



HAL
open science

Les facteurs déterminants de la procrastination du travail de thèse chez les médecins généralistes du bassin annonéen

Sarah Barbieux

► **To cite this version:**

Sarah Barbieux. Les facteurs déterminants de la procrastination du travail de thèse chez les médecins généralistes du bassin annonéen. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02952426

HAL Id: dumas-02952426

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02952426>

Submitted on 29 Sep 2020

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

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



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

**UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE DE MONTPELLIER-NÎMES**

THESE

En vue de l'obtention du titre de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
par
Sarah (Alice) BARBIEUX

le 28 Juin 2018

**LES FACTEURS DETERMINANTS
DE LA PROCRASTINATION DU TRAVAIL DE THESE
CHEZ LES MEDECINS GENERALISTES DU BASSIN ANNONEEN**

Directeur de thèse: Dr Pierre-Louis BLANC

JURY

Président: Monsieur le Pr Philippe LAMBERT

Assesseurs: Monsieur le Dr François-Xavier LESAGE

Monsieur le Dr Sylvain PAVAGEAU

Monsieur le Dr Pierre-Louis BLANC

Membre invité: Monsieur le Pr Patrick TACUSSEL

**UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE DE MONTPELLIER-NÎMES**

THESE

En vue de l'obtention du titre de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
par
Sarah (Alice) BARBIEUX

le 28 Juin 2018

**LES FACTEURS DETERMINANTS
DE LA PROCRASTINATION DU TRAVAIL DE THESE
CHEZ LES MEDECINS GENERALISTES DU BASSIN ANNONEEN**

Directeur de thèse: Dr Pierre-Louis BLANC

JURY

Président: Monsieur le Pr Philippe LAMBERT

Assesseurs: Monsieur le Dr François-Xavier LESAGE

Monsieur le Dr Sylvain PAVAGEAU

Monsieur le Dr Pierre-Louis BLANC

Membre invité: Monsieur le Pr Patrick TACUSSEL

LISTE DU CORPS ENSEIGNANT

ANNEE UNIVERSITAIRE 2017 - 2018

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALLIEU Yves	DIMEGLIO Alain	MEYNADIER Jean
ALRIC Robert	DU CAILAR Jacques	MICHEL François-Bernard
ARNAUD Bernard	DUBOIS Jean Bernard	MICHEL Henri
ASTRUC Jacques	DUMAS Robert	MION Charles
AUSSILLOUX Charles	DUMAZER Romain	MION Henri
AVEROUS Michel	ECHENNE Bernard	MIRO Luis
AYRAL Guy	FABRE Serge	NAVARRO Maurice
BAILLAT Xavier	FREREBEAU Philippe	NAVRATIL Henri
BALDET Pierre	GALIFER René Benoît	OTHONIEL Jacques
BALDY-MOULINIER Michel	GODLEWSKI Guilhem	PAGES Michel
BALMES Jean-Louis	GRASSET Daniel	PEGURET Claude
BALMES Pierre	GROLLEAU-RAOUX Robert	POUGET Régis
BANSARD Nicole	GUILHOU Jean-Jacques	PUECH Paul
BAYLET René	HERTAULT Jean	PUJOL Henri
BILLIARD Michel	HUMEAU Claude	PUJOL Rémy
BLARD Jean-Marie	JAFFIOL Claude	RABISCHONG Pierre
BLAYAC Jean Pierre	JANBON Charles	RAMUZ Michel

BLOTMAN Francis	JANBON François	RIEU Daniel
BONNEL François	JARRY Daniel	RIOUX Jean-Antoine
BOUDET Charles	JOYEUX Henri	ROCHEFORT Henri
BOURGEOIS Jean-Marie	LAFFARGUE François	ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre
BRUEL Jean Michel	LALLEMANT Jean Gabriel	SAINT AUBERT Bernard
BUREAU Jean-Paul	LAMARQUE Jean-Louis	SANCHO-GARNIER Hélène
BRUNEL Michel	LAPEYRIE Henri	SANY Jacques
CALLIS Albert	LESBROS Daniel	SENAC Jean-Paul
CANAUD Bernard	LOPEZ François Michel	SERRE Arlette
CASTELNAU Didier	LORIOT Jean	SIMON Lucien
CHAPTAL Paul-André	LOUBATIERES Marie Madeleine	SOLASSOL Claude
CIURANA Albert-Jean	MAGNAN DE BORNIER Bernard	THEVENET André
CLOT Jacques	MARY Henri	VIDAL Jacques
D'ATHIS Françoise	MATHIEU-DAUDE Pierre	VISIER Jean Pierre
DEMAILLE Jacques		
DESCOMPS Bernard		

Professeurs Émérites

ARTUS Jean-Claude	DAUZAT Michel	MARES Pierre
BLANC François	DEDET Jean-Pierre	MONNIER Louis
BOULENGER Jean-Philippe	ELEDJAM Jean-Jacques	PRAT Dominique
BOURREL Gérard	GUERRIER Bernard	PRATLONG Francine
BRINGER Jacques	JOURDAN Jacques	PREFAUT Christian
CLAUSTRES Mireille	MAURY Michèle	PUJOL Rémy
DAURES Jean-Pierre	MILLAT Bertrand	ROSSI Michel

SULTAN Charles

VOISIN Michel

ZANCA Michel

TOUCHON Jacques

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALBAT Bernard - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

ALRIC Pierre - Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)

BACCINO Eric - Médecine légale et droit de la santé

BASTIEN Patrick - Parasitologie et mycologie

BONAFE Alain - Radiologie et imagerie médicale

CAPDEVILA Xavier - Anesthésiologie-réanimation

COMBE Bernard - Rhumatologie

COSTA Pierre - Urologie

COTTALORDA Jérôme - Chirurgie infantile

COUBES Philippe - Neurochirurgie

CRAMPETTE Louis - Oto-rhino-laryngologie

CRISTOL Jean Paul - Biochimie et biologie moléculaire

DAVY Jean Marc - Cardiologie

DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel - Anesthésiologie-réanimation

DELAPORTE Eric - Maladies infectieuses ; maladies tropicales

DE WAZIERES Benoît - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

DOMERGUE Jacques - Chirurgie générale

DUFFAU Hugues - Neurochirurgie

DUJOLS Pierre - Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication

ELIAOU Jean François - Immunologie

FABRE Jean Michel - Chirurgie générale

GUILLOT Bernard - Dermato-vénéréologie

HAMAMAH Samir - Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale

HEDON Bernard - Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

HERISSON Christian - Médecine physique et de réadaptation

JABER Samir - Anesthésiologie-réanimation

JEANDEL Claude - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale,

addictologie

JONQUET Olivier - Réanimation ; médecine d'urgence

JORGENSEN Christian - Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie

KOTZKI Pierre Olivier - Biophysique et médecine nucléaire

LANDAIS Paul - Épidémiologie, Économie de la santé et Prévention

LARREY Dominique - Gastro-entérologie ; hépatologie ; addictologie

LEFRANT Jean-Yves - Anesthésiologie-réanimation

LE QUELLEC Alain - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

MARTY-ANE Charles - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

MAUDELONDE Thierry - Biologie cellulaire

MERCIER Jacques - Physiologie

MESSNER Patrick - Cardiologie

MOURAD Georges - Néphrologie

PELISSIER Jacques - Médecine physique et de réadaptation

RENARD Eric - Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale

REYNES Jacques - Maladies infectieuses, maladies tropicales

RIBSTEIN Jean - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

RIPART Jacques - Anesthésiologie-réanimation

ROUANET Philippe - Cancérologie ; radiothérapie

SCHVED Jean François - Hématologie; Transfusion

TAOUREL Patrice - Radiologie et imagerie médicale

UZIEL Alain - Oto-rhino-laryngologie

VANDE PERRE Philippe - Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

YCHOU Marc - Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1^{re} classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia - Hématologie ; transfusion

AVIGNON Antoine - Nutrition

AZRIA David -Cancérologie ; radiothérapie

BAGHDADLI Amaria - Pédopsychiatrie ; addictologie

BEREGI Jean-Paul - Radiologie et imagerie médicale

BLAIN Hubert - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale,

addictologie

BLANC Pierre - Gastro-entérologie ; hépatologie ; addictologie

BORIE Frédéric - Chirurgie digestive

BOULOT Pierre - Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

CAMBONIE Gilles - Pédiatrie

CAMU William - Neurologie

CANOVAS François - Anatomie

CARTRON Guillaume - Hématologie ; transfusion

CHAMMAS Michel - Chirurgie orthopédique et traumatologique

COLSON Pascal - Anesthésiologie-réanimation

CORBEAU Pierre - Immunologie

COSTES Valérie - Anatomie et cytologie pathologiques

COURTET Philippe - Psychiatrie d'adultes ; addictologie

CYTEVAL Catherine - Radiologie et imagerie médicale

DADURE Christophe - Anesthésiologie-réanimation

DAUVILLIERS Yves - Physiologie

DE TAYRAC Renaud - Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale

DEMARIA Roland - Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire

DEMOLY Pascal - Pneumologie ; addictologie

DEREURE Olivier - Dermatologie - vénéréologie

DROUPY Stéphane - Urologie

DUCROS Anne - Neurologie

FRAPIER Jean-Marc - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

KLOUCHE Kada - Réanimation ; médecine d'urgence

KOENIG Michel - Génétique moléculaire

LABAUGE Pierre - Neurologie

LAFFONT Isabelle - Médecine physique et de réadaptation

LAVABRE-BERTRAND Thierry - Cytologie et histologie

LECLERCQ Florence - Cardiologie

LEHMANN Sylvain - Biochimie et biologie moléculaire

LUMBROSO Serge - Biochimie et Biologie moléculaire

MARIANO-GOULART Denis - Biophysique et médecine nucléaire

MATECKI Stéfan - Physiologie

MEUNIER Laurent - Dermato-vénéréologie

MONDAIN Michel - Oto-rhino-laryngologie
MORIN Denis - Pédiatrie
NAVARRO Francis - Chirurgie générale
PAGEAUX Georges-Philippe - Gastro-entérologie ; hépatologie ; addictologie
PETIT Pierre - Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PERNEY Pascal - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PUJOL Jean Louis - Pneumologie ; addictologie
PUJOL Pascal - Biologie cellulaire
PURPER-OUAKIL Diane - Pédopsychiatrie ; addictologie
QUERE Isabelle - Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
SOTTO Albert - Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TOUITOU Isabelle - Génétique
TRAN Tu-Anh - Pédiatrie
VERNHET Hélène - Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2ème classe

