- [444] : Bastian, V.A., Burns, N.R., Nettelbeck, T., (2005) EI predicts life skill, but not as well as personality and cognitive abilities
- [445] : Abramson, L. Metalsky, G. Alloy, L.(1989) Hopelessness depression: a theory based subtype of depression. *Psychological review*, 96:358-372
- [446] : Beck, A.T.(1967) *Depression: clinical, experimental and theoretical aspects*, NY, Harper & Row
- [447] : Werner, E. Smith, R. (1982) *vulnerable but invincible: a longitudinal study of resilient children and youth*. Mc Graw –Hill press book
- [448] : Werner, E.(1993) *Kish, resilience and recovery*. In cornell university press
- [449] : Masten, A. Best, K., Garmery, N. (1990) *resilience and development*. *Development and psychopathology*. Deux points 426 -444
- [450] : Lesch, K.P., Bengel, D., Heils, A., Sabol, S.Z., Greenberg, B.D., Petri, S. (1996) Association of anxiety-related traits with a polymorphism in the serotonin transporter gene regulatory region. *Science*. 274 :1527-1531
- [451] : Caspi,A., Mc Clay, J.,Moffitt, T.E, Mill, J., Martin,J., Craig,I.W..Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children. *Science*.(2002) 297 :851-854
- [452] : Zhang, H.Y , Ishigaki, T.,Tani, K., Chen, K., Shih, J.C, Miyasato, K. (1997) Serotonin 2A receptor gene polymorphism in mood disorders. *Biol psychiatry* 41 : 768-773
- [453] : Gorwood, P. (2009) *dépression sévère : gènes et environnement*. *L'Encéphale*. Supplément 7 : 306-309
- [454] : Caspi, R. Sugden, K., Moffith, T.E. (2005) Influence of life stress on depression : moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science*. 301 : 386-389
- [455] : Pezawas, L., Meyer-Lindenberg, A., Drabant, E.M. (2005) 5HTTLPR polymorphism impact human cingulate-amygdala interactions : a genetic susceptibility mechanism for depression. *Nat Neuroscience* 8 : 828-834
- [456] : Zis, A.P, Goodwin, F.K (1979) Major affective disorder as a recurrent illness : a critical review. *Arch Gen Psychiatry*. 36 : 835-838
- [457] : Mueller, T.I, Leon, A.C, Keller, M.B(1999) Recurrent after recovery from major depressive disorder during 15 years of observational follow-up. *Am J Psychiatry*.134 :382-9
- [458] : Kendler, K.S, Kuhn, J.W, Prescott, C.A (2004) Childhood sexual abuse, stressful life events and risk for major depression in women. *Psychol Med*. 34 : 475-82
- [459] : Kendler, K.S, Sheth, K, Gardner, C.O., Prescott,C.A. (2002) Childhood parental loss and risk for first onset of major depression and alcohol dependence : the time decay of risk and sex differences. *Psychol Med*.32 :1187-94
- [460] : Ritchie, K., Jaussent, J., Stewart, R. (2009). Association of adverse childhood environment with late life depression. *J. Clin Psychiatry* 70: 1281-8
- [461] : Ming, T., Yhan, L., Wang, Z. (2011) Examining the relationship between lifetime stressful life events and the onset of major depression in chinese women. *J affected Disorder*. 135:95-99
- [462] : Kessing, L.V., Andersen, P.K., Mortensen, P.B., (1998) Recurrence in affective disorder. Case register study. *Br J Psychiatry*. 172: 23-28
- [463] : Gorwood, P. (2010) *Dépression récidivantes : neurotoxicité des épisodes et prévention des récurrences*. *L'encephale*, supplément S ; 136-139

- [464] : Sheline, Y.I., Mittler, B.L., Hintum, M.A. (2002) The hippocampus and depression. *Eur Psychiatry*. 17: 300-305
- [465] : Corruble, E. Falissard, B., Gorwood, P. (2006) Life events exposure before a treated major depressive episode depends on the number of past episodes. *Eur Psychiatry*. 21 : 364-366
- [466] : Kendler, K.S., Thornton, L.M., Gardner C.O. (2000) Stressful life events and previous episodes in the etiology of major depression in women : an evaluation of the « kindling » hypothesis. *Am J Psychiatry* 157 : 1243-1251
- [467] : Corruble, E. (2006) Dépression récurrente et événements de vie : de la clinique à de nouveaux modèles explicatifs ? *Enquête ACTUEL. L'encéphale*. 32 :938-7
- [468] : Kronmuller, K.T., Pantel, J., Gotz, B. (2008) Life events and hippocampal volume in first episode major depression. *J. Affect Disord*. 110: 228-232
- [469] : Gorwood, P., Corruble, E., Falissard, B., Goodwing, G.M. (2008). Toxic effects of depression on brain function: impairment of delayed recall and the cumulative length of depressive disorder in a large sample of depressed outpatients. *Am J Psychiatry*. 65: 731-9
- [470] : Perry, J.C., Guelfi, J.P., Despland, J.N., Hanin, B. *Echelles d'évaluation des mécanismes de défense* (2004) Paris Masson.
- [471] : Folkman, S. Personal control and stress and coping processes : a theoretical analysis (1984) *J of Personality and social Psychology*. 46 :839-852
- [472] : Corruble, E., (2009) Personnalité et vulnérabilité aux dépressions sévères. *L'Encéphale* ; 57 : 5282-5285
- [473] : Hirano, S., Sato, T., Narita, T., Uehara, T., (2002) Evaluating the state dependency of the TCI dimensions in patients with major depression : a methodological contribution. *J. of affective disorders*. 69 : 31-38
- [474] : Hansenne, M., Reggers, J., Pinto, E., Asseau, M. (1999) TCI and depression. *Journal of psychiatric research* , 33 : 31-36
- [475] : Hansenne, M., Asseau, M. (1998) Catecholaminergic function and temperament in major depressive disorder. *Psychoneuroendocrinology* , 23 : 477-483
- [476] : Maeno, N., Kusunoki, K., Kitajima, T., Iwata, N., Ozaki, N., (2004) Personality of seasonal affective disorder. *Journal of affective disorders*. 85: 267-273
- [477] : Agosti, V., Mc Grath, P.J., (2002) Comparison of the affects of fluoxetine, imipramine and placebo on personality on atypical depression. *J. of Affective Disorders*, 71 : 113-120
- [478] : Smith, D.J., Duffly, L., Stewart, M.E., Blackwood, D.H.R. (2005) High harm avoidance and low self directedness in euthymic young adults with recurrent, early-onset depression. *J. of Affective Disorders* 87 : 83-89
- [479] : Cloninger, C.R., Strakic, D.M., Przybeck, T.R. (2006) Can personality assessment predict future depression ? a twelve month follow up of 631 subjects. *Journal of Affective Disorders* ; 92 : 35-44
- [480] : Elovainio, M., Kivimaki, M., Puttonen, S., Heponiemi, T., Pulkki, L., Keltikangas-Jarvinen, L., (2004) Temperament and depressive symptoms: a population based longitudinal study on Cloninger's psychobiological temperament Model. *J. of Affective Disorders*, 83 : 227-232
- [481] : Hansenne, M., Bianchi, J., (2009) EI and personality in major depression : trait versus state affects. *Psychiatry research* ; 166 : 63-68

- [482] : Hansenne, M., Reggers, J., Pinto, E., Kjiri, K., Ajamier, A., Asseau, M., (1999) Temperament and character inventory and depression. *Journal of Psychiatric research* ; 33 : 31-36
- [483] : Grucza, RA., Przybeck, TR., Spitznagel, EL., Cloninger, CR., (2003) Personality and depressive symptoms : a multidimensional analysis. *J. of Affective Disorders*, 74 : 123-130
- [484] : Brown, S.L., Svrakic, D.M., Przybeck, T.R., Cloninger, C.R., (1992) The relationship of personality to mood and anxiety states: a dimensional approach. *Journal of Psychiatric research* ; 26 : 197-211
- [485] : Kleitfield, E.I., Sunday, S., Hurt, S., Malmi, K.A., (1994) The effect of depression and treatment on the TPQ. *Biological Psychiatry* 36 : 68-70
- [486] : Corruble, E., Duret, C., Pelissolo, A., Falissard, B., Guelfi, J.D., (2002) Early and delayed personality changes associated with depression recovery ? a one-year follow up study. *Psychiatry research*. 109 : 17-25
- [487] : Abrams, K.Y., Yune, S.K., Kim, S.J. (2004) Trait and state aspects of harm avoidance and its implication for treatment in major depressive disorder, dysthymic disorder, and depressive personality disorder. *Psychiatry and clinical neurosciences*. 58 : 240-248
- [488] : Cha, C.B., Nock, P.D., (2009) Emotional intelligence is a protective factor for suicidal behavior. *Journal of the American Academy of child and adolescent Psychiatry*. 48 : 422-430
- [489] : Hansenne, M., Bianchi, J., (2009) EI and personality in major depression : trait versus state effects. *Psychiatry Research* 166 : 63-68
- [490] : Biran, M., Burch, N., (2009) Emotional Intelligence, depression and antidepressant. *European Psychiatry* ; 24 : 5616
- [491] : Keller, H.C., Nesse, R.M., (2006) The evolutionary significance of depressive symptoms: different adverse situations lead to different depressive symptom patterns. *J. of personality and social psychology*. 91 : 316-330
- [492] : Freudenberg, H.J., (1974) « Staff burnout ». *Journal of social Issues*. 30 : 159-165
- [493] : Maslach, C., (1976). « Burn-out ». *Human behaviour*. 5 : 16-22
- [494] : Maslach, C., Jackson, S.E., (1986) *Maslach Burnout Inventory : manual*, 2ème ed. Palo Alto, CA consulting Psychologist Press Inc
- [495] : Westman, M., Eltzion, D., (1995) Crossover of stress, strain and resources from spouse to another. *Journal of organizational behavior*. 16 : 169-181
- [496] : Cresswell, S.L., Eklund, R.C., (2004) The athlete burnout syndrome : possible early signs. *Journal of science and medicine in sport*. 7 : 481-487
- [497] : Kulik, Z., Rayyan, F., (2003) Spousal relation and wellbeing. *Journal of community psychology*. 31 : 57-73
- [498] : Cherniss, C., (1980) *Staff burn-out. Job stress in the human services*, Beverly Hills, Sa
- [499] : Edelwich, J., Brodsky, A., (1980) *Burn out : stages of disillusionment in the helping professions*, NY, Human Sciences Press
- [500] : Maslach, C., Leiter, M.P., (1997) *The truth about burnout ; how organizations cause personal stress and what to do about it*, San Francisco, CA ; Jossey – Bass
- [501] : Suls, J., Bunde, J., (2005) Anger, anxiety and depression as risk factors for cardiovascular diseases : the problems and implications of overlapping affective dispositions. *Psychological Bulletin*. 131 : 260-300