ASSENAT Éric - Gastro-entérologie ; hépatologie ; addictologie
BERTHET Jean-Philippe - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BOURDIN Arnaud - Pneumologie ; addictologie
CANAUD Ludovic - Chirurgie vasculaire ; Médecine Vasculaire
CAPDEVIELLE Delphine - Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
CAPTIER Guillaume - Anatomie
CAYLA Guillaume - Cardiologie
CHANQUES Gérald - Anesthésiologie-réanimation
COLOMBO Pierre-Emmanuel - Cancérologie ; radiothérapie
COSTALAT Vincent - Radiologie et imagerie médicale
COULET Bertrand - Chirurgie orthopédique et traumatologique
CUVILLON Philippe - Anesthésiologie-réanimation
DAIEN Vincent - Ophtalmologie
DEVOS John - Cytologie et histologie
DORANDEU Anne - Médecine légale
DUPEYRON Arnaud - Médecine physique et de réadaptation
FESLER Pierre - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale,

addictologie

GARREL Renaud - Oto-rhino-laryngologie

GAUJOUX-VIALA Cécile - Rhumatologie

GENEVIEVE David - Génétique

GODREUIL Sylvain - Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

GUILLAUME Sébastien - Urgences et Post urgences psychiatriques

GUILPAIN Philippe - Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie

GUIU Boris - Radiologie et imagerie médicale

HAYOT Maurice - Physiologie

HOUEDE Nadine - Cancérologie ; radiothérapie

JACOT William - Cancérologie ; Radiothérapie

JUNG Boris - Réanimation ; médecine d'urgence

KALFA Nicolas - Chirurgie infantile

KOUYOUMDJIAN Pascal - Chirurgie orthopédique et traumatologique

LACHAUD Laurence - Parasitologie et mycologie

LALLEMANT Benjamin - Oto-rhino-laryngologie

LAVIGNE Jean-Philippe - Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

LE MOING Vincent - Maladies infectieuses ; maladies tropicales

LETOUZEY Vincent - Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

LOPEZ CASTROMAN Jorge - Psychiatrie d'Adultes ; addictologie

LUKAS Cédric - Rhumatologie

MAURY Philippe - Chirurgie orthopédique et traumatologique

MILLET Ingrid - Radiologie et imagerie médicale

MORANNE Olivier - Néphrologie

MOREL Jacques - Rhumatologie

NAGOT Nicolas - Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication

NOCCA David - Chirurgie digestive

PANARO Fabrizio - Chirurgie générale

PARIS Françoise - Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale

PASQUIE Jean-Luc - Cardiologie

PEREZ MARTIN Antonia-Physiologie

POUDEROUX Philippe - Gastro-entérologie ; hépatologie ; addictologie

PRUDHOMME Michel - Anatomie

RIGAU Valérie - Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François - Pédiatrie
ROGER Pascal - Anatomie et cytologie pathologiques
ROSSI Jean François - Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François - Cardiologie
SEBBANE Mustapha - Anesthésiologie-réanimation
SEGNARBIEUX François - Neurochirurgie
SIRVENT Nicolas - Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme - Biologie cellulaire
SULTAN Ariane - Nutrition
THOUVENOT Éric - Neurologie
THURET Rodolphe - Urologie
VENAIL Frédéric - Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max - Ophtalmologie
VINCENT Denis - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
VINCENT Thierry - Immunologie
WOJTUSCISZYN Anne - Endocrinologie-diabétologie-nutrition

Professeurs des Universités

1^{re} classe

COLINGE Jacques - Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes

2^{ème} classe

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila - Biochimie et biologie moléculaire

VISIER Laurent - Sociologie, démographie

Professeurs des Universités - Médecine générale

1^{re} classe

LAMBERT Philippe

2^{ème} classe

AMOUYAL Michel

Professeurs associés - Médecine Générale

DAVID Michel

RAMBAUD Jacques

Professeurs associés - Médecine

BESSIS Didier - Dermato-vénéréologie

PERRIGault Pierre-François - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence

ROUBERTIE Agathe – Pédiatrie

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe

CACHEUX-RATABOUL Valère - Génétique

CARRIERE Christian - Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

CHARACHON Sylvie - Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

FABBRO-PERAY Pascale - Épidémiologie, économie de la santé et prévention

HILLAIRE-BUYS Dominique - Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

PELLESTOR Franck - Cytologie et histologie

PUJOL Joseph - Anatomie

RAMOS Jeanne - Anatomie et cytologie pathologiques

RICHARD Bruno -Thérapeutique ; addictologie

RISPAIL Philippe -Parasitologie et mycologie

SEGONDY Michel -Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

STOEBNER Pierre - Dermato-vénéréologie

MCU-PH de 1^{re} classe

ALLARDET-SERVENT Annick - Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

BADIOU Stéphanie - Biochimie et biologie moléculaire

BOUDOUSQ Vincent - Biophysique et médecine nucléaire
BOULLE Nathalie - Biologie cellulaire
BOURGIER Céline - Cancérologie ; Radiothérapie
BRET Caroline - Hématologie biologique
COSSEE Mireille - Génétique Moléculaire
GABELLE DELOUSTAL Audrey - Neurologie
GIANSILY-BLAIZOT Muriel - Hématologie ; transfusion
GIRARDET-BESSIS Anne - Biochimie et biologie moléculaire
LAVIGNE Géraldine - Hématologie ; transfusion
LE QUINTREC Moglie - Néphrologie
MATHIEU Olivier - Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas - Neuroradiologie
MOUZAT Kévin - Biochimie et biologie moléculaire
PANABIÈRES Catherine - Biologie cellulaire
PHILIBERT Pascal - Biologie et médecine du développement et de la reproduction
RAVEL Christophe - Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris - Physiologie
STERKERS Yvon - Parasitologie et mycologie
TUAILLON Édouard - Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YACHOUH Jacques - Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MCU-PH de 2^{ème} classe

BERTRAND Martin - Anatomie
BRUN Michel - Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
DU THANH Aurélie - Dermato-vénéréologie
GALANAUD Jean Philippe - Médecine Vasculaire
GOUZI Farès - Physiologie
JEZIORSKI Éric - Pédiatrie
KUSTER Nils - Biochimie et biologie moléculaire
LESAGE François-Xavier - Médecine et Santé au Travail
MAKINSON Alain - Maladies infectieuses, Maladies tropicales
MURA Thibault - Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
OLIE Émilie - Psychiatrie d'adultes ; addictologie

THEVENIN-RENE Céline - Immunologie

Maîtres de Conférence des Universités - Médecine Générale

COSTA David

FOLCO-LOGNOS Béatrice

Maîtres de Conférence Associés - Médecine Générale

CLARY Bernard

GARCIA Marc

MILLION Élodie

PAVAGEAU Sylvain

REBOUL Marie-Catherine

SEGURET Pierre

Maîtres de Conférence des Universités

Maîtres de Conférences hors classe

BADIA Eric - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

Maîtres de Conférences de classe normale

BECAMEL Carine - Neurosciences

BERNEX Florence - Physiologie

CHAUMONT-DUBEL Séverine - Sciences du médicament et des autres produits de santé

CHAZAL Nathalie - Biologie cellulaire

DELABY Constance - Biochimie et biologie moléculaire

GUGLIELMI Laurence - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

HENRY Laurent - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

LADRET Véronique - Mathématiques appliquées et applications des mathématiques

LAINE Sébastien - Sciences du Médicament et autres produits de santé

LE GALLIC Lionel - Sciences du médicament et autres produits de santé

LOZZA Catherine - Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques

MAIMOUN Laurent - Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé

MOREAUX Jérôme - Science biologiques, fondamentales et cliniques

MORITZ-GASSER Sylvie - Neurosciences

MOUTOT Gilles - Philosophie

PASSERIEUX Émilie - Physiologie

RAMIREZ Jean-Marie - Histologie

TAULAN Magali - Biologie Cellulaire

Praticiens Hospitaliers Universitaires

CLAIRE DAIEN - Rhumatologie

BASTIDE Sophie - Épidémiologie, économie de la santé et prévention

FAILLIE Jean-Luc - Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

GATINOIS Vincent - Histologie, embryologie et cytogénétique

HERLIN Christian - Chirurgie plastique ; reconstructrice et esthétique ; brûlologie

HERRERO Astrid - Chirurgie générale

PANTEL Alix - Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

PERS Yves-Marie - Thérapeutique, médecine d'urgence ; addictologie

PINETON DE CHAMBRUN Guillaume - Gastro-entérologie ; hépatologie ; addictologie

TORRE Antoine - Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

REMERCIEMENTS

Monsieur le Professeur LAMBERT, vous me faites l'honneur de présider ce jury. Votre accompagnement dans le délicat exercice de composition du jury de soutenance, la disponibilité et la diligence que vous avez opposé aux problématiques que j'ai pu vous soumettre, ont amplement facilité l'achèvement de ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

Monsieur le Professeur TACUSSEL, vous me faites l'honneur de juger ce travail. Je tiens à vous témoigner toute ma reconnaissance pour l'intérêt que vous avez immédiatement manifesté à son égard.

Monsieur le Dr LESAGE, vous me faites l'honneur de juger cette recherche. Je me permets de vous exprimer ici toute ma gratitude.

Monsieur le Dr PAVAGEAU, vous avez, le premier, affirmé votre envie de participer à l'évaluation de cette thèse. Je tiens à vous remercier humblement de vos précieuses suggestions, de votre confiance et de votre bienveillance.

Monsieur le Dr Pierre-Louis BLANC, vous m'avez fait l'honneur de m'accompagner dans ce travail, malgré vos réticences initiales et l'évolution de vos perspectives personnelles. Je vous sais gré de votre confiance et de vos conseils avisés.

Vos enseignements et votre exemple auprès des patients guident mes aspirations médicales au quotidien.

Je tiens à remercier également le Dr Claudine GRAS-AYGON, pour l'intérêt et le temps qu'elle a consacré à mon travail, ainsi que pour son essentielle assistance méthodologique et statistique.

Merci infiniment à toutes celles et ceux qui ont directement participé à cette thèse au travers du questionnaire, du temps que vous m'avez accordé, de vos remarques constructives, de vos éclairages et de vos idées. Je vous remercie de la confiance que vous m'avez accordé, en m'ouvrant un pan de votre vie et en me laissant entrevoir vos doutes et vos difficultés.

Laurence, je te suis profondément obligée de ton soutien et de ton amitié exprimés au quotidien, de tes conseils, de ta clairvoyance, et de ton aide technique. Je te remercie de m'avoir poussée dans mes retranchements, pour conduire et achever ce travail. Merci à Alain pour ton accueil et ton soutien.

Ahmed, je souhaite vous exprimer mes plus sincères remerciements pour votre appui et votre disponibilité, et pour avoir tant de fois facilité le fonctionnement du service, me permettant ainsi de m'échapper pour mener cette tâche.

Maman, une vie ne suffira pas pour te remercier de ta présence, de ton soutien, de ta patience, de ton amour indéfectible, et pour m'avoir transmis la volonté et le goût de bien faire.

Estelle, merci de ta présence et ton énergie, de ta bienveillance, de tes conseils et de ton

aide.

Mathias, merci d'avoir usé et abusé de ton incroyable don pour faire rire de tout et pour détendre n'importe quelle situation.

Patrice, merci de ta présence, de ton aide et de ton soutien sans faille.

Anne, merci de tes conseils et de tes relectures attentives et perspicaces.

Claire et Thibaut, qui sont passés par là, merci de vos encouragements, et bienvenue à Gabrielle dans notre jolie famille.

Gisèle, Papet, Grand Père, Grand Mère, Jacques, merci d'avoir cru en moi.

Hisae, ma princesse, ... Merci de ta présence pendant ces mois compliqués, de tes sourires, de tes questions d'enfant qui ont plus d'une fois ouvert un coin de ciel bleu dans mon horizon. Merci d'être mon moteur au quotidien.

Table des matières

INTRODUCTION.....	19
MATERIEL et METHODE.....	22
1.Revue de la littérature.....	22
1.1.Méthodologie de la recherche bibliographique.....	22
1.2.La procrastination.....	23
1.2.1.Définition.....	23
1.2.2.Les processus impliqués.....	23
1.2.3.Les types de procrastination.....	24
1.2.4.Les conséquences de la procrastination.....	28
1.2.5.La priorisation et la procrastination active.....	29
1.3.La procrastination académique.....	30
1.3.1.Définition et contextualisation.....	30
1.3.2.Les conséquences de la procrastination académique.....	31
1.4.La procrastination du travail de thèse.....	32
1.4.1.Le travail de thèse.....	32
1.4.2.La procrastination spécifique du travail de thèse.....	33
1.5.Les facteurs déterminants de la procrastination.....	34
1.5.1.Les déterminants psychologiques.....	34
1.5.2.Les facteurs inhérents au travail de thèse.....	58
1.5.3.Les données sociodémographiques.....	60
2.Construction de l'outil d'évaluation.....	62
2.1.Méthodologie générale de construction du questionnaire.....	62
2.2.Instruments de mesure utilisés.....	63
2.2.1.La procrastination.....	63
2.2.2.Les déterminants psychologiques.....	65
2.2.3.Les facteurs inhérents au travail de thèse	73
2.2.4.Les données sociodémographiques.....	75
2.3.Pré-test de l'outil d'évaluation.....	77
2.3.1.Relecture et expérimentation préalable.....	77
2.3.2.Pré-test.....	78
3.Mise en œuvre du questionnaire	79
3.1.Population d'intérêt.....	79
3.1.1.Le Bassin Annonéen.....	79
3.1.2.Diagnostic de santé.....	80
3.1.3.Population étudiée.....	81
3.2.Caractéristiques psychométriques de l'outil.....	81
3.2.1.Fidélité d'un instrument de mesure.....	82
3.2.2.Validité d'un instrument de mesure.....	82
3.3.Méthodologie de recueil des données.....	83
3.4.Analyse statistique.....	83
3.4.1.Principes généraux.....	83
3.4.2.Définition des variables recueillies.....	84
3.4.3.Choix des tests statistiques.....	85
3.4.4.Analyse des commentaires libres.....	86
3.4.5.Mise en œuvre de l'analyse statistique.....	86
RESULTATS.....	87