- [502] : Thomas, P., (2009) La famille face à son patient dément. DU Psychogériatrie, Limoges
- [503] : Austin,E.J., Saklofske,D.H., Huang,H.S, McKenney,D. (2004) Measurement of trait emotional intelligence : testing and cross-validating a modified version of Schutte et al measure. Personality and individual differences. 36 : 555-562
- [504] : Petrides,K.V., Furnham,A. (2000) On the dimensional structure of emotional intelligence. Personality and individual differences. 29: 313-320
- [505] : Beck,A.T.,Ward,C.H., Mendelson,M., Mock,J., Erbaugh,J. (1961) An inventory for measuring depression. Archives of general psychiatry. 4: 561-571
- [506] : Collet,L., Cottraux,J. (1986) The shortened Beck depression inventory. Study of the concurrent validity with the Hamilton scale and Widlocher's retardation scale. L'encéphale. 12: 77-79
- [507] : Chakroun-Vinciguerra,N., Faytout,M., Pelissolo,A., Swendsen,J. (2005) Validation française de la version courte de l'inventaire du Tempérament et du Caractère (TCI-125). Journal de Thérapie comportementale et cognitive. 15 : 27-33
- [508] : McCrae, R.R, Costa, P.T. (1983) Joint factors in self-reports and ratings : neuroticism, extraversion, and openness to experience. Personality and individual differences. 4: 245-255
- [509] : Ferreri,M et al (1987) Facteurs événementiels et depression: le questionnaire EVE, une nouvelle approche de méthodologie predictive. Psychologie médicale. 19 : 2441-2448
- [510] : Schlesselman,J.J, (1982) Case-control studies. Design, conduct, analysis. New York, Oxford University Press. Appendix C: 319-324
- [511] : Wacholder,S. McLaughlin,J.K. Silverman,D.T. Mandel,J.S.(1992) Selection of controls in case-control studies. Am J Epidemiol. 135: 1019-1028
- [512] : Jacobi,F., Wittchen,H.U., Holting,C., Hofler,M., Pfister,H., Muller,N. (2004) Prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health interview and examination survey. Psychological medicine. 34: 597-611
- [513] :Kessler,R.C., McGonagle,K.A., Swartz,M., Blazer,D.G., Nelson,C.B.(1993) Sex and depression in the national comorbidity survey: lifetime prevalence, chronicity and recurrence. Journal of affective disorders. 29: 85-96
- [514] : Rouillon.F (2003) Les troubles dépressifs récurrents. Paris : John Libbey Eutotext.
- [515] : Enquête Santé mentale en population générale (SMPG) (2004) Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees).
- [516]: Enquête décennale Santé (2002-2003) INSEE, Direction des statistiques démographiques et sociales (DSDS)
- [517] : Baromètre Santé (2004-2005) INPES.
- [518] : Santé et soins médicaux en France (1991-1992) INSEE-CREDES.
- [519] : Jenkins, R., Lewis,G., Bebbington,P et al (1997) The National Psychiatric Morbidity surveys of Great Britain-initial findings from the household survey. Psychological medicine. 27: 775-789.
- [520] : Ayuso-Mateos,J.L., Vasquez-Barquero,J.L., Dowrick,C. et al (2001) Depressive disorders in Europe : prevalence figures from ODIN study. The British journal of psychiatry : the journal of mental science. 79: 308-316.

- [521] : Lorant, V., Deliege,D., Eaton,W., Robert,A., Philippot,P. (2003) Socioeconomic inequalities in depression: a meta-analysis. *American journal of epidemiology*. 157: 98-112.
- [522] : Pelissolo,A. (2011) Balance émotionnelle dans les troubles anxieux et dépressifs. *Annales médico-psychologiques*. 169 : 124-127.
- [523] : Vandamme,M.J., Humez,C., Nandrino,J.L. (2004) French validation of the short version of the Temperament and Character Inventory. VII European Conference on Psychological Assessment. Malaga, 2/04.
- [524] : Pericaud, M. Clement, JP. (2012) Thèse de doctorat en médecine, Université de Limoges. Données non publiées ; article en cours.
- [525] : Dumont,C., Dumont,A.C., Roche,J.F., Clement,J.P. (2006) Dépression de perte et dépression d'épuisement. *Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale*.10:7-10.
- [526] : Ciarrochi,D.R., Deane,F.P., Anderson,S. (2002) Emotional intelligence moderates the relationship between stress and mental health. *Personality and individual differences*. 32: 197-209.
- [527] : Gallarda,T. (2000). La dépression du sujet âgé : aspect épidémiologiques, cliniques et thérapeuthiques. *L'encéphale*. hors série 4 :31-42.
- [528] : Godelier,M., Jullien,F., Maïla,J. (2005) *Le grand âge de la vie*. Paris, PUF.
- [529] : Giordana,J.Y., Roelandt,J.L., Porteaux,C. (2010) La santé mentale des personnes âgées : prévalence et représentation des troubles psychiques. *L'encéphale*. Sup 3 : 59-64.
- [530] : Hazif-Thomas,C., Decayeux,S., Thomas,P. (2006) Dépression du sujet âgé et risque suicidaire. *Soins psychiatrie*. 246 : 32-35.
- [531] : Bonnet,A., Brejard,V., Pasquier,A., Pedinelli,J.L. (2011) Affectivité et alexithymie : deux dimensions explicatives des relations entre symptômes dépressifs et anxieux. *L'encéphale*. 38 : 187-193.
- [532] : Sfineos,P.E. (1973) The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients. *Psychother Psychosom*. 22: 255-262.
- [533] : Zimmermann,G., Salamin,V., Reicherts,M. (2008) L'alexithymie aujourd'hui : essai d'articulation avec les conceptions contemporaines des émotions et de la personnalité. *Psychol Fr*. 53 : 115-128.
- [534] : Honkalampi,K., Hintikka,J., Viinamaki,H. (2007) Long-term alexithymic features indicate poor recovery from depression and psychopathology: a six-year follow-up. *Psychotherapy and psychosomatics*. 76: 312-314.
- [535] : Honkalampi,K., Hintikka,J., Tanskanen,A. (2000) Depression is strongly associated with alexithymia in the general population. *J Psychosom Res*. 48: 99-104.
- [536] : Strakowski,S.M., Dunayevich,E., Kech,P.E., McElroy,S.L. (1995) Affective state dependence of the tridimensional personality questionnaire. *Psychiatry research*. 57: 209-14.
- [537] : Chien,A.J., Dunner,D.L. (1996) The tridimensionnal personality questionnaire in depression : state versus trait issues. *Journal of psychiatry research*. 30: 197-209.
- [538] : Kusunoki,K., Sato,T., Taga,C., Yoshida,T. Osaki,N. (2000) Low novelty-seeking differentiates obsessive-compulsive disorder from major depression. *Acta Psychiatrica Scandinavia*. 101: 403-405.
- [539] : Kimura,S., Sato,T., Takahashi,T., Narita,T., Goto,M. (2000) Typus melancholicus and the TCI personality dimensions in patient with major depression. *Psychiatry and Clinical Neuroscience*. 54: 181-189.

- [540] : Hirschfeld,R.M.A., Klerman,G.L., Clayton,P.J., Larkin,B. (1983) Assessing personality: effects of the depressive state on trait measurement. *American Journal of Psychiatry*. 140:695-699.
- [541] : Black,K.J., Sheline,Y.L. (1997) Personality disorder scores improve with elective pharmacotherapy of depression. *Journal of Affective Disorders*. 43: 11-18.
- [542] : Elovainio,M., Kivimaki,M., Puttonen,S., Jarvinen,L. (2004) Temperament and depressive symptoms: a population-based longitudinal study on Cloninger's psychobiological temperament model. *Journal of affective Disorders*. 83: 227-232.
- [543] : Kobori,O., Yamagata,S., Kijima,N. (2005) The relationship of temperament to multidimensional perfectionism trait. *Personality and Individual Differences*. 37: 827-843.
- [544] : Zuckerman,M., Cloninger,C.R. (1996). Relationships between Cloninger's, Zuckman's, and Eysenck's dimensions of personality. *Personality and Individual Differences*. 21: 283-285.
- [545] : Herran,A., Vasquez-Barquero,J.L. (1998) Personality dimensions, the TPQ and depression. *European Depression*. 13: 343.
- [546] : Hirschfeld,R.M.A., Klerman,G.L., Lavori,P., Coryell,W. (1989) Premorbid personality assessments of first onset of major depression. *Archives of general psychiatry*. 46: 345-350.
- [547] : Davidson,R.J. (2000) *Anxiety, depression and emotion*. NY; Oxford University Press.
- [548] : Moresco,F.M., Dieci,M., Vita,A., Fazio,F. (2002) In vivo serotonin 5HT2A Receptor binding and personality traits in healthy subjects: a positron emission tomography study. *NeuroImage*. 17: 1470-1478.
- [549] : Zuckerman,M. (1995) The psychophysiology of Sensation Seeking. *Journal of Personality*. 19: 47-71.
- [550] : Czermak,C., Lehofer,M., Renger,H., Liebmann,P.M. (2004) Dopamine receptor D3 mRNA expression in human lymphocytes is negatively correlated with the personality trait of persistence. *Journal of Neuroimmunology*. 150: 145-149.
- [551] : Kluger,A.N., Siegfried,Z., Ebstein,R.P. (2002) A meta-analysis of the association between DRD4-polymorphism and novelty seeking. *Molecular psychiatry*. 7: 712-717.
- [552] : Laakso,A., Wallius,E., Kajander,J., Hietala,J. (2003) Personality traits and striatal dopamine synthesis capacity in healthy subjects. *American Journal of Psychiatry*.160:904-10
- [553] : Schinka,J.A., Letsch,E.A., Crawford,F.C. (2002) DRD4 and novelty seeking: results of meta-analyses. *American Journal of Medical Genetics*. 114: 643-648.
- [554] : Comings,D.E., Gade-Andavolu,R., Gonzalez,N., McMurray,J.P. (2000) A multivariate analysis of 59 candidate genes in personality traits: the temperament and character inventory. *Clinical Genetics*. 58: 375-385.
- [555] : Gillis,N. (2005) Etudes des relations entre des traits de la personnalité, la régulation émotionnelle et l'intelligence émotionnelle. Mémoire de licence en sciences psychologiques. Université de Liège.
- [556] : Maccacaro,G., DiTommaso,F., Ferrai,P., Bonatti,S., Merseburger,A. (2011) La fatica di essere maschio : un indagine su genere e burn out. *La medicina del Lavoro*. 102 :286-296.
- [557] : Houkes,I., Winants,Y., Twellaar,M., Verdonk,P. (2011) Development of burn out overtime and the causal order of the three dimensions of burn out among male and female GPs. A three wave panel study. *BMC Public health*. 11: 240.
- [558] : Furnham,A., Petrides,K.V. (2003) Trait emotional intelligence and happiness. *Social behavior and personality*. 31: 815-824.
- [559] : Cochard,V., Gadrey,N., Dequidt,E., Vandeputte,J.C. (2006) Femmes et homes face à l'emploi: où en sommes-nous ? Rapport INSEE-CORIF.
- [560] : Israel,L. (1976) *L'hystérique, le sexe et le médecin*. Ed Masson.
- [561] : Le Rhun,B., Pollet,P. (2011) *Diplômes et insertion professionnelle*. France, Portrait social. Rapport INSEE.