1.Participation à l'étude.....	87
2.Résultats bruts.....	87
2.1.Caractéristiques sociodémographiques de la population étudiée.....	87
2.2.Les tendances individuelles à la procrastination.....	88
2.2.1.La procrastination dans la vie quotidienne.....	88
2.2.2.La procrastination décisionnelle.....	89
2.2.3.La procrastination académique et du travail de thèse.....	89
2.2.4.La priorisation.....	90
2.2.5.Le report volontaire du travail de thèse.....	90
2.2.6.Résumé des tendances à la procrastination.....	91
2.3.Les déterminants psychologiques.....	91
2.3.1.Les déterminants psychologiques propres à l'individu.....	91
2.3.2.Les déterminants psychologiques associés à la tâche concernée.....	96
2.3.3.Les déterminants psychologiques spécifiques du contexte de réalisation.....	99
2.4.Les facteurs inhérents au travail de thèse.....	102
2.4.1.Le sujet de thèse.....	102
2.4.2.Le directeur de thèse.....	104
2.4.3.Le contexte universitaire.....	104
2.5.Les données sociodémographiques.....	106
2.5.1.Les données sociodémographiques générales.....	106
2.5.2.Le contexte personnel du doctorant pendant la période de préparation de la thèse. .	107
2.5.3.La situation professionnelle du doctorant pendant la période de préparation de la thèse.....	110
3.Les procrastinateurs vrais.....	111
3.1.Composition du sous-groupe.....	111
3.2.Les tendances individuelles à la procrastination.....	111
3.3.Les déterminants psychologiques.....	113
3.3.1.Les déterminants psychologiques propres à l'individu.....	113
3.3.2.Les déterminants psychologiques associés à la tâche concernée.....	114
3.3.3.Les déterminants psychologiques spécifiques du contexte de réalisation.....	115
3.4.Les facteurs inhérents au travail de thèse.....	116
3.5.Les données sociodémographiques.....	117
3.5.1.Les données sociodémographiques générales.....	117
3.5.2.Le contexte personnel du doctorant pendant la période de préparation de la thèse. .	118
3.5.3.La situation professionnelle du doctorant pendant la période de préparation de la thèse.....	119
4.Les procrastinateurs effectifs.....	119
4.1.Composition du sous-groupe.....	119
4.2.Les tendances individuelles à la procrastination.....	119
4.3.Les déterminants psychologiques.....	121
4.3.1.Les déterminants psychologiques propres à l'individu.....	121
4.3.2.Les déterminants psychologiques associés à la tâche concernée.....	122
4.3.3.Les déterminants psychologiques spécifiques du contexte de réalisation.....	123
4.4.Les facteurs inhérents au travail de thèse.....	124
4.5.Les données sociodémographiques.....	125
3.5.1.Les données sociodémographiques générales.....	125
3.5.2.Le contexte personnel du doctorant pendant la période de préparation de la thèse. .	126
3.5.3.La situation professionnelle du doctorant pendant la période de préparation de la thèse.....	127

5.Analyse statistique.....	127
5.1.Étude des variables quantitatives.....	127
5.2.Étude des variables qualitatives.....	127
5.3.Étude du report effectif du travail de thèse.....	128
6.Analyse des données lexicales.....	128
6.1.Craintes relatives à l'obtention du titre de Docteur en Médecine.....	128
6.2.Cours de préparation à la thèse.....	129
6.3.Séminaires doctorants.....	130
DISCUSSION.....	131
1.Limites méthodologiques.....	131
1.1.Difficultés dans la mise en œuvre du travail.....	131
1.1.1.Ajustements du projet initial.....	131
1.1.2.Nécessité d'une assistance statistique.....	132
1.2.Caractéristiques psychométriques de l'outil.....	132
1.3.Biais.....	133
1.3.1.Limites constitutives.....	133
1.3.2.Biais cognitifs.....	135
1.3.3.Biais statistiques.....	138
2.Discussion des résultats.....	139
2.1.Discussion de la définition choisie.....	139
2.2.Données manquantes.....	139
2.3.Comparaison des résultats obtenus avec les données de la littérature.....	140
2.3.1.Résultats principaux.....	140
2.3.2.Résultats secondaires.....	140
2.3.4.Les facteurs explicatifs spécifiques du report du travail de thèse.....	149
2.3.4.Corrélations et interrelation des facteurs explicatifs de la procrastination.....	150
3.Ouvertures et perspectives.....	150
3.1.Proposition de travaux complémentaires.....	150
3.2.Plan de lutte pour la complétude du travail de thèse.....	150
CONCLUSION.....	153
BIBLIOGRAPHIE.....	154
BIBLIOGRAPHIE METHODOLOGIQUE.....	170
ANNEXES.....	173
1. Annexe 1: Questionnaire d'évaluation des facteurs déterminants de la procrastination du travail de thèse chez les médecins généraliste du Bassin Annonéen.....	173
2. Annexe 2 : Pré-test, résumé des valeurs obtenues.....	187
3. Annexe 3: Les « procrastinateurs vrais », résumé de l'analyse statistique.....	194
4. Annexe 4: Ma thèse et moi.....	201
5. Annexe 5: La procrastination selon VIDAL®.fr.....	204
6. ANNEXE 6: Procrastination, infographies.....	214
SERMENTS.....	218
PHOTOCOPIE PERMIS D'IMPRIMER.....	220

ABREVIATIONS

ARC : Attaché(e.s) de recherche clinique

CHAN: Centre Hospitalier d'Ardèche Nord

CHU: Centre Hospitalier Universitaire

DES: Diplôme(s) d'Études Spécialisées

DMG: Département de Médecine Générale

MG: Médecin(s) généraliste(s)

NC : Non concerné

SNJMG: Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes

INTRODUCTION

« Je le ferai demain. », « A chaque jour suffit sa peine! », ...

Cette tendance à reporter à plus tard ce qui doit être fait semble si naturelle au fonctionnement humain^{1 2}, qu'elle concerne des actes de la vie courante aussi anodins que de poster une lettre, ou au contraire des attributions personnelles ou professionnelles empreintes de conséquences majeures. Rares sont ainsi ceux qui pourraient nier d'avoir jamais ajourné leurs obligations sans se voir accusé de mentir⁸.

Mais comment expliquer ces comportements de report? Quelles dynamiques les sous-tendent-elles? Quels bénéfices ou quelles conséquences en attendre? Est-il possible de s'en défaire et par quels moyens?

La procrastination, du latin « *procrastinatio* » signifiant « *ajournement* »³ (« *pro* » en avant et « *crastinus* » du lendemain)⁴, est un concept multidimensionnel dont la définition, la compréhension et la prise en charge ont fait l'objet de nombreuses études et publications depuis les années 1970^{5 6}.

Il est évoqué dès la Rome Antique par Cicéron (-106 à -43 avant J.-C.), qui le rattachait à l'« *ignominie de la paresse* ». Depuis, de nombreux auteurs littéraires parmi lesquels Proust, au travers de l'angoisse de la page blanche, Don Marquis, Charles Dickens ou Mark Twain, l'ont cité.

Le fonctionnement de nos sociétés occidentales, par la multiplicité des stimulations vécues au quotidien et le « *syndrome de déconcentration* »⁷ qu'elles induisent, mais aussi par l'accentuation de la vitesse de réponse attendue et de la pression ressentie en regard des exigences et contraintes personnelles, scolaires ou professionnelles croissantes, favoriserait la prévalence, la variété et l'intensité de ces comportements de report, volontaires ou non^{8 2}.

En 2010 est même créée une Journée Mondiale de la Procrastination, fixée au 25 Mars⁹. Son auteur, David d'Equainville, souhaite ainsi défendre la « *procrastination positive* » comme un acte militant visant, par le choix de différer la réponse aux exigences sociétales, à réduire la pression subie et à reprendre le contrôle de sa propre vie.

Cet intérêt récurrent témoigne de la fréquence de ces comportements, mais également de leur portée à l'ensemble des domaines constitutifs de l'individu et structurant sa vie¹⁰. Leur étude a mobilisé des domaines de recherche aussi variés que la psychologie fondamentale, l'éducation, l'économie, la sociologie, ou encore la psychiatrie et la santé physique.

Parfois limités à l'expression de la paresse et à la fainéantise², ces reports pourraient correspondre à un échec des processus individuels d'auto-régulation^{11 12}, par la dysfonction des

1 Sénécal et Al., 1995

2 Subotnik et Al., 1999

3 Larousse, dictionnaire de français

4 Wikipédia

5 Steel, 2007

6 Van Eerde, 2003

7 Potelle, 2018

8 Ferrari et Emmons, 1995

9 Chauvel, 2011

10 Milgram et Al., 1988

11 Tuckman, 1991, cité par Hsin Chun Chu et Nam Choi, 2005

12 Ziesat, 1978, cité par Vodanovich et Seib, 1997

capacités humaines essentielles de planification, de priorisation et de réalisation libre d'une tâche^{10 13}. Ils affecteraient en cela l'ensemble des étapes menant à celle-ci, de son induction (procrastination décisionnelle¹⁴), à sa mise en œuvre ou à son achèvement (procrastination comportementale¹⁵).

Ils pourraient, a contrario, être envisagés comme un processus adaptatif positif^{16 17 2}, présentant des bénéfices à court terme^{18 19 17}.

Leur caractère symptomatique de difficultés d'un autre ordre est soutenu par plusieurs publications^{16 20}.

La variété des dynamiques cognitives, émotionnelles et comportementales^{21 22} associés à ces tendances est largement illustrée dans la littérature. Les raisons spontanément évoquées pour les justifier, qu'elles soient situationnelles⁷ (par exemple temporelles, organisationnelles, ou sociales), inhérentes au travail à réaliser²³, au vécu de celui-ci², ou dispositionnelles (c'est-à-dire inhérentes à la construction psychique et de la personnalité de l'individu²⁴), sont légion^{7 22}.

De multiples conséquences délétères leur sont attribuées, concernant des dimensions aussi bien physiques^{18 25} et psychiques^{26 27}, que scolaires²⁰, personnelles¹⁰ ou encore professionnelles²⁸.

La prévalence de l'expression de la procrastination dans le champ scolaire²⁹ et ses conséquences sur la réussite académique, notamment universitaire^{1 16 20 30 31}, en font un sujet d'intérêt en pédagogie^{20 32}. Les concepts corrélés à ce phénomène seraient, comme pour la procrastination dans son expression générale, d'une grande variété²², même si certains déterminants spécifiques ont pu être isolés^{22 27}.

La réalisation d'une thèse doctorante comme aboutissement du cursus universitaire, est à la fois un « *rite de passage* »³³, symbolisant l'autonomie et la responsabilité, mais également une opportunité imposée de développer de nouvelles connaissances et compétences dans l'accomplissement d'un travail indépendant^{32 33}. Elle revêt de fait de nombreuses significations, notamment psychologiques, et sa réalisation peut devenir le théâtre de l'expression des conflits émotionnels et développementaux individuels³³.

Lorsqu'elle n'a pas un caractère obligatoire, et selon les filières, elle peut mener à près de 50%

13 Lay, 1986

14 Ferrari et Effert, 1989

15 Ferrari, 1991

16 Ellis, 1977, cité par Potelle, 2018

17 Hsin Chun Chu et Nam Choi, 2005

18 Tice et Baumeister, 1997

19 Rosario et Al., 2009

20 Osieurak et Al., 2015

21 Rothblum et Al., 1986

22 Solomon et Rothblum, 1984

23 Lay, 1992

24 Johnson et Bloom, 1995

25 Sirois et Al., 2003

26 Milgram et Al., 1992

27 Beswick et Al., 1988

28 Di Fabio, 2006

29 Ellis et Knaus, 1977, cité par Solomon et Rothblum, 1984

30 Hussain et Sultan, 2010

31 Savithri, 2014

32 Dupont et Al., 2012

33 Blum, 2010

d'échecs de complétude^{34 35}.