Table des annexes :

Annexe 1. Formulaire sujets dépressifs.....	322
Annexe 2. Formulaire sujets « Contrôle ».....	341

N° patient :

**DOSSIER POUR THESE
DE SPECIALITE :
OUTILS D'ANALYSE DES
PATIENTS DEPRESSIFS**

L'objectif de cette étude est d'étudier les modulations des composantes émotionnelles et de Tempérament et Caractère de la personnalité au décours d'un épisode dépressif.

Pour cela nous mettons à votre disposition un ensemble de questionnaires composés en deux parties : la première partie est composée d'hétéro-questionnaires à remplir par le praticien lors d'un court entretien avec le patient. La deuxième partie regroupe des questionnaires à remettre au patient qu'il devra remplir seul et vous remettre dans les meilleurs délais.

La population concernée est les patients pris en charge pour un premier épisode dépressif majeur. Ce dernier ne doit pas entrer dans le cadre d'un trouble bipolaire, d'une psychose, ou associés avec des troubles cognitifs. Le tableau dépressif doit être caractérisé et répondre aux critères DSM IV.

ELEMENTS SOCIO-DEMOGRAPHIQUES :

Age : date de naissance :

Sexe : Femme Homme

Statut Marital : célibataire marié(e) concubin(e) divorcé(e) veuf (veuve)

Lieu de vie : urbain rural

Niveau culturel : 1- illettré 2- lit et écrit 3- certificat d'études 4-BEPC 5-niveau BAC
 6-BAC 7-Université

Catégorie professionnelle : 1-agriculteur 2- artisan, commerçant, chef d'entreprise
 3- Cadre, profession intellectuelle 4-profession intermédiaire
 5-Employé 6-ouvrier 7-retraité 8-sans activité

S'agit-il de la première hospitalisation/consultation pour ce motif ? Oui Non

Si non : nombre d'hospitalisation/consultation antérieure pour épisode dépressif ?.....

Le patient prend-il un traitement psychotrope actuellement ? Oui Non

Si oui, lequel/lesquels ? Antidépresseur : ISRS IRSNa tricyclique Autre
(précisez).....

Thymorégulateur :(précisez).....

Neuroleptique/antipsychotique (précisez).....

Anxiolytique : (précisez).....

Hypnotique : (précisez).....

Autres : (précisez).....

CRITERES DSM-IV DU DIAGNOSTIC DE L'EPISODE DEPRESSIF MAJEUR

Au moins cinq des symptômes suivants sont présents pendant deux semaines et représentent un changement par rapport au fonctionnement antérieur dont au moins un des symptômes majeurs soulignés

Cocher les cases correspondantes aux critères présents chez votre patient

- Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (par exemple, se sent triste ou vide) ou observée par les autres (par exemple pleurs).
- Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).
- Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours.
- Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.
- Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).
- Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.
- Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours. (Pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).
- Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).
- Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

Pour pouvoir affirmer l'épisode dépressif majeur selon le DSM –IV, les 4 critères ci-après doivent être cochés.

- Les symptômes ne répondent pas aux critères d'épisodes mixtes.
- Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques d'une substance (par exemple, une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale (par exemple, hypothyroïdie).
- Les symptômes ne sont pas mieux expliqués par un deuil, c'est-à-dire après la mort d'un être cher, les symptômes persistent pendant plus de deux mois ou s'accompagnent d'une altération marquée du fonctionnement, de préoccupations morbides, de dévalorisation, d'idées suicidaires, de symptômes psychotiques ou de ralentissement psychomoteur.

Questionnaire pour le praticien :

N° Patient :

Selon vos connaissances et votre pratique clinique, quelle définition correspond au mieux à l'épisode dépressif de votre patient(e) ? (cochez un seul choix)

Dépression de perte :

L'épisode dépressif de votre patient(e) fait suite à une perte, c'est à dire un événement de vie difficilement surmontable émotionnellement (entourez une seule réponse) :

- Affective (perte d'un être cher, divorce, séparation, avortement...)
- Professionnelle (perte d'emploi, rétrogradation...)
- D'un statut/fonction (rôle familial, social, retraite)
- D'une identité physique (perte de capacité physique, mutilation, vieillesse)
- D'un idéal de vie
- Autre : (précisez)

Dépression d'épuisement :

L'épisode dépressif de votre patient(e) fait suite à l'exposition d'un stress de façon chronique. Il correspond à un épuisement causé par l'implication à long terme dans des situations qui sont exigeantes émotionnellement. Il peut correspondre à l'accumulation de contraintes ou succession de microtraumatismes psychologiques dans différents domaines (entourez une seule réponse) :

- Vie familiale et affective (problématique de couple, difficultés avec les enfants...)
- Vie professionnelle (conflits, contraintes et/ou exigences élevées...)
- Vie sociale (problèmes financiers, changement de vie matérielle, conflits avec la société)
- Santé (handicap, maladie chronique...)
- Autre : (précisez).....

Commentaires relatifs à votre choix :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

LETTRE D'INFORMATION

Madame, Monsieur,

Dans l'objectif d'optimiser la prise en charge des patients dépressifs, nous diffusons un outil de recueil d'informations. Ce questionnaire fera partie intégrante d'une étude dont l'objectif sera de mieux comprendre la souffrance psychique engendrée par la dépression.

Dans le domaine médical et psychologique, connaître le terrain de développement de la souffrance morale est essentiel. Nous espérons que cette étude nous permettra de mieux prendre en compte cette douleur, de la repérer plus précocement et surtout d'en prévenir et traiter avec plus d'efficacité les conséquences.

Ce document contient plusieurs questionnaires qui vont nous permettre d'affiner la connaissance des mécanismes de la dépression.

Ainsi, plusieurs questions vous seront posées et vous jugerez peut être que certaines des réponses que vous aurez à apporter relèvent du domaine de l'intime. A ce propos, soyez rassurés : ce travail répond aux règles de confidentialité et d'anonymat telles qu'elles sont définies par la loi du 9 août 2004, complétée par le décret du 26 avril 2006. En d'autres termes, l'ensemble des informations recueillies dans ce cahier sera soumis au secret médical, et ne pourra en aucun cas être divulgué, pour une quelconque raison, de manière nominative ou singulière, hors du cadre de cette étude.

Pour sa bonne fiabilité, nous vous demandons de remplir ce formulaire avec la plus grande attention.

Naturellement, votre consentement écrit reste indispensable, il vous est possible de refuser d'y participer.

Si vous le désirez, vous pourrez par la suite, être informé des résultats de cette étude.

Nous vous remercions par avance pour votre investissement, et nous vous assurons que nous utiliserons les résultats de ce travail avec le plus grand respect et nous l'espérons, la meilleure efficacité.

Adrien Jouette
Interne de psychiatrie

FORMULAIRE DE RECUEIL DE CONSENTEMENT

N° Patient :

Je soussigné (e), Mme,Mlle,Mr (*Rayez la mention inutile*):

Nom :.....Prénom.....

Date de naissance :.....Adresse :.....

.....

déclare accepter de participer à une étude visant à évaluer les mécanismes de la dépression, et l'association avec les compétences émotionnelles et la personnalité. Ma participation se limitera à remplir ces questionnaires, et dans un second temps à participer à un mini-entretien avec le médecin chargé de l'étude.

Il m'a été précisé que je suis libre d'accepter ou de refuser de participer à cette recherche, sans que cela ne modifie ma prise en charge médicale. Je pourrai, à tout moment, si je le désire, interrompre ma participation en le signalant au médecin chargé de cette étude, sans encourir la moindre responsabilité et sans aucun préjudice pour la qualité des soins qui me seront prodigués.

Mon consentement ne décharge pas les responsables de la recherche de leurs responsabilités. Je conserve tous mes droits garantis par la loi.

J'accepte que mes données collectées au cours de cette étude puissent faire l'objet d'un traitement informatisé. Les données qui me concernent resteront strictement confidentielles. Je n'autorise leur consultation que par des personnes qui collaborent à la recherche ou qui sont mandatées par le C.H. Esquirol de Limoges et éventuellement par un représentant des autorités de santé ; toutes ces personnes étant soumises au secret professionnel.

J'ai bien noté que mon droit d'accès et de rectification prévu par la loi « Informatique et Libertés » (article 40) s'exerce à tout moment auprès du médecin de mon choix.

J'ai été informé(e) que le présent document serait conservé par l'investigateur, et j'y consens.

L'investigateur

A.Jouette (Médecin chargé de l'étude)

Le (La) patient(e)

Questionnaires à remettre au patient

Prenez votre temps pour répondre à ces différents questionnaires.

Lisez attentivement les consignes relatives à chaque questionnaire.

Sachez qu'il n'y a ni bonne ni mauvaise réponse ; répondez sincèrement et spontanément en vous référant à votre vécu actuel et général selon les consignes des questionnaires.

Attention à la formulation négative de certaines propositions.

En cas de doute ou de difficulté, n'hésitez pas à en faire part à votre médecin qui pourra vous aider.

Merci de votre participation.

Questionnaire EPN-31

Cet inventaire* porte sur des émotions que vous avez pu avoir l'occasion de ressentir. En considérant le mois passé, estimez (approximativement) la fréquence selon laquelle vous avez pu ressentir chacune de ces émotions. Indiquez votre réponse par une croix [x].

		Jamais	Une fois par mois	Plusieurs fois par mois	Une fois par semaine	Plusieurs fois par semaine	Une fois par jour	Plusieurs fois par jour
1)	Affection	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
2)	Amour	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
3)	Anxiété	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
4)	Bienveillance	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
5)	Bonheur	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
6)	Chagrin	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
7)	Colère	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
8)	Confusion	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
9)	Culpabilité	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
10)	Découragement	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
11)	Dégoût	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
12)	Embarras	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
13)	Étonnement	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
14)	Fierté	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
15)	Fureur	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
16)	Honte	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
17)	Humiliation	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
18)	Inquiétude	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
19)	Irritation	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
20)	Joie	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
21)	Nervosité	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
22)	Peur	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
23)	Plaisir	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
24)	Regret	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
25)	Satisfaction	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
26)	Solitude	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
27)	Surprise	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
28)	Stupéfaction	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
29)	Sympathie	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
30)	Tendresse	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
31)	Tristesse	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]

Faites attention à la formulation négative de certaines propositions

L'échelle d'intelligence émotionnelle d'Austin et al. (2004)

ÉCHELLE D'INTELLIGENCE ÉMOTIONNELLE

Vous allez trouver dans ce questionnaire des formules que l'on peut utiliser pour décrire ses attitudes, opinions, intérêts ou sentiments.