Les conséquences de cet échec, qu'elles soient financières, psychologiques, ou encore temporelles, sont délétères aussi bien pour le doctorant que pour le département qui l'accompagne³⁶, ou pour la société elle-même^{32 35}.

La thèse d'exercice de médecine, est, avec la validation du DES, une étape obligatoire pour clôturer le cursus médical^{37 38 39}. Sa non passation a pour conséquence de priver l'étudiant de ses droits d'exercice, mais également du bénéfice de sa formation, les équivalences éventuelles accessibles en cours de cursus se fermant à la perte du statut d'étudiant.

Les dynamiques associées à la procrastination du travail de thèse ont été illustrées par plusieurs travaux de recherche^{33 35}. Leurs conclusions pointent l'importance d'une meilleure compréhension de ce phénomène, pour permettre d'accompagner efficacement les doctorants dans la complétude de leur cursus²⁰.

L'objectif du présent travail est de comprendre la procrastination et ses dynamiques, afin de proposer une perspective intégrative des facteurs considérés déterminants dans le contexte particulier du travail de thèse.

Une revue de la littérature a été réalisée pour définir, comprendre et caractériser la procrastination, dans ses dimensions générales et spécifiques. Un instrument d'auto-évaluation des concepts qui lui sont associés a ensuite été construit et utilisé pour mettre en évidence les déterminants spécifiques dans la population des médecins généralistes du Bassin d'Annonay.

34 Sternberg, 1981, cité par Green, 1997

35 Dupont et Al., 2011

36 Green, 1997

37 Légifrance [en ligne], 2010

38 Légifrance [en ligne], 2017

39 Ordre National des Médecins, Conseil National de l'Ordre [en ligne], 2012

MATERIEL et METHODE

1. Revue de la littérature

1.1. Méthodologie de la recherche bibliographique

La recherche bibliographique se définit comme l'ensemble des méthodes, procédures et techniques permettant de recenser et d'exploiter les références bibliographiques pertinentes pour un sujet ou un travail donné.

Plusieurs étapes peuvent être distinguées dans sa réalisation :

- la nécessité de définir et de cerner le sujet, afin de déterminer les mots-clefs sur lesquels appuyer la recherche ;
- l'identification des sources d'information disponibles, associée à l'évaluation de leur qualité et des spécificités d'utilisation de celles-ci ;
- la sélection des documents pertinents, en évaluant la fiabilité et la validité intrinsèques de leur contenu, ainsi que leur utilité pour le sujet choisi ;
- la collecte des informations pertinentes au sein de chaque document référencé ;
- l'exploitation et le traitement des informations référencées, en relation avec les objectifs du travail en cours.

Deux types de documents peuvent être distingués : les documents « primaires », ou originaux, et les documents « secondaires », visant au recensement ou à l'analyse de ceux-ci⁴⁰.

La recherche bibliographique réalisée pour le présent travail s'est déroulée par paliers. Une recherche initiale, visant à apprécier l'envergure du sujet et l'ampleur de la littérature disponible en rapport, a tout d'abord été menée. Les mots-clefs utilisés ont été « *procrastination* », « *thèse* » / « *final dissertation* », « *school* », « *students* » et « *déterminants* » / « *facteurs explicatifs* ». Les sources d'information choisies ont été « Google Scholar® », « PubMed® » et « MEDLINE® », pour leur qualité et leur fiabilité. Une quinzaine d'articles d'intérêt ont ainsi été identifiés et exploités.

Une seconde recherche, basée sur l'analyse et l'exploitation des références citées par les précédents travaux, a ensuite été menée. Chaque nouvelle source a permis de dégager des mots-clefs supplémentaires et d'approfondir ainsi progressivement la connaissance et la compréhension du sujet. Les écrits considérés non congruents avec le travail en cours, ou présentant un intérêt trop éloigné du sujet, ont été écartés.

En parallèle de cette analyse théorique, un fondement méthodologique a également été sollicité.

En définitive, quelques 600 écrits ont été référencés. 50 d'entre eux n'étaient pas accessibles. 350 références ont été analysées et 250 environ ont été finalement exploitées.

40 Service formation des publics, Université d'Avignon [en ligne]

1.2. La procrastination

1.2.1. Définition

Pour le présent travail, une définition composite, issue de l'analyse de celles le plus souvent retrouvées dans la littérature, est proposée. La procrastination est ainsi considérée comme **la tendance compulsive à reporter inutilement ce qu'il est nécessaire de faire pour atteindre l'objectif fixé**^{1 13 16 41 42}, impliquant le ressenti d'un inconfort et l'expérience d'une anxiété invalidant^{21 22 27 42}.

1.2.2. Les processus impliqués

1.2.2.1. Les étapes de la procrastination

Ellis (1979), cité par Potelle⁷, présente la procrastination, c'est-à-dire le processus menant aux comportements de report, comme une succession de tentatives visant à échapper à l'inconfort ressenti en regard d'une tâche donnée ou de la réalisation de celle-ci, par la mise en œuvre d'alternatives anxiolytiques.

Ce phénomène s'auto-alimenterait, l'anxiété induite s'accroissant au fur et à mesure du report de l'activité d'une part, et les croyances causales et relatives à celle-ci interagissant et se favorisant mutuellement d'autre part⁷. Ce processus peut être compris au travers du principe de la « *prophétie auto-réalisatrice* »⁷ ou du concept d' « *auto-sabotage* »⁷, c'est-à-dire par la vérification des croyances et des craintes liées à la tâche concernée, du fait du manque de moyens attribués à sa réalisation, responsables d'une performance finale insuffisante au vu des exigences personnelles et de celles d'autrui⁷.

1.2.2.2. Modèles de compréhension

Plusieurs modèles de compréhension des phénomènes de procrastination ont été proposés.

Selon Milgram et Al.¹⁰ p.ex., la procrastination pourrait être structurée autour de 4 axes:

- la temporalité (« *When?* »), dont l'évaluation serait basée sur le cadre temporel propre à chacun, et qui dépendrait à la fois des propensions individuelles et des circonstances objectives. Sa mesure serait rendue complexe par les variations individuelles et interindividuelles, notamment dans l'estimation des délais et dans le vécu de ceux-ci.
- la réalisation (« *How?* »), qui correspondrait à la programmation, par l'individu, de l'action à mener, et à l'adhésion à cette planification. Elle serait sous-tendue par les émotions désagréables vécues en rapport avec la tâche concernée. Il existerait là encore des variations individuelles et interindividuelles, siégeant notamment dans l'appréciation et la réalisation de l'objectif fixé (« *l'objectif est-il atteint dans le délai prévu?* »).
- les causes du comportement de report (« *Why?* »).
- l'objet de la procrastination (« *What?* »).

Subotnik et Al.² proposent de leur côté un modèle à 3 dimensions comprenant le domaine

⁴¹ Schouwenburg, 1992

⁴² Burka et Yuen, 1983

concerné par les comportements de report, le niveau de productivité et le degré d'anxiété réactionnelle associés.

Pour Milgram et Tenne⁴³, la procrastination pourrait être divisée en 4 composantes principales: la procrastination académique, la procrastination ordinaire, ou de vie quotidienne, la procrastination décisionnelle et la procrastination compulsive.

1.2.3. Les types de procrastination

La procrastination, au travers des comportements de report qu'elle induit, peut se manifester de façon variée^{44 45}. Son intensité et les tensions qui en découlent seraient fonction de l'importance de ce qui est procrastiné⁴³.

1.2.3.1. La procrastination comportementale

La procrastination comportementale correspondrait à la tendance à reporter la réalisation effective d'une tâche⁴⁵. Elle pourrait également être vue comme l'évitement de l'action, induit par la difficulté ressentie à atteindre l'objectif fixé⁴³.

Sa compréhension ferait appel à des perspectives théoriques variées, aussi bien psycho-analytiques ou psycho-dynamiques, que comportementales ou cognitivo-comportementales⁸.

Une relation entre les paramètres inducteurs et causaux des procrastinations décisionnelle et comportementale a été mise en évidence^{8 43}.

1.2.3.2. La procrastination décisionnelle

La prise de décision est un mécanisme complexe, étudié notamment dans son implication économique⁴⁶.

L'initiation de l'action est un processus interne, délibéré, basé sur l'évaluation pondérée des circonstances intrinsèques (telles que l'anxiété, l'insécurité ou la peur de l'échec) et externes (comme les alternatives accessibles), et modulable par celles-ci⁴³.

Le « *style décisionnel* » est défini de manière intégrative comme « *le schéma des réponses données par un individu dans un contexte de prise de décision, déterminé par la situation elle-même, par les caractéristiques de l'action concernée et par celles du décideur.* »⁴⁷.

Les caractéristiques individuelles l'influençant seraient les habitudes personnelles et les capacités intellectuelles essentielles, touchant à la prise en charge de l'information, à l'évaluation individuelle et au contrôle de soi²⁸.

Ce processus mobiliserait des éléments inhérents à la personnalité de l'individu, en relation avec l'Extraversion⁴⁸ (comme le niveau d'énergie déployée, la spontanéité, les capacités sociales), la Conscience Professionnelle⁴³ ou le Neuroticisme⁴⁹ (tels que les sentiments d'insécurité et de vulnérabilité, l'anxiété, ou l'absence de confiance en sa propre capacité à prendre les « bonnes »

43 Milgram et Tenne, 2000

44 Ferrari, 1994

45 Milgram et Al., 1995

46 Schwartz et Al., 2002

47 Thunholm, 2004, cité par Di Fabio, 2006

48 Milgram et Palti, 1993, cité par Milgram et Tenne, 2000

49 Watson, 2001

décisions⁴³).

Une meilleure confiance de l'individu en ses capacités et compétences sociales, lui permettant de solliciter et de recevoir toute forme de soutien aidant à la prise de décision⁴⁸, serait au contraire facilitant.

Le report de la décision correspondrait, au moins pour partie, à une démarche adaptative ou de « *prudence* »⁴³. Lorsque le choix ne répondrait à aucune nécessité urgente, que la situation justifierait l'obtention d'informations ou de compétences complémentaires pour composer une réponse éclairée, que les données disponibles seraient complexes à appréhender, que l'analyse des conséquences demanderait une prise de recul de par leur importance et du fait de leur singularité, ou encore qu'une priorisation serait nécessaire⁵⁰, un délai s'avérerait approprié, voire avantageux⁵¹. Il permettrait d'éviter les réponses précipitées ou impulsives⁸. Il s'apparenterait à un processus de maturation², notamment dans les travaux créatifs. Un exemple de son intérêt peut être trouvé dans le délai requis par la loi avant l'accord d'un prêt bancaire, ou la réalisation d'une interruption volontaire de grossesse.

Les difficultés à la prise de décision peuvent être assimilées à un manque de détermination lorsqu'elles impactent les décisions importantes de la vie, que ce soit dans les champs professionnels ou personnels (déterminer son avenir professionnel²⁸ ou fonder une famille⁵⁰), ou si les conséquences de ce report sont invalidantes pour l'individu⁴³ (par exemple pénalisations financières, limitation de l'évolution scolaire ou professionnelle). Elles peuvent concerner les questionnements mineurs de la vie de l'individu^{14 43}, et être tout aussi délétères de par leur répétition.

La procrastination décisionnelle pathologique peut être définie comme la tendance à remettre la décision et l'initiation de l'action, ou comme l'incapacité à prendre les décisions nécessaires dans le temps imparti⁵².

Il s'agirait de la forme cognitive de la procrastination²⁸, qui viserait à éviter toute confrontation avec une situation de choix⁵³.

Elle peut être considérée comme un phénomène anti-adaptatif, responsable de contre-performance et d'instabilité²⁸, ou même comme un échec cognitif^{14 28}. Des défauts d'évaluation et de traitement de l'information, secondaires notamment à la non acquisition ou à l'absence de mémorisation des informations complexes^{14 54}, sous-tendraient cette indécision. Les faibles capacités décisionnelles entraveraient elles-même le traitement de l'information, et ce même si les données disponibles sont suffisantes²⁸.