Pour **chaque** proposition, merci d'entourer le chiffre qui correspond le mieux à ce que vous ressentez ou à la manière dont vous agissez habituellement, selon les codes suivants :

1	2	3	4	5
Absolument faux	Probablement ou en grande partie faux	Ni vrai ni faux, ou les deux	Probablement ou en grande partie vrai	Absolument vrai

Lisez attentivement chaque affirmation, mais ne passez pas trop de temps pour décider de la réponse.

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

Essayez de vous décrire tel(le) que vous êtes **habituellement** ou **en général**, pas seulement en ce moment.

Rappelez-vous qu'il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, mais choisissez uniquement la réponse qui vous ressemble le plus personnellement.

Je sais quand (je peux) parler de mes problèmes personnels aux autres.	1 2 3 4 5	1
Quand je suis confronté(e) à des obstacles, je me remémore les fois où j'ai surmonté des obstacles similaires.	1 2 3 4 5	2
Je m'attends généralement à échouer quand j'essaye quelque chose de nouveau.	1 2 3 4 5	3
Mon humeur a peu d'effet sur la façon dont je gère les problèmes.	1 2 3 4 5	4
Les autres personnes trouvent qu'il est facile de se confier à moi.	1 2 3 4 5	5
J'éprouve des difficultés à comprendre les messages non-verbaux des autres personnes.	1 2 3 4 5	6
Des événements majeurs de ma vie m'ont conduit à ré-évaluer ce qui est important de ce qui ne l'est pas.	1 2 3 4 5	7
Parfois, j'ai du mal à dire si la personne avec laquelle je parle plaisante ou est sérieuse.	1 2 3 4 5	8
Lorsque mon humeur change, je peux envisager de nouvelles possibilités.	1 2 3 4 5	9
Les émotions n'influence pas beaucoup ma qualité de vie.	1 2 3 4 5	10
Je suis conscient(e) des émotions que je ressens au moment même ou je les vis.	1 2 3 4 5	11

Faites attention à la formulation négative de certaines propositions

Je ne m'attends généralement pas à ce que des choses positives arrivent.	1 2 3 4 5	12
Lorsque j'essaye de résoudre un problème dans ma vie, je trouve profitable de me détacher autant que possible de mes émotions.	1 2 3 4 5	13
Je préfère garder mes émotions pour moi.	1 2 3 4 5	14
Lorsque je ressens une émotion positive, je sais comment la faire durer.	1 2 3 4 5	15
J'organise des activités que les autres apprécient.	1 2 3 4 5	16
Il m'arrive relativement souvent de mal interpréter ce qui se passe dans les situations sociales.	1 2 3 4 5	17
Je recherche des activités qui me rendent heureux(se).	1 2 3 4 5	18
Je suis conscient du message non-verbal que j'envoie aux autres.	1 2 3 4 5	19
Je me soucie peu de l'impression que je donne aux autres.	1 2 3 4 5	20
Lorsque je suis de bonne humeur, je résous les problèmes facilement.	1 2 3 4 5	21
J'ai tendance à mal interpréter les expressions faciales des gens.	1 2 3 4 5	22
Je ne crois pas que mes émotions m'aident à accéder à de nouvelles idées.	1 2 3 4 5	23
Souvent, je ne sais pas pourquoi mes émotions changent.	1 2 3 4 5	24
Je ne pense pas qu'être de bonne humeur m'aide à accéder à de nouvelles idées.	1 2 3 4 5	25
Je trouve difficile de contrôler mes émotions.	1 2 3 4 5	26
Je reconnais facilement les émotions que je ressens.	1 2 3 4 5	27
Certaines personnes m'ont déjà dit qu'il était difficile de parler avec moi.	1 2 3 4 5	28
Je me motive en imaginant une issue favorable aux tâches que j'effectue.	1 2 3 4 5	29
Je complimente les autres quand ils ont bien fait quelque chose.	1 2 3 4 5	30
Je suis conscient des messages non-verbaux que les autres personnes émettent.	1 2 3 4 5	31
Lorsque quelqu'un me raconte un événement important de sa vie, je me sens presque comme si j'avais moi-même vécu cet événement.	1 2 3 4 5	32
Lorsque mes émotions changent, j'ai tendance à imaginer de nouvelles idées.	1 2 3 4 5	33
Les émotions n'ont pas grande importance dans la façon dont je gère les problèmes.	1 2 3 4 5	34
Lorsque je suis confronté à un défi, je renonce parce que je crois que je vais échouer.	1 2 3 4 5	35
Je sais ce que les autres personnes ressentent juste en les regardant.	1 2 3 4 5	36
J'aide les autres personnes à se sentir mieux lorsqu'elles n'ont pas le moral.	1 2 3 4 5	37
J'utilise mes humeurs positives pour m'aider à essayer de faire face aux obstacles.	1 2 3 4 5	38
Il m'est difficile de dire comment quelqu'un se sent à partir du ton de la voix.	1 2 3 4 5	39
Il m'est difficile de comprendre pourquoi les gens se sentent de telle ou telle façon.	1 2 3 4 5	40
J'éprouve des difficultés à nouer des relations intimes (proches).	1 2 3 4 5	41

patient n°

QUESTIONNAIRE ABRÉGÉ DE BECK

Traduction française : P. PICHOT

Outil d'évaluation

NOM : _____

PRENOM : _____

SEXE : AGE : DATE :

Instructions

Ce questionnaire comporte plusieurs séries de quatre propositions. Pour chaque série, lisez les quatre propositions, puis choisissez celle qui décrit le mieux votre état **actuel**.

Entourez le numéro qui correspond à la proposition choisie. Si, dans une série, plusieurs propositions paraissent convenir, entourez **les** numéros correspondants.

A.	Je ne me sens pas triste.	0
	Je me sens cafardeux ou triste.	1
	Je me sens tout le temps cafardeux ou triste, et je n'arrive pas à en sortir.	2
	Je suis si triste et si malheureux que je ne peux pas le supporter.	3
B.	Je ne suis pas particulièrement découragé ni pessimiste au sujet de l'avenir.	0
	J'ai un sentiment de découragement au sujet de l'avenir.	1
	Pour mon avenir, je n'ai aucun motif d'espérer.	2
	Je sens qu'il n'y a aucun espoir pour mon avenir, et que la situation ne peut s'améliorer.	3
C.	Je n'ai aucun sentiment d'échec de ma vie.	0
	J'ai l'impression que j'ai échoué dans ma vie plus que la plupart des gens.	1
	Quand je regarde ma vie passée, tout ce que j'y découvre n'est qu'échecs.	2
	J'ai un sentiment d'échec complet dans toute ma vie personnelle (dans mes relations avec mes parents, mon mari, ma femme, mes enfants).	3
D.	Je ne me sens pas particulièrement insatisfait.	0
	Je ne sais pas profiter agréablement des circonstances.	1
	Je ne tire plus aucune satisfaction de quoi que ce soit.	2
	Je suis mécontent de tout.	3
E.	Je ne me sens pas coupable.	0
	Je me sens mauvais ou indigne une bonne partie du temps.	1
	Je me sens coupable.	2
	Je me juge très mauvais et j'ai l'impression que je ne vauds rien.	3
F.	Je ne suis pas déçu par moi-même.	0
	Je suis déçu par moi-même.	1
	Je me dégoûte moi-même.	2
	Je me hais.	3

patient n°

G. Je ne pense pas à me faire du mal.	0
Je pense que la mort me libérerait.	1
J'ai des plans précis pour me suicider.	2
Si je le pouvais, je me tuerais.	3
<hr/>	
H. Je n'ai pas perdu l'intérêt pour les autres gens.	0
Maintenant, je m'intéresse moins aux autres gens qu'autrefois.	1
J'ai perdu tout l'intérêt que je portais aux autres gens, et j'ai peu de sentiments pour eux.	2
J'ai perdu tout intérêt pour les autres, et ils m'indiffèrent totalement.	3
<hr/>	
I. Je suis capable de me décider aussi facilement que de coutume.	0
J'essaie de ne pas avoir à prendre de décision.	1
J'ai de grandes difficultés à prendre des décisions.	2
Je ne suis plus capable de prendre la moindre décision.	3
<hr/>	
J. Je n'ai pas le sentiment d'être plus laid qu'avant.	0
J'ai peur de paraître vieux ou disgracieux.	1
J'ai l'impression qu'il y a un changement permanent dans mon apparence physique qui me fait paraître disgracieux.	2
J'ai l'impression d'être laid et repoussant.	3
<hr/>	
K. Je travaille aussi facilement qu'auparavant.	0
Il me faut faire un effort supplémentaire pour commencer à faire quelque chose.	1
Il faut que je fasse un très grand effort pour faire quoi que ce soit.	2
Je suis incapable de faire le moindre travail.	3
<hr/>	
L. Je ne suis pas plus fatigué que d'habitude.	0
Je suis fatigué plus facilement que d'habitude.	1
Faire quoi que ce soit me fatigue.	2
Je suis incapable de faire le moindre travail.	3
<hr/>	
M. Mon appétit est toujours aussi bon.	0
Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude.	1
Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant.	2
Je n'ai plus du tout d'appétit.	3

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.

Lisez attentivement chaque affirmation, mais ne passez pas trop de temps pour décider de la réponse. Répondez à toutes les questions, même si vous n'êtes pas très sûr(e) de la réponse.

Choisissez la réponse qui vous correspond le mieux GENERALEMENT et pas à seulement selon votre état actuel.

Faites attention aux formulations négatives de certaines propositions

	VRAI	FAUX	
Exemple : pour répondre Vrai ⇨	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	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 moi-même.....	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

Questionnaires Sujets

« Contrôle »:

N° sujet :

Bonjour,

Dans le cadre de mon travail de thèse en médecine, je réalise une étude sur la maladie dépressive via l'utilisation de différents questionnaires. Ces derniers pour être au mieux analysés doivent pouvoir être comparés aux réponses de sujets « contrôle » c'est à dire dans une situation de vie « normale ».

Votre participation se fait sur la base du volontariat, avec votre consentement écrit.

Répondez aux différents questionnaires qui suivent en lisant attentivement les consignes qui s'y rapportent (attention notamment aux formulations négatives de certaines propositions) ; prenez votre temps sachant qu'il n'existe ni bonne, ni mauvaise réponse.

Merci de votre participation qui facilitera ce travail de thèse, et contribuera à une meilleure compréhension de la maladie dépressive afin d'aider au mieux les personnes qui en souffrent.

A.JOUETTE (médecin investigateur)

LETTRE D'INFORMATION

Madame, Monsieur,

Dans l'objectif d'optimiser la prise en charge des patients dépressifs, nous diffusons un outil de recueil d'informations. Ce questionnaire fera partie intégrante d'une étude dont l'objectif sera de mieux comprendre la souffrance psychique engendrée par la dépression.