La procrastination décisionnelle peut être situationnelle et varier selon le contexte et le choix requis, ou dispositionnelle⁵⁵. Elle contribuerait à la procrastination comportementale²⁷ et, par extension, aux autres formes de procrastination.

Elle serait responsable d'un inconfort psychique (avec de hauts niveaux d'anxiété, de culpabilisation, de dépression, mais aussi une sensation de perte de contrôle sur sa propre vie)^{8 43}

50 Ellis et Knaus, 1977, cité par Milgram et Tenne, 2000

51 Ferrari, 1992

52 Janis et Mann, 1977, cité par Di Fabio, 2006

53 Janis et Mann, 1977, cité par Ferrari, 1991

54 Ferrari, 2000

55 Mann, 2000, cité par Di Fabio, 2006

⁵⁶ qui auto-entretiendrait le processus, et qui pourrait, à son paroxysme, paralyser l'individu qui le subit¹⁷.

Elle serait favorisée par les tendances à la maximisation, le report de l'initiation de l'action se révélant être la seule option acceptable si l'individu ne peut déterminer la meilleure option possible. Le perfectionnisme négatif et pathologique, au travers par exemple de doutes obsessionnels sur la qualité du travail réalisé, d'exigences personnelles inadaptées, ou de la peur de l'échec et du jugement d'autrui^{7 43 56}, serait responsable de son développement. L'intensité et l'orientation de la motivation joueraient un rôle dans son expression⁷. Elle pourrait par ailleurs être analysée comme une tentative de protection de l'estime de soi conditionnelle^{14 28 42 56}, par l'évitement des situations d'évaluation et par la production facilitée d'excuses de l'échec. La pression exercée sur l'individu par le contexte (notamment scolaire ou professionnel), renforcerait son intensité²⁸.

Sa forme dispositionnelle ou indécision névrotique, est définie par Milgram et Al.¹⁰ comme le report répété des décisions majeures et/ou cruciales de l'existence. Elle est analysée par le courant psychanalytique¹⁰ comme un trait de personnalité névrotique affectant la prise de décision dans l'ensemble des dimensions de la vie de l'individu. Elle serait sous-tendue par différents traits accessoires de personnalité, comme la faible tolérance à la frustration, le manque de dynamisme ou de persévérance²⁸, ou encore l'orientation « passive / agressive » du rapport à l'autorité^{7 10}.

1.2.3.3. La procrastination situationnelle

La procrastination situationnelle peut être rattachée au contexte dans lequel évolue l'individu⁷, que celui-ci apporte des distractions, soit source de conflits de rôle, ou soit responsable de tensions psychiques, entre autres par comparaison sociale ascendante⁵⁷.

Elle peut être imputée à la tâche elle-même, dans ses attributs effectifs (ses étapes, sa mise en œuvre).

Elle peut être induite pour finir par les caractéristiques, réelles ou fantasmées, qui sont allouées par l'individu au travail à réaliser, à la lumière de son ressenti (tels que son caractère fastidieux et chronophage, le sentiment de submersion subi en cas de tâches multiples ou le manque de compétence ressentie dans la réalisation de l'action attendue).

1.2.3.4. La procrastination dans la vie quotidienne

La procrastination concernerait rarement tous les domaines de la vie², mais s'exprimerait préférentiellement sur un ou plusieurs champs qui la compose (comme la vie professionnelle, les relations sociales, l'attention portée à la santé)^{2 58}.

La procrastination dans la vie quotidienne correspondrait aux comportements de report touchant les activités essentielles de la vie de l'individu^{10 13}.

Elle serait inhérente à la façon dont chacun perçoit le cadre temporel dans lequel il évolue et réalise les tâches habituelles de sa vie¹⁰, au travers des perspectives sociologiques et

⁵⁶ Beswick et Mann, 1994, cité par Steel, 2007

⁵⁷ Martin, 1999, cité par Potelle, 2018

⁵⁸ Roberts, 1995, cité par Subotnik et Al., 1999

interculturelles déterminant le rapport individuel à la ponctualité et à la priorisation⁵⁹. Elle serait plus complexe que les procrastinations spécifiques de domaine, comme la procrastination académique. L'existence dans son ensemble apporterait en effet bien plus d'opportunités de procrastiner que le seul champ scolaire par exemple².

Elle serait, comme les autres formes de procrastination, sous-tendue par les caractéristiques de la tâche elle-même, bien que celle-ci soit volontiers considérée plus aisée et accessible que les actions à mener dans les autres domaines de la vie¹⁰.

La relation émotionnelle tissée entre l'individu lui-même et cette tâche, et plus particulièrement le niveau de difficulté qui lui est imputé, l'intérêt perçu ou le degré de contrainte associé, joueraient également un rôle prépondérant.

Cette forme de procrastination connaîtrait une expression genrée, dans la mesure où l'impact et l'orientation de ce phénomène répondraient à une implication sociétale plus marquée de la femme dans la réalisation des tâches du quotidien^{10 60}.

1.2.3.5. La procrastination dispositionnelle

La procrastination peut être envisagée comme un des traits structurant de la personnalité, sur son versant névrotique¹⁰, voire comme un désordre de personnalité¹⁵.

Cette disposition constitutive, stable, se confondrait avec la prédisposition individuelle à l'engagement dans les comportements de report⁶¹, par l'altération globale des capacités de prise de décision⁶², de planification et de réalisation des tâches attendues¹⁰.

Elle regrouperait les tendances compulsives à la procrastination décisionnelle et comportementale^{15 63}, et serait la principale cause des comportements dilatoires⁴¹.

Son expression pourrait affecter la vie de l'individu dans son ensemble¹⁰, ou répondre à la confrontation à une situation ou à un comportement particulier⁴¹.

Elle interagirait avec les traits principaux et secondaires de personnalité¹⁵.

Elle serait corrélée au défaut de Conscience Professionnelle, en favorisant les processus d'évitement⁶¹, au Neuroticisme, au travers de l'impulsivité et de la sensibilité aux tentations qui lui sont attribuées⁶¹, de l'anxiété constitutionnelle¹⁵, de la peur de l'échec ou de la crainte de performance¹⁵. Elle serait liée à l'Introversion, par l'inactivité qu'elle induit⁶¹, et à d'autres critères accessoires tels que la recherche de sensation et les tendances oppositionnelles⁶¹.

1.2.3.6. La procrastination dysfonctionnelle

D'après Ferrari et McCown⁶⁴, la généralisation des comportements de report, responsable d'une perte de contrôle de l'individu sur sa propre vie, caractériserait la dimension dysfonctionnelle de la procrastination.

Cette dysfonction correspondrait à un processus mal-adaptatif^{65 66}, basé sur les croyances personnelles irrationnelles et défini par le refus de la prise de risque et de l'exposition des données

59 Gonzalez, 1985, cité par Milgram et Al., 1988

60 Brais, 2000, cité par Larose, 2000

61 Schouwenburg et Lay, 1995

62 Ellis et Knaus, 1977, cité par Milgram, 1988

63 Milgram et Naaman, 1996

64 Ferrari et McCown, 1991, cités par Potelle, 2018

65 Ferrari et Emmons, 1994

66 Ellis 1975 et 1977, cité par Ferrari et Emmons, 1994

identitaires individuelles, et par l'opposition à la frustration et à l'injustice⁶⁵.

Elle concernerait la dimension décisionnelle, par les modèles cognitifs, émotionnels et adaptatifs individuels sous-tendant la prise de décision (tels que l'étourderie, les troubles de gestion de la colère, l'impulsivité dysfonctionnelle ou les comportements d'auto-sabotage)⁶⁵. Le champ comportemental, relatif aux caractéristiques de la tâche (comme son caractère aversif), ou du vécu de celle-ci (selon les dynamiques interpersonnelles de dépendance, la représentation sociale, les capacités de persévérance et de contrôle de soi, ou les craintes pathologiques liées aux erreurs) serait également impacté⁶⁵.

Elle induirait le ressenti d'émotions négatives, telles que l'anxiété, la frustration, le découragement, la culpabilité ou encore la dévalorisation.

La caractérisation de cette forme de procrastination dépendrait du vécu qui lui est associé plus que de ses conséquences effectives⁷, la procrastination étant « *dans la tête de celui qui la vit, et non pas dans l'œil de celui qui la constate* »¹⁰.

1.2.4. Les conséquences de la procrastination

L'importance des tendances à la procrastination se mesurerait par les conséquences qui en découlent et par leur impact sur le vécu individuel^{26 43}.

1.2.4.1. L'impact neuropsychique

Chaque expression de la procrastination serait responsable d'un certain degré de bouleversement émotionnel²⁶, dont l'intensité serait corrélée à la puissance du phénomène^{21 67 68}.

La généralisation de ce phénomène aboutirait à un inconfort psychique, par un haut niveau d'anxiété ressentie¹⁸, par la sensation de perte de contrôle sur sa propre vie¹⁸, et par leur association aux vécus névrotiques tels que la dépression²⁷. L'échec habituel à l'initiation et/ou à la réalisation du travail attendu serait même auto-destructeur⁶⁵.

Même s'il apparaît que les comportements de report puissent, à leur phase initiale, et lorsque les échéances sont lointaines, réguler les émotions négatives⁶⁹, l'intensité de l'inconfort qu'ils induisent (par l'anxiété, la culpabilisation, la dépression), et les conséquences physiques de celui-ci, seraient majeures¹⁸ et s'accroîtraient avec l'approche de l'échéance⁷⁰.

1.2.4.2. Les conséquences physiques

Des effets adverses somatiques seraient individualisables, par l'altération de l'état de santé secondaire au stress émotionnel¹⁸, ou encore par les retards induits de la prise en charge médicale². Les symptômes psychosomatiques seraient d'autant plus nombreux et marqués que l'intensité de la procrastination serait importante^{21 67 68}.

67 Onwuegbuzie, 2004

68 Saddler et Sacks, 1994

69 Baumeister et Al., 1994, cité par Hsin Chun Chu et Nam Choi, 2005

70 Steel et Al., 2001, cité par Hsin Chun Chu et Nam Choi, 2005

1.2.4.3. Le retentissement sur l'action concernée

Les effets constatés sur le travail concerné par les comportements dilatoires sont inégaux. Tice et Baumeister¹⁸ concluent que la procrastination n'impacterait pas la qualité du travail fourni, alors qu'Hsin Chun Chu et Nam Choi¹⁷ constatent un risque majoré d'abandon de la tâche du fait des émotions négatives associées à son report. Harrington⁷¹ suppose quant à lui que les conséquences délétères diminueraient la fréquence de ces comportements, au moins de manière temporaire.

1.2.4.4. Les conséquences sur les différents domaines de la vie de l'individu

La procrastination aurait des conséquences multiples et variées sur l'existence de celui qui la pratique et la subit.

Celle-ci pourrait notamment impacter la vie relationnelle, entravant l'épanouissement personnel et la construction familiale. Elle pourrait également limiter l'avancement scolaire, puis professionnel. Elle pourrait, par extension, s'avérer délétère pour l'équilibre et à la sécurité financière de l'individu.

1.2.4.5. L'impact de la procrastination sur la satisfaction de vie et la qualité de vie

La satisfaction personnelle de vie (c'est-à-dire le ressenti d'une existence épanouissante et cohérente avec les valeurs et désirs individuels) serait essentielle au développement d'une réponse construite, de qualité acceptable, autonome, efficace, et non conflictuelle, aux obligations jalonnant la vie de l'individu¹⁰.

La capacité individuelle à accéder à cette satisfaction de vie serait influencée par le bien-être psychologique immédiat (dépendant notamment du contexte), mais également par une prédisposition génétique. Cette propension au bonheur interagirait avec certains traits constitutifs de la personnalité⁷².

La procrastination, dans la mesure où elle aboutit à l'absence de réalisation de l'action attendue, ou du moins à sa réalisation différée, dans un contexte de tension et sans la performance voulue, implique le ressenti d'une insatisfaction globale ou spécifique du domaine concerné⁷³.

Si ces tendances tendent à se généraliser, l'insatisfaction peut teinter la vie de l'individu dans son ensemble et altérer durablement l'estime de soi, impactant par ce biais le psychisme de l'individu dans sa globalité²⁷.