Dans le domaine médical et psychologique, connaître le terrain de développement de la souffrance morale est essentiel. Nous espérons que cette étude nous permettra de mieux prendre en compte cette douleur, de la repérer plus précocement et surtout d'en prévenir et traiter avec plus d'efficacité les conséquences. Ce document contient plusieurs questionnaires qui vont nous permettre d'affiner la connaissance des mécanismes de la dépression.

Ainsi, plusieurs questions vous seront posées et vous jugerez peut être que certaines des réponses que vous aurez à apporter relèvent du domaine de l'intime. A ce propos, soyez rassurés : ce travail répond aux règles de confidentialité et d'anonymat telles qu'elles sont définies par la loi du 9 août 2004, complétée par le décret du 26 avril 2006. En d'autres termes, l'ensemble des informations recueillies dans ce cahier sera soumis au secret médical, et ne pourra en aucun cas être divulgué, pour une quelconque raison, de manière nominative ou singulière, hors du cadre de cette étude.

Pour sa bonne fiabilité, nous vous demandons de remplir ce formulaire avec la plus grande attention. Naturellement, votre consentement écrit reste indispensable, il vous est possible de refuser d'y participer.

Si vous le désirez, vous pourrez par la suite, être informé des résultats de cette étude.

Nous vous remercions par avance pour votre investissement, et nous vous assurons que nous utiliserons les résultats de ce travail avec le plus grand respect et nous l'espérons, la meilleure efficacité.

Adrien Jouette
Interne de psychiatrie

FORMULAIRE DE RECUEIL DE CONSENTEMENT

N° sujet :

Je soussigné (e), Mme,Mlle,Mr (*Rayez la mention inutile*):

Nom :.....Prénom.....

Date de naissance :.....Adresse :.....

.....

Déclare accepter de participer à une étude visant à évaluer les mécanismes de la dépression, et l'association avec les compétences émotionnelles et la personnalité. Ma participation se limitera à remplir ces questionnaires.

Il m'a été précisé que je suis libre d'accepter ou de refuser de participer à cette recherche,. Je pourrai, à tout moment, si je le désire, interrompre ma participation en le signalant au médecin chargé de cette étude, sans encourir la moindre responsabilité.

Mon consentement ne décharge pas les responsables de la recherche de leurs responsabilités. Je conserve tous mes droits garantis par la loi.

J'accepte que mes données collectées au cours de cette étude puissent faire l'objet d'un traitement informatisé. Les données qui me concernent resteront strictement confidentielles. Je n'autorise leur consultation que par des personnes qui collaborent à la recherche ou qui sont mandatées par le C.H. Esquirol de Limoges et éventuellement par un représentant des autorités de santé ; toutes ces personnes étant soumises au secret professionnel.

J'ai bien noté que mon droit d'accès et de rectification prévu par la loi « Informatique et Libertés » (article 40) s'exerce à tout moment auprès du médecin de mon choix.

J'ai été informé(e) que le présent document serait conservé par l'investigateur, et j'y consens.

L'investigateur

A.Jouette (Médecin chargé de l'étude)

Le (La) sujet « contrôle »

N° sujet :

ELEMENTS SOCIO-DEMOGRAPHIQUES :

Age : date de naissance :

Sexe : Femme Homme

Statut Marital : célibataire marié(e) concubin(e) divorcé(e) veuf (veuve)

Lieu de vie : urbain rural

Niveau culturel : 1- illettré 2-lit et écrit 3-certificat d'études 4-BEPC 5-niveau BAC
6-BAC 7-Université

Catégorie professionnelle : 1-agriculteur 2- artisan, commerçant, chef d'entreprise
3- Cadre, profession intellectuelle 4-profession intermédiaire
 5-Employé 6-ouvrier 7-retraité 8-sans activité

Avez-vous déjà été hospitalisé(e)/consulté(e) pour une dépression ? Oui Non

Si oui : nombre d'hospitalisation/consultation antérieure pour épisode dépressif ?.....

Prenez-vous un traitement psychotrope actuellement ? Oui Non

Si oui, lequel/lesquels ? Antidépresseur : ISRS IRSNa tricyclique Autre
' (précisez).....

Thymorégulateur :(précisez).....

Neuroleptique/antipsychotique (précisez).....

Anxiolytique : (précisez).....

Hypnotique : (précisez).....

Autres : (précisez).....

Questionnaire EPN-31

Cet inventaire* porte sur des émotions que vous avez pu avoir l'occasion de ressentir. En considérant le mois passé, estimez (approximativement) la fréquence selon laquelle vous avez pu ressentir chacune de ces émotions. Indiquez votre réponse par une croix [x].

		Jamais	Une fois par mois	Plusieurs fois par mois	Une fois par semaine	Plusieurs fois par semaine	Une fois par jour	Plusieurs fois par jour
1)	Affection	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
2)	Amour	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
3)	Anxiété	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
4)	Bienveillance	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
5)	Bonheur	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
6)	Chagrin	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
7)	Colère	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
8)	Confusion	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
9)	Culpabilité	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
10)	Découragement	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
11)	Dégoût	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
12)	Embarras	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
13)	Étonnement	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
14)	Fierté	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
15)	Fureur	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
16)	Honte	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
17)	Humiliation	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
18)	Inquiétude	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
19)	Irritation	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
20)	Joie	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
21)	Nervosité	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
22)	Peur	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
23)	Plaisir	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
24)	Regret	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
25)	Satisfaction	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
26)	Solitude	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
27)	Surprise	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
28)	Stupéfaction	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
29)	Sympathie	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
30)	Tendresse	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
31)	Tristesse	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]

Faites attention à la formulation négative de certaines propositions

L'échelle d'intelligence émotionnelle d'Austin et al. (2004)

ÉCHELLE D'INTELLIGENCE ÉMOTIONNELLE

Vous allez trouver dans ce questionnaire des formules que l'on peut utiliser pour décrire ses attitudes, opinions, intérêts ou sentiments.

Pour **chaque** proposition, merci d'entourer le chiffre qui correspond le mieux à ce que vous ressentez ou à la manière dont vous agissez habituellement, selon les codes suivants :

1	2	3	4	5
Absolument faux	Probablement ou en grande partie faux	Ni vrai ni faux, ou les deux	Probablement ou en grande partie vrai	Absolument vrai

Lisez attentivement chaque affirmation, mais ne passez pas trop de temps pour décider de la réponse. Merci de répondre à toutes les questions, même si vous n'êtes pas très sûr(e) de la réponse.

Essayez de vous décrire tel(le) que vous êtes **habituellement** ou **en général**, pas seulement en ce moment.

Rappelez-vous qu'il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, mais choisissez uniquement la réponse qui vous ressemble le plus personnellement.

Je sais quand (je peux) parler de mes problèmes personnels aux autres.	1 2 3 4 5	1
Quand je suis confronté(e) à des obstacles, je me remémore les fois où j'ai surmonté des obstacles similaires.	1 2 3 4 5	2
Je m'attends généralement à échouer quand j'essaie quelque chose de nouveau.	1 2 3 4 5	3
Mon humeur a peu d'effet sur la façon dont je gère les problèmes.	1 2 3 4 5	4
Les autres personnes trouvent qu'il est facile de se confier à moi.	1 2 3 4 5	5
J'éprouve des difficultés à comprendre les messages non-verbaux des autres personnes.	1 2 3 4 5	6
Des événements majeurs de ma vie m'ont conduit à ré-évaluer ce qui est important de ce qui ne l'est pas.	1 2 3 4 5	7
Parfois, j'ai du mal à dire si la personne avec laquelle je parle plaisante ou est sérieuse.	1 2 3 4 5	8
Lorsque mon humeur change, je peux envisager de nouvelles possibilités.	1 2 3 4 5	9
Les émotions n'influence pas beaucoup ma qualité de vie.	1 2 3 4 5	10
Je suis conscient(e) des émotions que je ressens au moment même ou je les vis.	1 2 3 4 5	11

Faites attention à la formulation négative de certaines propositions

Je ne m'attends généralement pas à ce que des choses positives arrivent.	1 2 3 4 5	12
Lorsque j'essaye de résoudre un problème dans ma vie, je trouve profitable de me détacher autant que possible de mes émotions.	1 2 3 4 5	13
Je préfère garder mes émotions pour moi.	1 2 3 4 5	14
Lorsque je ressens une émotion positive, je sais comment la faire durer.	1 2 3 4 5	15
J'organise des activités que les autres apprécient.	1 2 3 4 5	16
Il m'arrive relativement souvent de mal interpréter ce qui se passe dans les situations sociales.	1 2 3 4 5	17
Je recherche des activités qui me rendent heureux(se).	1 2 3 4 5	18
Je suis conscient du message non-verbal que j'envoie aux autres.	1 2 3 4 5	19
Je me soucie peu de l'impression que je donne aux autres.	1 2 3 4 5	20
Lorsque je suis de bonne humeur, je résous les problèmes facilement.	1 2 3 4 5	21
J'ai tendance à mal interpréter les expressions faciales des gens.	1 2 3 4 5	22
Je ne crois pas que mes émotions m'aident à accéder à de nouvelles idées.	1 2 3 4 5	23
Souvent, je ne sais pas pourquoi mes émotions changent.	1 2 3 4 5	24
Je ne pense pas qu'être de bonne humeur m'aide à accéder à de nouvelles idées.	1 2 3 4 5	25
Je trouve difficile de contrôler mes émotions.	1 2 3 4 5	26
Je reconnais facilement les émotions que je ressens.	1 2 3 4 5	27
Certaines personnes m'ont déjà dit qu'il était difficile de parler avec moi.	1 2 3 4 5	28
Je me motive en imaginant une issue favorable aux tâches que j'effectue.	1 2 3 4 5	29
Je complimente les autres quand ils ont bien fait quelque chose.	1 2 3 4 5	30
Je suis conscient des messages non-verbaux que les autres personnes émettent.	1 2 3 4 5	31
Lorsque quelqu'un me raconte un événement important de sa vie, je me sens presque comme si j'avais moi-même vécu cet événement.	1 2 3 4 5	32
Lorsque mes émotions changent, j'ai tendance à imaginer de nouvelles idées.	1 2 3 4 5	33
Les émotions n'ont pas grande importance dans la façon dont je gère les problèmes.	1 2 3 4 5	34
Lorsque je suis confronté à un défi, je renonce parce que je crois que je vais échouer.	1 2 3 4 5	35
Je sais ce que les autres personnes ressentent juste en les regardant.	1 2 3 4 5	36
J'aide les autres personnes à se sentir mieux lorsqu'elles n'ont pas le moral.	1 2 3 4 5	37
J'utilise mes humeurs positives pour m'aider à essayer de faire face aux obstacles.	1 2 3 4 5	38
Il m'est difficile de dire comment quelqu'un se sent à partir du ton de la voix.	1 2 3 4 5	39
Il m'est difficile de comprendre pourquoi les gens se sentent de telle ou telle façon.	1 2 3 4 5	40
J'éprouve des difficultés à nouer des relations intimes (proches).	1 2 3 4 5	41

patient n°

QUESTIONNAIRE ABRÉGÉ DE BECK

Traduction française : P. PICHOT

Outil d'évaluation

NOM :

PRENOM :

SEXE :

AGE :

DATE :

Instructions

Ce questionnaire comporte plusieurs séries de quatre propositions. Pour chaque série, lisez les quatre propositions, puis choisissez celle qui décrit le mieux votre état **actuel**.