1.2.5. La priorisation et la procrastination active

Au vu de la définition choisie, il convient de différencier la procrastination de la priorisation

⁷¹ Harrington, 2005

⁷² Bouffard, 1999

⁷³ Ferrari et Olivette, 1994, cité par Subotnik et Al., 1999

des obligations ou des comportements de report volontaires.

La « *procrastination active* »⁷⁴, « *raisonnée* » ou « *avisée* »⁷ est un processus volontaire, adaptatif, spécifique d'auto-régulation. Il viserait à favoriser le développement et la mise en œuvre de stratégies cognitives et supra-cognitives plus efficaces, et d'une auto-efficacité supérieure, centrée sur la résolution du problème (par l'augmentation des capacités de concentration, la limitation de l'impact du vécu négatif de la tâche à réaliser, ou la mobilisation accrue des ressources comportementales, dont de persévérance)⁷⁴.

Ce phénomène serait sous-tendu par des dimensions cognitives, émotionnelles et comportementales, similaires à la procrastination dysfonctionnelle⁷⁴.

Il serait l'expression de la confiance de l'individu en ses capacités à répondre rapidement à ses obligations. Il témoignerait d'une bonne structure temporelle, flexible, sensible aux modifications induites par l'environnement, de meilleures capacités de gestion et de contrôle du temps, et d'un plus grand sens de l'objectif, permettant le développement d'habitudes de travail plus efficaces⁷⁴, d'une conduite adaptée de l'urgence et d'une priorisation à bon escient. Il serait associé à une orientation essentiellement extrinsèque de la motivation⁷⁴.

Il serait lié à la croyance irrationnelle d'un gain de performance, par l'accentuation de la motivation et de l'intensité du travail fourni sous pression (c'est-à-dire en situation de « *rush de dernière minute* ») ou du fait de la proximité temporelle de l'échéance¹. Il apporterait à l'individu qui l'expérimente une stimulation sensorielle et intellectuelle, qui semble favoriser la reproduction du comportement⁷⁴, et aurait un impact favorable sur la qualité de vie⁷⁴.

Les conséquences de cette forme particulière de procrastination seraient moins néfastes que dans les situations de procrastination dysfonctionnelle, et des bénéfices seraient même mis en évidence, notamment dans les contextes professionnels instables et proposant des demandes fréquentes et intenses⁷⁴.

La priorisation, ou « *ajournement contrôlé de l'action* »⁷, correspond au choix d'apporter la priorité à d'autres activités au détriment de la tâche considérée. Elle se rapporte à l'organisation auto-régulée du travail à réaliser⁷⁵. Elle n'impliquerait pas de bénéfice sensoriel, ou d'accroissement attendu de la performance⁷⁴, mais serait un moyen optimal de faire face à une quantité non réaliste d'obligations, en limitant la pression secondaire à l'hyperstimulation et à l'envahissement, et en préservant ainsi la qualité de vie².

1.3. La procrastination académique

La compréhension et l'analyse de la procrastination académique, de ses déterminants spécifiques et de ses conséquences, notamment sur la performance scolaire, sont essentielles à sa prise en charge⁴¹, tant sur les plans individuels qu'universitaires.

1.3.1. Définition et contextualisation

La procrastination académique désigne l'application des phénomènes de report aux activités scolaires^{22 43}, permettant la protection transitoire de l'estime de soi par l'absence de confrontation à la performance, et la régulation des vécus négatifs et anxiogènes associés aux

⁷⁴ Dipboye et Phillips, 1990, cité par Hsin Chun Chu et Nam Choi, 2005

⁷⁵ Lakein, cité par Hoff Macan et Al., 1990

tâches procrastinées.

Elle trouverait son origine dans les premières années de la scolarité⁷⁶, et serait nourrie par le soutien ressenti, l'aide et l'encadrement apportés, la compétition intellectuelle et la responsabilisation vécues². Il n'a jamais été démontré de lien entre les tendances à la procrastination et les capacités intellectuelles individuelles^{15 65 77}.

Les tendances à la procrastination seraient d'autant plus intenses que les études entreprises sont longues, et s'accentueraient au fil de leur avancement^{20 67 78} et avec l'âge de l'étudiant⁶⁷.

Elles seraient plus marquées pour les tâches scolaires que dans les autres dimensions de la vie^{22 43 79 80}. Elles sont considérées plus spécifiques d'un domaine (par exemple réviser ou rendre les travaux de recherche) que d'une tâche (comme écrire un résumé)⁸¹.

Cette relation au travail académique pourrait être modifiée, mais au prix d'efforts majeurs². Elle se trouverait auto-entretenu par les faibles performances dont elle est responsable. La recherche active de la réussite diminuerait les comportements de report, l'impact psychologique de l'augmentation du niveau de stress et de la charge de travail, altérant cependant significativement la qualité de vie⁷¹.

Les déterminants de cette forme de procrastination seraient corrélés à la procrastination globale^{22 27 43}. Le degré de maximation auto-évaluée en serait le meilleur prédicteur, par son impact sur la procrastination décisionnelle²⁰. L'intensité et le niveau d'autorégulation de la motivation^{1 20 41 82}, les croyances irrationnelles de l'étudiant relatives à ses capacités propres et à la tâche à effectuer^{22 27 62}, et le développement de l'estime de soi^{20 22 83} en seraient les facteurs explicatifs les plus probants.

1.3.2. Les conséquences de la procrastination académique

La principale conséquence de la procrastination académique serait sa répercussion sur la performance scolaire, et par extension sur la réussite des étudiants et la complétude de leur cursus⁸⁴.

L'échec académique induit aurait d'autre part un impact délétère global sur le vécu et la construction psychique des étudiants⁸¹. Ces conséquences néfastes ne seraient cependant pas constantes⁶⁷.

L'enseignement supérieur français, et en particulier universitaire, serait grevé d'un taux d'échec de complétude des cursus suffisamment notable pour justifier la mise en place de plans gouvernementaux spécifiques. Le « Plan Réussite Licence », a notamment été initié en 2007 par la Ministre de l'Enseignement Supérieur, de la Recherche et de l'Innovation, Mme Valérie Pécresse, avec l'objectif de limiter l'échec académique en licence⁸⁵.

76 VanTassel – Baska, 1989, cité par Subotnik et Al., 1999

77 Taylor, 1979, cité par Green, 1997

78 Semb et Al., 1979, cité par Solomon et Rothblum, 1984

79 Lay, 1987

80 Ellis et Knaus, 1977, cité par Osieurak et Al., 2015

81 Milgram et Al., 1993

82 Vallerand et Al., 1989

83 Burka et Yuen, 1983, cité par Solomon et Rothblum, 1984

84 Mandel, 1988, cité par Schouwenburg, 1992

85 Ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation [en ligne], 2007

Un accompagnement efficace des étudiants passerait par la prévention, avec le dépistage précoce des habitudes scolaires et des dynamiques les sous-tendant²⁰. Il viserait à une lutte éclairée contre les phénomènes de procrastination²⁰, même si ceux-ci ne seraient toutefois pas les seuls impliqués dans les contre-performances universitaires. L'accompagnement de l'autonomisation et de la structuration méthodologique de l'apprentissage²⁰, et le développement de l'auto-régulation des comportements académiques⁸⁶ semblent les pistes préférentielles de lutte contre la procrastination académique.

1.4. La procrastination du travail de thèse

1.4.1. Le travail de thèse

La production d'un travail de recherche scientifique, autonome et original, telle qu'elle est demandée en clôture des cursus universitaires dans de nombreux pays, trouverait son origine dans le début du 19^{ème} siècle⁸⁷. Elle serait issue de la nouvelle conception de l'université, initiée par Humboldt et soutenue par le courant philosophique idéaliste allemand, qui aurait amené à la création de l'Université de Berlin (1810). Celle-ci s'organiserait autour de 3 axes:

- la vision de la science comme objet principal d'étude;
- la liberté académique ou autonomie de la science, qui imposerait une recherche désintéressée de la vérité, indépendamment de toute utilité sociale ou politique;
- la formation par la science, qui envisagerait une participation active de l'étudiant à l'acquisition, mais également au développement du savoir, en se basant sur la théorie de l'apprentissage par la méthode du questionnement scientifique proposée par Lipovetsky⁸⁸.

Cette dernière spécificité suppose l'acquisition d'un socle de connaissance et d'une méthodologie, permettant ensuite le développement, en autonomie et en responsabilité, de compétences et de connaissances nouvelles. Les étudiants deviendraient ainsi des membres de la communauté scientifique à part entière, et seraient « *destinés à participer au développement moral et spirituel de la nation* »³⁵.

Le travail de fin d'étude peut être vu comme une première participation à la connaissance, par la production d'un contenu scientifique³⁵.

Il cristalliserait les objectifs de la formation universitaire et les compétences inhérentes à la recherche académique (méthodologiques, de synthèse, rédactionnelles, de planification, ou d'analyse)³⁵.

Les dynamiques influençant sa réalisation ont été illustrées par plusieurs travaux de recherche, dont les conclusions sont congruentes.

Sternberg⁸⁹, dans son ouvrage intitulé « *How to complete and survive a doctoral dissertation* », met l'accent sur l'impact de l'histoire individuelle et des antécédents psychiques des étudiants dans les dynamiques adaptatives nécessaires à la réalisation du travail de thèse.

Stern⁹⁰ suggère quant à lui que la dépendance psychique et la réactivation de conflits envers l'autorité issus de l'enfance retentiraient négativement sur la relation entre le doctorant et son

86 Deci et Ryan, 2008, cité par Osiurak et Al., 2015

87 Ruegg, 2003, cité par Dupont et Al., 2011

88 Lipovetsky, 1979, cité par Dupont et Al., 2011

89 Sternberg, 1981, cité par Blum, 2010

90 Stern, 1985, cité par Blum, 2010

encadrement, et sur l'autorisation auto-attribuée de réussir. Il évoque également l'influence de l'écart entre les croyances irrationnelles du doctorant et la réalité du travail qui lui est demandé. Jones⁹¹, en analysant la situation personnelle spécifique des étudiants procrastinateurs, met en relief l'impact délétère des considérations financières et organisationnelles sur la réalisation du travail de thèse.

Muszynski⁹² définit d'autre part différents facteurs situationnels et psychologiques prépondérants chez les étudiants ayant procrastiné leur travail de thèse, parmi lesquels l'évaluation du directeur de thèse ou l'importance et la priorité données au travail à effectuer.

1.4.2. La procrastination spécifique du travail de thèse

1.4.2.1. Définition et contexte d'analyse

La procrastination du travail de thèse est une des expressions possibles de la procrastination académique. Elle peut être définie comme le report non justifié de la réalisation du travail de thèse, voire, à l'extrême, son échec.

Les caractéristiques qui lui sont attribuées sont variées et cohérentes avec les tendances à la procrastination globale et académique.

Le niveau de motivation^{93 94}, l'intérêt perçu pour le travail à effectuer⁹³, l'isolement ou le soutien ressentis^{94 95}, les capacités d'adaptation^{89 96 97}, les difficultés d'accompagnement du travail^{92 94}, l'éloignement géographique^{91 94} ou la gestion temporelle^{94 98} sont autant de déterminants qui ont été envisagés.

Les conséquences d'un échec de réalisation du travail de fin d'étude se superposent au retentissement plus général de la procrastination académique. Elles impacteraient l'étudiant, la faculté qui l'encadre, et même la société dans son ensemble³⁵. Le retentissement serait aussi bien psychologique, que temporel ou financier³⁵.

1.4.2.2. Mesure objective de la procrastination du travail de thèse

Les délais et retards, effectivement constatés et chiffrés, dans le retour des travaux écrits ou le rendu des questionnaires de recherche, sont les mesures objectives habituellement retrouvées dans la littérature pour illustrer les tendances à la procrastination académique.

Dans le cas précis de la thèse d'exercice de médecine, il existe des délais universitaires et légaux dont le respect est indispensable³⁷. La seule prise en considération de la date de soutenance semble ainsi insuffisante pour caractériser les reports dans la réalisation du travail de thèse. De plus, la dimension d'anxiété, associée à la procrastination dans la définition choisie pour

91 Jones, 1987, cité par Blum, 2010

92 Muszynski, 1988, cité par Blum, 2010

93 Todd et Al., 2004, cités par Dupont et Al., 2011

94 Barbarin, 2016

95 Silen, 2003, cité par Dupont et Al., 2011

96 Collins et Onwuegbuzie, 2003, cité par Dupont et Al., 2001

97 Muszynski et Akamatou, 1991, cité par Dupont et Al., 2011

98 Hoff et Macan et Al., 1990

le présent travail, se voit occultée.

1.5. Les facteurs déterminants de la procrastination

L'analyse de la littérature met en relief la grande variété des mécanismes corrélés et/ou explicatifs des tendances individuelles à la procrastination, quel qu'en soit l'objet. Un effet synergique leur serait imputé⁴¹.

Les dynamiques les plus souvent évoquées dans la littérature sont détaillées ci après. De nombreux facteurs, cités de manière moins large, ont été volontairement écartés afin de limiter la multiplicité des concepts à envisager.

Il pourra être notamment cité:

- la mise en œuvre de tendances psychiques de type « *passif-agressif* »¹⁰;
- l'intolérance à la frustration⁹⁹;
- une forte conscience de soi publique, associée à une importante anxiété sociale (c'est-à-dire la peur du regard d'autrui)¹⁵;
- l'évitement des informations identitaires significatives¹⁵;
- l'absence de confrontation effective à la réalité d'une échéance et à ses conséquences²;
- l'interrelation avec l'anxiété situationnelle et dispositionnelle⁷¹.

L'anxiété relative à la procrastination est régulièrement considérée dans la littérature, comme responsable des comportements de report, ou induite par ceux-ci. Elle accentuerait les tendances individuelles, que ce soit dans son expression situationnelle ou dans ses dimensions dispositionnelles^{21 27}. Elle concernerait plus particulièrement l'anticipation des échéances et des résultats, et la crainte du jugement d'autrui et de la comparaison sociale^{21 27}. Elle serait plus fréquemment évoquée par les femmes^{21 27} et serait majorée chez les individus dont les tendances au report sont intenses^{21 27}. Elle serait impliquée dans les effets adverses physiques attribués à la procrastination, au travers de somatisation^{21 27}.

Son évaluation rétrospective serait rendue difficile par la distorsion du vécu en lien avec le soulagement ressenti après l'échéance²². Elle serait également interférée par les tendances dispositionnelles et le niveau de tolérance individuels.

Les déterminants en cause dans le développement et l'entretien des comportements de report sont à différencier des raisons et excuses évoquées par les étudiants pour les expliquer⁴¹.

Les procrastinateurs montreraient une préférence pour les excuses multiples en justification de leurs comportements. Celles-ci représenteraient une illusion adaptative de l'image de soi, préservant la santé mentale et le bien-être perçu, en protégeant l'individu des menaces pour l'estime de soi et en distrayant l'attention des caractéristiques individuelles fondamentales⁴¹.

1.5.1. Les déterminants psychologiques

La précision des principales composantes psychiques associées à la procrastination est indispensable à la compréhension et à la prise en charge de ce phénomène et de ses conséquences. Ils sont étayés par les construits théoriques développés en psychologie et

⁹⁹ Ellis, 1977, cité par Harrington, 2005

psychothérapie⁷¹.

1.5.1.1. Les déterminants psychologiques propres à l'individu

L'estime de soi

Bien qu'il semble ne pas exister de définition consensuelle du concept d'estime de soi, celui-ci peut être considéré comme l'évaluation que l'individu fait de sa propre valeur, à travers le rapport entre l'évaluation autonome de ce qu'il est et « *l'idéal du soi* »¹⁰⁰, ou encore par le biais de sa capacité à vivre et à agir en concordance avec ses valeurs¹⁰¹.

Rosemberg analyse quant à lui l'estime de soi comme un « *indicateur d'acceptation, de tolérance et de satisfaction à l'égard du soi* », impliquant « *le respect de soi-même* »¹¹⁴. Il propose une dichotomie entre un respect inconditionnel, indépendant des réalisations individuelles, et un respect conditionnel, issu de la résonance entre les actions de l'individu et le sentiment d'accomplissement qui en résulte. Il conditionne le niveau d'expression de l'estime de soi à l'importance du respect conditionnel³².

Cette appréciation continue, consciente ou non, de la « validité » des actions réalisées en regard des valeurs propres, façonnerait l'estime de soi de l'individu, en s'inscrivant dans le concept même du soi¹⁰².

Selon la hiérarchie des besoins de Maslow¹⁰³, l'estime de soi répondrait à une double nécessité de compétence et de reconnaissance, et pourrait, à ce titre, être considérée comme participant à la construction de la personnalité.

Elle se développerait grâce aux expériences vécues dès la petite enfance, par la qualité de la relation entre le parent et l'enfant¹⁰⁴, par le rapport à la performance, notamment scolaire¹⁰⁵, et la comparaison à autrui ou l'acceptation sociale¹⁰⁶. Elle pourrait résulter d'autre part de l'intériorisation du jugement d'autrui¹⁰⁷.

Elle se renforcerait grâce à la reconnaissance des actions réalisées et à l'expression appropriée d'attention, de respect et d'affection¹⁰⁸. Elle serait impactée, au moins pour partie, par la situation familiale, sociétale et le contexte culturel.

Elle présenterait une dimension « *méritoire* »¹⁰⁸, résonant avec des exigences sociales (le « *miroir social* » de Mead¹⁰⁹), morales¹¹⁰ ou de réalisation personnelle¹¹¹.

L'estime de soi se manifesterait par la « *fierté d'être soi-même* »¹⁰².

Ce concept est à différencier de la notion de « *confiance en soi* », qui correspondrait au sentiment de sécurité engendré par la confiance d'un individu en sa capacité à faire face à une situation

100 James, 1890, cité par Vallières et Vallerand, 1990

101 Larivey [en ligne], 2002

102 Bridges et Roig, 1997

103 Battandier [en ligne], Juin 2009

104 Olsen, 2008 et Coopersmith, 1967, cités par Wikipédia

105 Crocker, 2002, cité par Wikipédia

106 Zanna, 2000, cité par Wikipédia

107 Cooley, 1902, cité Vallières et Vallerand, 1990

108 Harter, 1978, cité par Vallières et Vallerand, 1990

109 Mead, 1934, cité par Vallières et Vallerand, 1990

110 Branden, 1994, cité par Wikipédia

111 Coopersmith, 1967, cité par Wikipédia

donnée¹¹².

La compréhension et l'analyse du concept d'estime de soi ont fait l'objet de plusieurs milliers de travaux¹¹³. L'intérêt qu'il suscite s'expliquerait aussi bien par l'utilité de sa valeur prédictive comportementale que par son association à de nombreux marqueurs de santé mentale, tels que la dépression, l'anxiété, ou l'insatisfaction de vie³².

Les conséquences physiques et psychiques d'un faible degré d'estime de soi seraient multiples et reliées à une plus forte propension à l'auto-critique, à l'insatisfaction de soi, à l'indécision, au perfectionnisme, à la culpabilisation, à la peur de l'échec ou au pessimisme¹¹⁴. Ce défaut d'estime s'auto-renforcerait en limitant l'individu dans ses réalisations¹⁰².

Une forte estime de soi favoriserait au contraire l'affirmation de soi, par la capacité à réaliser des choix, mais également à considérer autrui, en facilitant l'acceptation des différences inter-individuelles, des divergences d'avis, et en permettant le développement d'une sensibilité plus importante aux besoins de l'autre. Elle s'auto-entretiendrait par la réussite et l'épanouissement qu'elle encouragerait¹¹⁴.

La relation entre l'estime de soi et les tendances à la procrastination a été décrite de façon répétée^{15 20 21 27 41 42 71 115}.

Elle trouverait son origine dans les croyances irrationnelles individuelles orientées vers l'amour propre ou concernant les inaptitudes personnelles globales^{71 240}. Elle serait auto-entretenu par la peur de l'échec^{22 27}.

En entravant l'évaluation de la performance par la non réalisation de l'action attendue¹⁵, les comportements de report pourraient être vus comme un mécanisme inconscient et illusoire de protection d'une estime de soi défaillante^{20 42}, et plus particulièrement de l'estime de soi conditionnelle⁴². Le manque d'engagement comportemental ou le peu de temps attribué au travail procrastiné représenteraient des excuses dont l'acceptabilité pour l'individu serait supérieure à celle d'une incompétence éventuelle²⁰. La réussite elle-même pourrait être nuancée par des facteurs extérieures à l'individu, tels que la chance²¹.

La répétition de ces situations tendrait à leur chronicisation, amenant un sentiment désagréable d'indignité et d'imposture, qui entraverait le développement de l'estime de soi²⁰.

Les tendances à la maximation

La notion de choix

La société occidentale, en confrontant l'individu à une multitude d'options, dans tous les domaines, amènerait à se questionner sur le bénéfice réel du choix, notamment sur le plan économique¹¹⁶.

La réalisation d'un choix ferait intervenir des processus rationnels et irrationnels^{116 117 118}.

112 Larocque [en ligne], 2007

113 Ostrow, 1982, cité par Vallières et Vallerand, 1990

114 Vallières et Vallerand, 1990

115 Ellis et Knaus, 1977, et Osipow, 1982, cités par Milgram et Tenne, 2000

116 Faure et Al., 2014

117 Tversky et Al, 1979, cité par Osieurak et Al, 2015

118 Tversky et Kahneman, 1981

La théorie du choix rationnel de Simon^{119 120} définirait la « *rationalité substantielle* » comme l'évaluation exhaustive, approfondie, et pondérée, de chaque option disponible en fonction des attentes individuelles, permettant de déterminer la meilleure solution¹¹⁶. Ce processus nécessiterait une connaissance parfaite de toutes les caractéristiques et de l'ensemble des conséquences des opportunités présentes¹¹⁶.

Le coût inhérent à la détermination de la meilleure option possible, par l'investissement cognitif et temporel majeur qu'elle nécessiterait^{20 116} pourrait être un frein à l'orientation rationnelle du choix²⁰. Une stratégie compensatoire, par l'addition des alternatives et l'analyse symptomatique de leurs conséquences, pourrait être envisagée¹¹⁶. Une alternative optimale, c'est-à-dire satisfaisante en regard de l'objectif et dont le coût est moindre, pourrait ainsi être adoptée, même si elle ne répond pas aux exigences rationnelles^{20 116}. Elle présenterait un risque de correspondance imparfaite à l'objectif, responsable de conflits internes, d'inconfort émotionnel et de regrets¹¹⁶, même si les conséquences négatives globales qui lui sont attribuées seraient réduites¹¹⁶. La capacité individuelle à envisager et à retenir cette alternative serait variable²⁰.

Les situations de choix multiples seraient pourvoyeuses de difficultés par la multiplicité des options présentées plutôt que par la relation individuelle à la réalisation effective d'un choix¹¹⁶. Celles-ci entraveraient la prise de décision^{46 116}, entretiendraient les stratégies compensatoires telles que les tendances à la maximisation ou à la procrastination, et contribueraient au vécu de regrets et à l'altération de la satisfaction de vie^{46 116}. Elles réduiraient l'attractivité de la situation de prise de décision, par l'augmentation du volume d'informations à traiter⁴⁶.

Un choix précipité serait responsable de regrets majorés, intenses et durables¹²¹.

La réalisation du travail de thèse, comme la mise en œuvre de tout travail autonome, consiste en une succession de choix, qu'ils concernent le sujet, l'encadrement, le support, la méthodologie ou encore l'analyse.

La liberté de choix pourrait favoriser le développement et l'orientation intrinsèque de la motivation, et donc la réalisation du travail concerné³⁵. Son caractère imposé pourrait, a contrario, accentuer les comportements de report et d'opposition⁴⁹, notamment par l'activation de tendances anti-autoritaristes ou par l'expression des conflits parentaux précoces⁹⁰.

L'analyse de l'impact de l'origine du choix du sujet et du directeur de thèse sur les phénomènes de procrastination semble donc judicieuse.