Entourez le numéro qui correspond à la proposition choisie. Si, dans une série, plusieurs propositions paraissent convenir, entourez **les** numéros correspondants.

- | | |
|---|---|
| A. Je ne me sens pas triste. | 0 |
| Je me sens cafardeux ou triste. | 1 |
| Je me sens tout le temps cafardeux ou triste, et je n'arrive pas à en sortir. | 2 |
| Je suis si triste et si malheureux que je ne peux pas le supporter. | 3 |
| <hr/> | |
| B. Je ne suis pas particulièrement découragé ni pessimiste au sujet de l'avenir. | 0 |
| J'ai un sentiment de découragement au sujet de l'avenir. | 1 |
| Pour mon avenir, je n'ai aucun motif d'espérer. | 2 |
| Je sens qu'il n'y a aucun espoir pour mon avenir, et que la situation ne peut s'améliorer. | 3 |
| <hr/> | |
| C. Je n'ai aucun sentiment d'échec de ma vie. | 0 |
| J'ai l'impression que j'ai échoué dans ma vie plus que la plupart des gens. | 1 |
| Quand je regarde ma vie passée, tout ce que j'y découvre n'est qu'échecs. | 2 |
| J'ai un sentiment d'échec complet dans toute ma vie personnelle (dans mes relations avec mes parents, mon mari, ma femme, mes enfants). | 3 |
| <hr/> | |
| D. Je ne me sens pas particulièrement insatisfait. | 0 |
| Je ne sais pas profiter agréablement des circonstances. | 1 |
| Je ne tire plus aucune satisfaction de quoi que ce soit. | 2 |
| Je suis mécontent de tout. | 3 |
| <hr/> | |
| E. Je ne me sens pas coupable. | 0 |
| Je me sens mauvais ou indigne une bonne partie du temps. | 1 |
| Je me sens coupable. | 2 |
| Je me juge très mauvais et j'ai l'impression que je ne vauds rien. | 3 |
| <hr/> | |
| F. Je ne suis pas déçu par moi-même. | 0 |
| Je suis déçu par moi-même. | 1 |
| Je me dégoûte moi-même. | 2 |
| Je me hais. | 3 |

patient n°

G. Je ne pense pas à me faire du mal.	0
Je pense que la mort me libérerait.	1
J'ai des plans précis pour me suicider.	2
Si je le pouvais, je me tuerais.	3
<hr/>	
H. Je n'ai pas perdu l'intérêt pour les autres gens.	0
Maintenant, je m'intéresse moins aux autres gens qu'autrefois.	1
J'ai perdu tout l'intérêt que je portais aux autres gens, et j'ai peu de sentiments pour eux.	2
J'ai perdu tout intérêt pour les autres, et ils m'indiffèrent totalement.	3
<hr/>	
I. Je suis capable de me décider aussi facilement que de coutume.	0
J'essaie de ne pas avoir à prendre de décision.	1
J'ai de grandes difficultés à prendre des décisions.	2
Je ne suis plus capable de prendre la moindre décision.	3
<hr/>	
J. Je n'ai pas le sentiment d'être plus laid qu'avant.	0
J'ai peur de paraître vieux ou disgracieux.	1
J'ai l'impression qu'il y a un changement permanent dans mon apparence physique qui me fait paraître disgracieux.	2
J'ai l'impression d'être laid et repoussant.	3
<hr/>	
K. Je travaille aussi facilement qu'auparavant.	0
Il me faut faire un effort supplémentaire pour commencer à faire quelque chose.	1
Il faut que je fasse un très grand effort pour faire quoi que ce soit.	2
Je suis incapable de faire le moindre travail.	3
<hr/>	
L. Je ne suis pas plus fatigué que d'habitude.	0
Je suis fatigué plus facilement que d'habitude.	1
Faire quoi que ce soit me fatigue.	2
Je suis incapable de faire le moindre travail.	3
<hr/>	
M. Mon appétit est toujours aussi bon.	0
Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude.	1
Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant.	2
Je n'ai plus du tout d'appétit.	3

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.

Lisez attentivement chaque affirmation, mais ne passez pas trop de temps pour décider de la réponse. Répondez à toutes les questions, même si vous n'êtes pas très sûr(e) de la réponse.

Choisissez la réponse qui vous correspond le mieux **GENERALEMENT** et pas à seulement selon votre état actuel.

Faites attention aux formulations négatives de certaines propositions

	VRAI	FAUX	
Exemple : pour répondre Vrai ⇔	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	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 moi-même.....	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

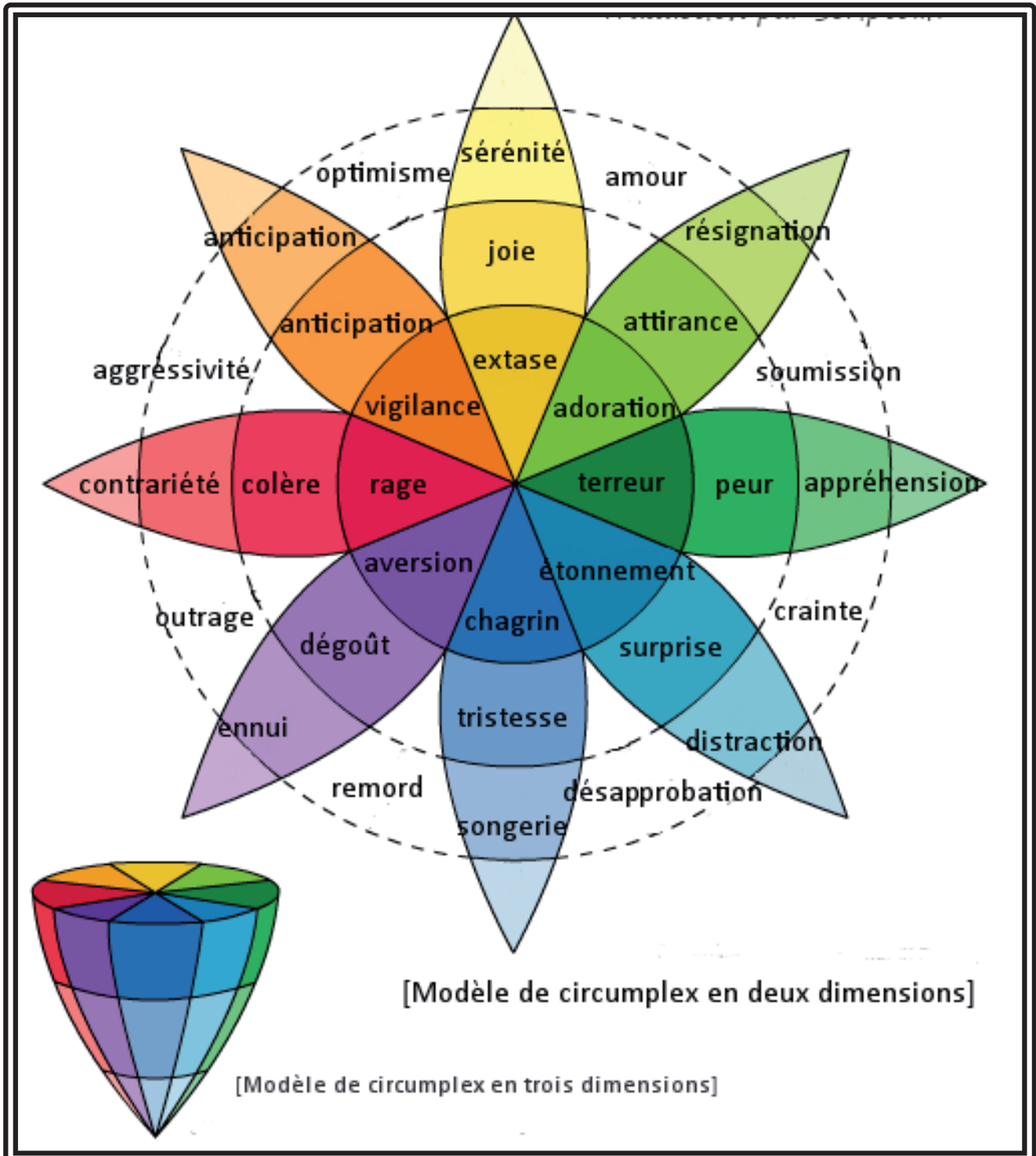
Je me sens souvent en forte communion spirituelle ou émotionnelle avec les gens qui m'entourent.....	V F	73
J'essaie souvent de m'imaginer à la place des autres afin de vraiment les comprendre.....	V F	74
Les principes tels que la justice et l'honnêteté jouent peu de rôle dans ma vie.....	V F	75
Je suis 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

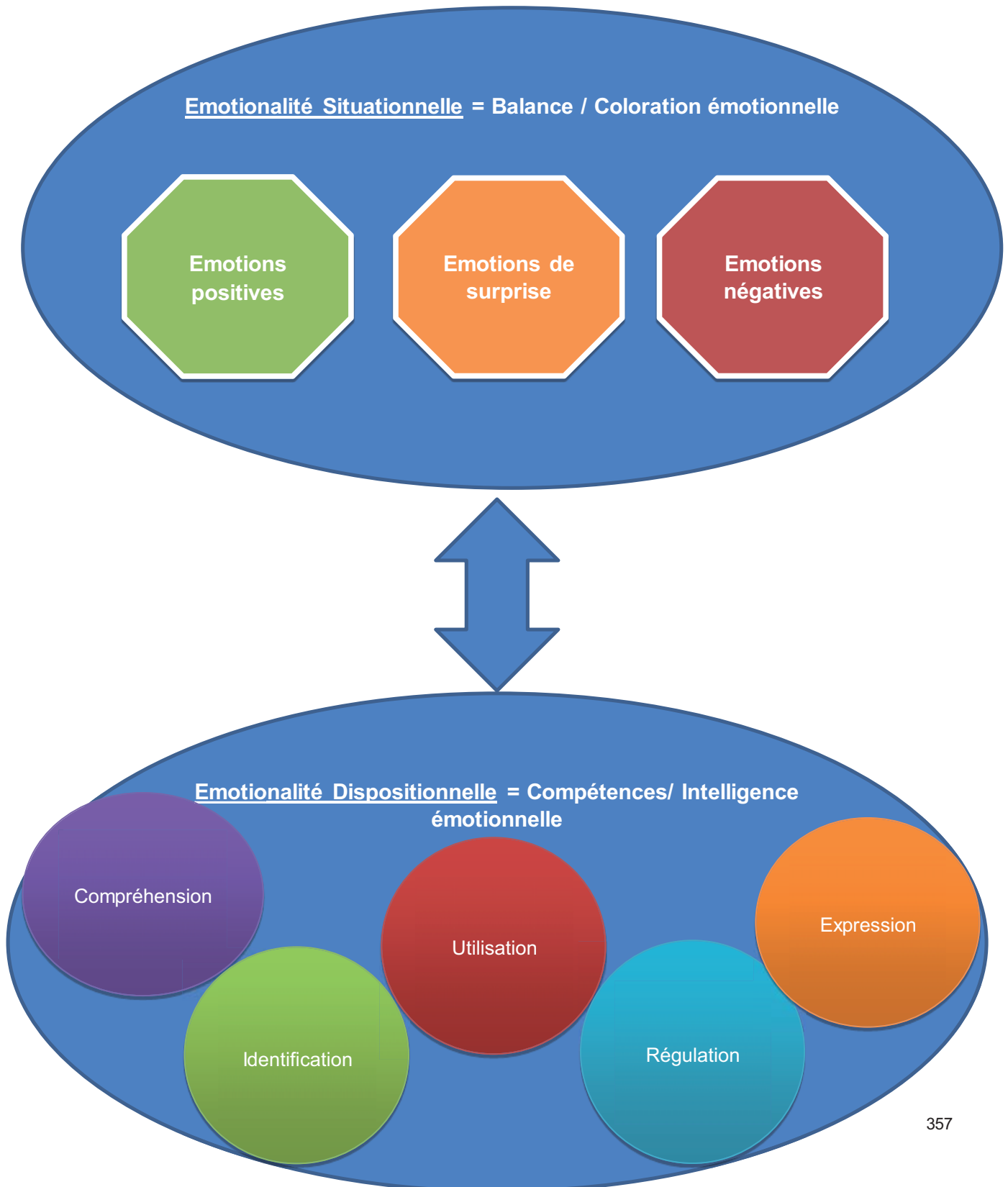
Table des illustrations :

1. Circumplex des émotions de Plutchik.....	36
2. Modèle dimensionnel de l'Emotionalité.....	168
3. Modèle de la Personnalité selon Cloninger : Tempéraments et Carac- tères.....	119
4. Etiopathogénie dépressive : Modèle schématique psychopathologique de l'interaction entre Facteurs Constitutionnels et Facteurs Précipitants.....	203
5. Modèles des facteurs précipitant/déclenchant.....	227


Circumplex des émotions de Plutchik.

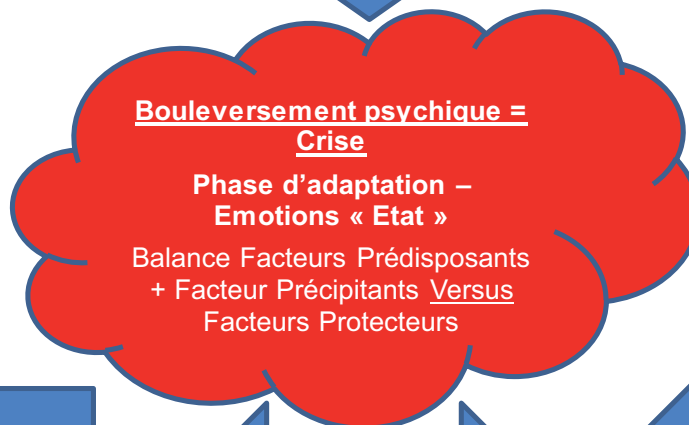
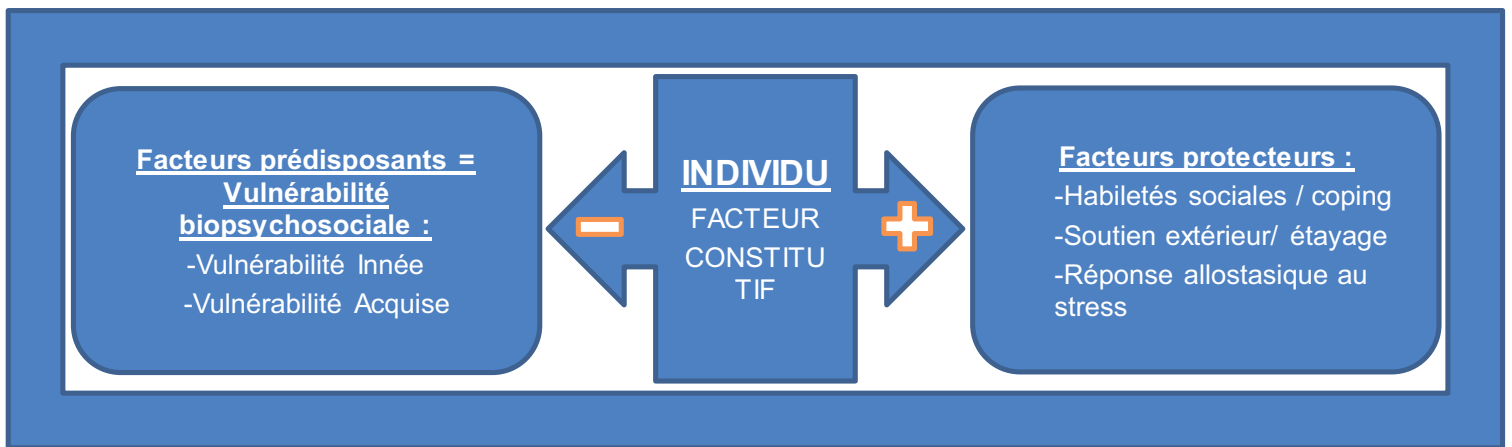


Modèle dimensionnel de l'Emotionalité :



Etiopathogénie dépressive : Modèle schématique psychopathologique de l'interaction entre Facteurs Constitutionnels et Facteurs Précipitants.

Facteur précipitant : événement de Perte/Contrainte
 = survenue d'un agent stresseur



Stratégies de Défense efficaces :
 Résolution du conflit intrapsychique
 Rétablissement ad integrum

Dépassement complet des capacités de Défense :
 Déclenchement d'un trouble psychopathologique dont la dépression (Emotions « Etat »
 → Emotions « Trait »)

Résolution du conflit mais ayant entraînée réorganisation du « Soi » : vulnérabilisation biopsychosociale accrue

Modèle de la Personnalité selon Cloninger: Tempéraments et Caractères

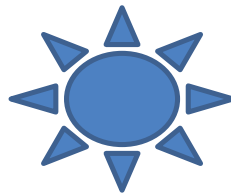
Dépendance à la Récompense :

Sentimentalité Vs Insensibilité
Attachement Vs Détachement
Dépendance Vs Indépendance

Persistance Vs Irrésolution

Recherche de Nouveauté :

Excitabilité Vs Rigidité
Impulsivité Vs Réflexion
Extravagance Vs Réserve
Désordre Vs Discipline



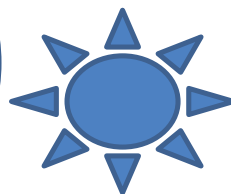
Évitement du danger :

Inquiétude Vs Optimisme
Incertitude Vs Confiance
Timidité Vs Grégarisme
Fatigabilité Vs Énergie

PERSONNALITE

Autodétermination :

Responsabilisation Vs Fautes
Ambition Vs Absence de but
Ressources individuelles Vs
Inertie
Acceptation de soi-même Vs
Insatisfaction
Habitudes cohérentes Vs
Réflexes inefficients



Coopération :

Tolérance sociale Vs
Intolérance
Empathie Vs Désintérêt
Solidarité Vs Égoïsme
Indulgence Vs Revanche
Probité Vs Individualisme

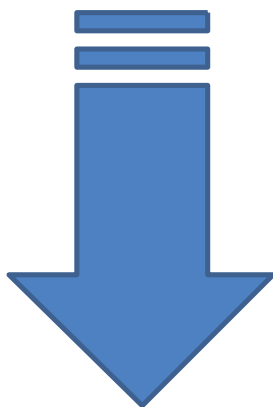
Transcendance :

Négligence Vs Conscience
de soi
Identification Vs
Différenciation
Spiritualisme Vs
Matérialisme

Modèles des facteurs précipitants/déclenchants :

Facteurs Précipitants :

- Événement de vie à tonalité négative
- Décharge émotionnelle irruptive et involontaire
- Impact (intensité/fréquence) significatif sur le vécu subjectif du sujet



Facteur de Perte :

- Déclenchement brutal
- Intensité forte → Macrotraumatisme
- Prise de conscience envahissante et rapide
- Notion de clivage Avant/Après
- Emotions initiales : stupéfaction, ambivalence colère/culpabilité, regret, chagrin, tristesse, pleures, désespoir

Fact Mixte

Facteur de Contrainte/Epuisement :

- Glissement progressif
- Durabilité → Microtraumatismes répétitifs et accumulatifs
- Prise de conscience retardée voire niée
- Emotions initiales : cynisme, hostilité, irritabilité, colère, pessimisme, mésestime de soi, honte, humiliation, tristesse, culpabilité

Valeurs moyennes du TCI-125 selon Chakroun et al

Valeurs Moyennes du TCI 125 (Chakroun-Vinciguerra, Faytout, *et al.*, 2005)

	n= 279		Hommes n=89		Femmes n=190	
	Moyenne	Ecart type	Moyenne	Ecart type	Moyenne	Ecart type
NS	10,4	4,1	11,4		9,9	
NS1	3,1	1,3	3,2		3,0	
NS2	2,2	1,5	2,5		2,1	
NS3	2,4	1,5	2,6		2,3	
NS4	2,7	1,3	3,1		2,6	
HA	9,8	5,1	6,7		11,3	
HA1	2,2	1,6	1,4		2,6	
HA2	2,6	1,6	1,6		3,1	
HA3	2,8	1,7	2,4		3,0	
HA4	2,2	1,5	1,3		2,6	
RD	10,2	2,6	9,3		10,6	
RD1	3,7	1,1	3,1		3,9	
RD3	3,3	1,6	3,2		3,4	
RD4	3,2	1,2	3,0		3,2	
P	2,3	1,5	2,2		2,4	
SD	16,1	4,5	16,4		15,9	
SD1	3,6	1,3	3,9		3,4	
SD2	3,3	1,4	3,2		3,4	
SD3	3,3	1,4	3,6		3,2	
SD4	3,3	1,5	3,2		3,4	
SD5	3,2	1,3	3,2		3,2	
C	20,2	3,5	19,8		20,4	
C1	4,5	0,8	4,5		4,5	
C2	4,1	1,0	3,9		4,2	
C3	3,9	1,0	3,7		3,9	
C4	3,7	1,6	3,8		3,7	
C5	4,0	1,0	4,0		4,1	
ST	6,8	3,4	6,7		6,8	
ST1	2,5	1,6	2,3		2,6	
ST2	2,6	1,4	2,6		2,6	
ST3	1,7	1,3	1,8		1,7	

Valeurs moyennes du TCI-125 selon Vandamme et al

Données moyennes obtenues au TCI 125 (Vandamme, M.J., Humez, C., & Nandrino, J-L. (2004).
French validation of the short version of the Temperament and Character Inventory. VII European
Conference on Psychological Assessment. Malaga, 2 Avril)

	Nbre d'items	Pélissolo* (n=602)		Total (n=384)		Men (n=155)		Woman (n=229)	
		Moy.	Ecart-t.	Moy.	Ecart-t.	Moy.	Ecart-t.	Moy.	Ecart-t.
NS	20	7,512	3,327	9,096	3,932	9,168	4,029	9,048	3,873
NS 1	5	2,267	1,249	2,411	1,480	2,329	1,406	2,467	1,529
NS 2	5	1,847	1,326	2,211	1,491	2,181	1,421	2,231	1,540
NS 3	5	1,890	1,303	2,440	1,506	2,329	1,486	2,515	1,518
NS 4	5	1,507	1,202	2,034	1,343	2,329	1,387	1,834	1,277
HA	20	9,754	4,850	10,521	4,888	8,639	4,707	11,795	4,597
HA 1	5	2,108	1,533	2,414	1,546	1,910	1,568	2,755	1,436
HA 2	5	3,005	1,543	2,857	1,534	2,252	1,440	3,266	1,461
HA 3	5	2,560	1,745	2,760	1,692	2,316	1,631	3,061	1,669
HA 4	5	2,081	1,458	2,490	1,469	2,161	1,475	2,712	1,425
RD	15	8,463	2,720	9,919	3,082	8,419	2,837	10,934	2,821
RD 1	5	3,168	1,093	3,477	1,205	2,948	1,172	3,834	1,092
RD 2	5	2,676	1,561	3,005	1,593	2,406	1,515	3,410	1,518
RD 3	5	2,620	1,291	3,076	1,293	2,742	1,343	3,301	1,211
P	5	2,789	1,446	2,758	1,437	2,555	1,438	2,895	1,423
SD	25	18,020	4,118	17,534	4,601	18,013	4,150	17,210	4,865
SD 1	5	3,540	1,274	3,500	1,443	3,729	1,321	3,345	1,504
SD 2	5	3,384	1,257	3,336	1,286	3,284	1,263	3,371	1,304
SD 3	5	3,517	1,297	3,622	1,358	3,852	1,189	3,467	1,443
SD 4	5	3,889	1,304	3,565	1,438	3,600	1,403	3,541	1,464
SD 5	5	3,691	1,119	3,510	1,311	3,548	1,310	3,485	1,313
C	25	18,937	3,554	18,719	4,022	17,323	4,223	19,664	3,593
C 1	5	4,219	1,054	4,154	1,126	4,039	1,167	4,231	1,094
C 2	5	3,367	1,224	3,563	1,289	3,052	1,399	3,908	1,082
C 3	5	3,369	1,026	3,589	1,021	3,348	1,085	3,751	0,943
C 4	5	4,090	1,266	3,609	1,464	3,361	1,566	3,777	1,370
C 5	5	3,892	0,934	3,805	1,020	3,523	1,130	3,996	0,891
ST	15	5,869	3,537	4,763	3,240	4,213	2,996	5,135	3,351
ST 1	5	1,691	1,499	1,411	1,432	1,103	1,280	1,620	1,493
ST 2	5	2,130	1,429	1,958	1,408	1,826	1,363	2,048	1,433
ST 3	5	2,048	1,266	1,393	1,183	1,284	1,172	1,467	1,187

* Données non publiées communiquées par l'auteur

Valeurs moyennes du TCI-125 selon Pericaud et Clément

Données en cours de publication, communiquées par les auteurs.

	Population Générale	Femmes	Hommes	Significativité
	N=517	n=308	n=209	p
Recherche de nouveauté	41,2 ± 17,7	40,2 ± 17,4	42,2 ± 18,0	0,183
<i>RN1 (Besoin de changement)</i>	49,3 ± 26,3	49,4 ± 26,7	49,2 ± 25,8	0,935
<i>RN2 (Impulsivité)</i>	45,3 ± 28,7	45,8 ± 30,0	44,8 ± 27,3	0,664
<i>RN3 (Dépenses)</i>	40,6 ± 26,6	40 ± 26,7	41,3 ± 26,2	0,547
<i>RN4 (Anticonformisme)</i>	29,4 ± 23,6	25,7 ± 21,2	33,3 ± 25,3	≤0,0001
Évitement du danger	59,5 ± 24,5	63,6 ± 24,5	55,2 ± 23,8	≤0,0001
<i>ED1 (Inquiétude)</i>	56,1 ± 32,3	61,3 ± 31,9	50,7 ± 32,0	≤0,0001
<i>ED2 (Peur de l'inconnu)</i>	64,7 ± 30,0	70,8 ± 27,8	58,1 ± 30,8	≤0,0001
<i>ED3 (Timidité)</i>	60,4 ± 31,9	61,2 ± 32,2	59,5 ± 31,6	0,512
<i>ED4 (Fatigabilité)</i>	56,9 ± 31,1	61 ± 30,8	52,5 ± 31,0	0,001
Dépendance à la récompense	60,1 ± 18,0	63,3 ± 17,2	56,8 ± 18,3	≤0,0001
<i>DR1 (Sentimentalité)</i>	68,6 ± 22,4	71,6 ± 21,3	65,4 ± 23,1	0,000
<i>DR3 (Attachement affectif)</i>	54,5 ± 31,7	59,1 ± 31,3	49,5 ± 31,5	≤0,0001
<i>DR4 (Besoin de soutien)</i>	57,4 ± 26,4	59,1 ± 26,8	55,5 ± 25,8	0,092
Persistance	57,6 ± 28,5	57,9 ± 28,1	57,2 ± 28,8	0,748
Détermination	67,5 ± 20,7	67,5 ± 21,3	67,4 ± 20,0	0,973
<i>D1 (Sens des responsabilités)</i>	64,4 ± 30,8	65 ± 31,0	63,8 ± 30,6	0,633
<i>D2 (Volonté d'aboutir)</i>	62,9 ± 28,9	62,2 ± 30,4	63,7 ± 27,1	0,540
<i>D3 (Ressources individuelles)</i>	62,5 ± 29,7	60,2 ± 30,6	64,9 ± 28,5	0,053
<i>D4 (Acceptation de soi)</i>	81 ± 25,8	82,5 ± 24,0	79,5 ± 27,5	0,144
<i>D5 (Habitudes bénéfiques)</i>	66,6 ± 28,0	67,6 ± 27,6	65,5 ± 28,5	0,349
Coopération	76,8 ± 14,2	79,5 ± 11,9	74 ± 15,8	≤0,0001
<i>C1 (Tolérance sociale)</i>	85,2 ± 21,6	87,8 ± 19,3	82,5 ± 23,4	0,003
<i>C2 (Empathie)</i>	68,7 ± 24,5	72,9 ± 23,0	64,2 ± 25,2	≤0,0001
<i>C3 (Solidarité)</i>	70,7 ± 20,3	73,4 ± 18,4	67,9 ± 21,7	0,001
<i>C4 (Indulgence)</i>	81,3 ± 26,0	84,5 ± 24,3	77,9 ± 27,4	0,002
<i>C5 (Probité)</i>	78,3 ± 18,0	79 ± 16,9	77,6 ± 19,0	0,329
Transcendance	36,3 ± 23,7	35,8 ± 23,7	36,9 ± 23,6	0,595
<i>T1 (Sens du spirituel)</i>	31,3 ± 29,3	31,1 ± 28,8	31,5 ± 29,8	0,863
<i>T2 (Détachement de soi)</i>	41,9 ± 27,7	40,7 ± 27,9	43,1 ± 27,5	0,293
<i>T3 (Croyance universelle)</i>	35,9 ± 27,7	35,7 ± 27,2	36 ± 28,4	0,900

Table des tableaux :

Tableau 1. Caractéristiques sociodémographiques de la population générale, contrôle et dépressive totale.....242

Tableau 2. Caractéristiques sociodémographiques des populations dépressives de perte et de contrainte.....245

Tableau 3. Caractéristiques sociodémographiques des populations dépressives liées à un motif affectif ou professionnel.....247

Tableau 4. Caractéristiques cliniques des populations contrôle et dépressive totale.....251-252

Tableau 5. Caractéristiques cliniques des populations dépressives de perte et de contrainte.....256-257

Tableau 6. Caractéristiques cliniques des populations dépressives liées à un motif affectif ou professionnel.....260-261

Tableau 7. Analyse via corrélation de Pearson des caractéristiques cliniques de la population dépressive totale.....263

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.

JOUETTE A. Thèse pour le diplôme d'Etat de Docteur en Médecine.

Emotionalité, Personnalité et Facteurs contextuels.

Etude rétrospective chez le sujet dépressif.

Résumé :

Ce travail de thèse s'intéresse aux dimensions d'émotionalité (situationnelle et dispositionnelle) au décours d'un épisode dépressif. Il considère également les aspects étiopathogéniques de la maladie dépressive via une étude conjointe de la personnalité et de l'influence des facteurs contextuels.

Notre étude de type rétrospective a ainsi inclus 235 sujets répartis en deux groupes (110 sujets primo-dépressifs et 125 sujets contrôles). Le recueil de données s'est basé sur l'utilisation de différents auto-questionnaires (EPN-31, Echelle d'Austin, BDI-13 et TCI-125) ainsi que sur un hétéro-questionnaire original visant à une sous catégorisation dépressive selon une modalité de perte versus contrainte, et selon l'identification d'un motif associé de type affectif versus professionnel. Une analyse comparative a été réalisée entre le groupe contrôle et dépressif total ; puis entre les sous-groupes de patients dépressifs.

Il ressort de ce travail la mise en évidence d'une relation pertinente entre dimensions d'émotionalité et dépression ; ainsi que l'illustration d'un polymorphisme dépressif notable lorsque l'on considère les aspects étiopathogéniques de la dépression.

Ce travail préliminaire encourage ainsi à poursuivre les recherches centrées sur une approche dimensionnelle du trouble de l'humeur dépressif ; et incite à une meilleure intégration des variables étiopathogéniques contextuelles et de vulnérabilité dans l'étude des spécificités dépressives.

Mots-clés : dépression de perte, dépression de contrainte, émotionnalité, personnalité, stress

Abstract :

This thesis focuses on the dimensions of emotionality (situational and dispositional) in major depression. It also considers the etiopathogenic features of depressive illness (personality and the influence of contextual factors). Our retrospective study included 235 subjects divided into two groups (110 first-depressed patients and 125 control subjects). Data collection was based on the use of various self-administered questionnaires (EPN-31, Austin Scale, BDI-13 and TCI-125) and an original straight-questionnaire to sub-categorize depression forms (loss versus exhaustion, affective versus professional). A comparative analysis was performed between the control group and depressed patients, and between subgroups of depressed patients. This preliminary work highlights a relevant relationship between emotionality dimensions and depression; and pinpoints depressive polymorphism when considering the etiopathogenic features of depression.

Keywords : emotionalism, personality, stress, major depression, loss, burn out.