La maximation

Les comportements de choix se placeraient sur un continuum entre l'optimisation (c'est-à-dire la réalisation d'un choix « *suffisamment bon* »), et la maximation, définie comme la recherche de la meilleure option possible^{46 116}.

La tendance à la maximation représenterait un avantage adaptatif, octroyant un haut niveau de réalisation et d'aboutissement⁴⁶.

Les coûts subjectifs engendrés par ce processus viendraient contrebalancer les conséquences positives éventuelles⁴⁶. L'investissement cognitif et temporel majeur, nécessaire au recensement et à l'évaluation de l'ensemble des alternatives disponibles préalablement à la réalisation d'un choix, et l'idéalisation de celui-ci en rapport avec des attentes individuelles inatteignables,

119 Simon, 1955, cité par Faure et Al., 2014

120 Simon, 1955

121 Inbar, 2011, cité par Faure et Al., 2014

limiteraient la satisfaction ressentie^{46 116} (« *The Maximization Paradox* »¹²²). L'acceptabilité de ne pouvoir parvenir au meilleur choix se réduirait parallèlement à la multiplication des opportunités, et s'assortirait d'auto-dépréciation et de culpabilisation⁴⁶.

L'anticipation de cette insatisfaction, assortie d'une sensibilité individuelle supérieure à la dépression, aux regrets et au mal-être, pourraient pousser l'individu « maximisateur » à fuir la situation de choix, pour limiter les enjeux relatifs à l'estime de soi conditionnelle.

L'individu « optimisateur » construirait au contraire ses choix à la lumière du seuil d'acceptabilité lui permettant de prendre une décision suffisante en regard de la situation et de ses standards personnels. Les regrets inhérents à la décision prise seraient d'autant plus faibles que le coût nécessaire au choix serait réduit⁴⁶.

Des différences inter-individuelles ont été mises en évidence dans l'orientation vers la maximisation⁴⁶.

Celle-ci serait influencée par des facteurs environnementaux, culturels et biologiques¹¹⁶. Elle s'accentuerait avec l'importance du panel de choix présenté et dépendrait de la mise en œuvre de stratégies d'adaptation cognitive. Elle serait négativement corrélée au bonheur, à l'optimisme, et à l'estime de soi. Elle serait positivement associée à une sensibilité individuelle supérieure à la dépression et au perfectionnisme⁴⁶.

Elle accentuerait le vécu de regrets et l'insatisfaction associés au choix réalisé, par l'abandon d'alternatives non explorées et par les coûts qu'elle génère²⁰, mais également l'appréciation personnelle de la vie dans sa globalité^{46 116}.

Il n'a pas été démontré d'effet de genre dans l'expression de ces tendances¹¹⁶. Elles s'allégeraient avec l'âge, possiblement du fait de la modification des stratégies de choix et de prise de décision, en relation avec la variation des capacités cognitives^{116 123}. Des variations culturelles ont par ailleurs été retrouvées, avec une représentation moins développée et moins intense dans les populations françaises que chez les sujets américains¹¹⁶.

Les tendances à la maximisation varieraient selon la situation vécue⁴⁶.

L'influence des comparaisons sociales ascendantes, en interférant avec la construction du « meilleur choix », serait notamment prépondérante chez les individus « maximisateurs »⁴⁶. L'importance et la fréquence de ces comparaisons seraient prédictives de l'intensité des regrets associés, et responsables d'une auto-évaluation individuelle défavorable, et d'une réponse émotionnelle négative. Elles seraient, plus généralement, incompatibles avec le bonheur¹²⁴, même s'il semble difficile de déterminer le lien entre les tendances à la maximisation et le mal-être ressenti⁴⁶.

Le tempérament maximaliste serait à l'origine de phénomènes de procrastination décisionnelle, à l'initiation du travail concerné, et comportementale, à son achèvement^{20 46}. Il s'inscrirait dans une recherche d'"*ultra-solutions*" (c'est-à-dire une solution au problème lui-même, mais qui résoudrait également toutes les autres difficultés)¹²⁵, qui entraverait la réalisation et favoriserait l'abandon de la tâche.

Il semblerait d'autre part possible d'induire, en recherche, des comportements de report en dehors de tendances à la procrastination par la confrontation à un choix à multiples variables⁴⁶.

122 Dar-Nimrod et Al., 2009

123 Love, 2009, cité par Faure et Al., 2014

124 Lyubomirsky et Al., 1997 et 2001, cité par Schwartz et Al., 2002

125 Watzlawick, 2014

Le perfectionnisme

Le perfectionnisme pourrait être défini comme la recherche de la perfection par l'établissement d'exigences de performance excessivement élevées, associées à une auto-évaluation négative et à une auto-critique récurrentes^{126 127}. Celles-ci seraient dépendantes de l'orientation comme de l'origine des comportements qui en découlent¹²⁶.

La compréhension de ce construit multidimensionnel¹²⁸ passerait par l'opposition de perspectives dysfonctionnelles et positives, et de l'orientation auto-centrée ou socialement prescrite de ces comportements^{126 129}.

La différenciation de ces aspects se fonderait essentiellement sur la perception de leurs conséquences, sur l'orientation de l'émotion associée au comportement perfectionniste et sur l'auto-renforcement de celui-ci¹²⁹. Leurs répercussions néfastes tiendraient spécifiquement dans la juxtaposition de hauts standards personnels et d'une auto-évaluation néfaste¹³⁰, ainsi que dans la généralisation dysfonctionnelle du vécu négatif¹³¹.

Le perfectionnisme pourrait être envisagé comme un fonctionnement normal, composé d'attentes individuelles réalistes et raisonnables (c'est-à-dire limitées et d'intensité modérée), assorties d'une satisfaction et d'une valorisation de l'estime de soi¹²⁹.

Sa forme positive se caractériserait par l'orientation des cognitions et comportements vers la réalisation d'un objectif positif pour l'individu^{126 129 132}.

L'engagement de ces comportements vers l'évitement des conséquences délétères de l'action, qu'elles soient associées à son échec ou à sa réalisation imparfaite, formerait son pendant négatif^{126 129 132}.

Son caractère dysfonctionnel serait défini par la nature pathologique ou néfaste de l'objectif qui le sous-tend^{126 129}.

Il pourrait s'envisager selon une approche névrotique (comme proposé par Beck¹³³), marquée par la définition d'objectifs irréalistes et portée par la peur de l'échec¹²⁹. Celle-ci trouverait son origine dans un environnement précocement inconsistant et conditionné à la valeur de l'appréciation par autrui¹²⁹. Elle serait combinée à de nombreux désordres somatiques et psychologiques, parmi lesquels l'alcoolisme, la dépression, les troubles du sommeil, l'anorexie, les tendances obsessionnelles compulsives, les troubles digestifs dont ulcéreux, les maladies coronaires, les migraines^{129 128}.

La conscience de soi serait définie par la tendance à l'auto-focalisation⁵¹. Elle différencierait des dimensions privées, correspondant à l'attention portée aux pensées et aux émotions internes, et publiques, définissant la conscience de soi comme objet de l'intérêt d'autrui. Elle comprendrait une part d'anxiété sociale, représentée par l'inconfort associé à la confrontation à autrui⁵¹.

Les stratégies d'auto-représentation attachées à la conscience de soi publique¹³⁴ correspondraient aux processus composant le répertoire social de tout individu, qu'ils soient

126 Seidah et Al., 2002

127 Frost et Al. 1990, cité par Stoeber et Stoeber, 2009

128 Frost et Al., 1990

129 Terry-Short et Al., 1995

130 Frost et Al., 1993

131 Beck, 1976, cité par Seidah et Al., 2002

132 Hamachek, 1978, cité par Terry-Short et Al., 1995

133 Beck, cité par Terry-Short et Al., 1995

134 Arkin, 1981, cité par Ferrari, 1992

protecteurs (c'est-à-dire permettant l'intégration et la conformité, et évitant la désapprobation sociale) ou « *manipulatoires* » (c'est-à-dire faisant correspondre la présentation du soi aux besoins de la situation sociale vécue)¹³⁵. Ils répondraient au besoin fondamental de lien social⁵¹.

L'expression auto-centrée des tendances au perfectionnisme, notamment par l'imposition de grands objectifs, représenterait une dimension autonome de ce phénomène^{126 129}. Elle répondrait à la croyance auto-déterminée de l'importance de la recherche de la perfection par des dynamiques motivationnelles intrinsèques¹³⁶.

Sa forme négative verrait les standards personnels s'amenuiser en situation de stress¹³⁰, possiblement par un mécanisme adaptatif de protection psychique.

Le perfectionnisme social trouverait quant à lui son origine dans les croyances irrationnelles relatives aux attentes réelles ou supposées d'autrui et à l'utilité de la perfection comme facteur d'intégration sociale^{51 126 129 136 137 138}. Il serait sous-tendu par des processus motivationnels extrinsèques^{136 138}.

Sa forme négative se caractériserait par l'anticipation de la désapprobation sociale^{128 130 138} et serait d'autant plus intense que le niveau d'attentes attribuées à autrui est élevé¹³⁰. Elle entraverait la prise de risque indispensable à la conception de nouvelles idées ou solutions, par exemple par la peur du ridicule et des erreurs¹³⁹.

Les tendances au perfectionnisme seraient habituellement orientées vers un ou quelques domaines isolés de la vie de l'individu, bien que le perfectionnisme autonome semble plus diffus que sa forme sociale. L'intensité de leur expression serait corrélée à leur diffusion dans la vie de l'individu, et serait plus spécifiquement marquée dans les champs professionnels et académiques¹³⁶.

Une relation spécifique de domaine aurait également été déterminée selon l'âge (par exemple dans les relations sociales ou amoureuses). Il n'aurait pas été identifié d'effet de genre¹³⁶.

Leur généralisation à l'ensemble des domaines de l'existence pourrait être envisagée comme un trait structurant de personnalité^{126 137}.

Les répercussions favorables de ces comportements seraient représentées par le développement facilité de stratégies cognitives et supra-cognitives, parmi lesquelles les capacités attentionnelles¹³⁰.

Le perfectionnisme serait cependant responsable d'un accroissement de la probabilité d'échec, altérant l'estime de soi conditionnelle⁴² et auto-entretenant le processus par l'augmentation de l'appréhension ressentie en regard des tâches futures¹⁴⁰. Une corrélation négative entre le perfectionnisme social et la satisfaction de vie¹³⁶ aurait ainsi été isolée.

L'analyse des tendances au perfectionnisme se baserait sur les facettes spécifiques suivantes:

- hauts niveaux d'objectifs individuels ou standards personnels et propension à l'auto-critique, qui s'apparenteraient à une extrapolation des attentes parentales intégrées dans la petite enfance¹²⁸;
- importantes attentes allouées à autrui^{130 141};

135 Wolf et Al., 1986, cité par Ferrari, 1992

136 Stoeber et Stoeber, 2009

137 Flett et Hewitt, 2002, cité par Stoeber et Stoeber, 2009

138 Hewitt et Flett, 1991, cité par Stoeber et Stoeber, 2009

139 Sternberg et Lubart, 1991, cité par Subotnik et Al., 1999

140 Hewitt, 1986, cité par Ferrari, 1992

141 Flett et Hewitt, 1990 et 1991, cité par Ferrari, 1992

- vécu d'attentes et de critiques parentales prépondérantes^{19 128 130}. La relation enfant-parent pourrait être considérée comme la clef des désordres relatifs au perfectionnisme, par le ressenti d'un amour et d'une évaluation conditionnés à la performance¹²⁸;
- développement de doutes pathologiques concernant la qualité de la performance, indépendamment des erreurs éventuelles^{128 130};
- considération excessive envers les erreurs, principale pourvoyeuse des conséquences psychiques et physiques qui leur sont associées^{128 130};
- insécurité concernant les croyances et les actions¹²⁸;
- place trop importante donnée à l'exactitude et à l'ordre¹²⁸.

Les tendances individuelles au perfectionnisme nourriraient la fréquence et l'intensité des comportements de report¹²⁸, par la considération excessive envers les erreurs et l'expression d'un doute pathologique envers les actions, corrélées à de hauts niveaux d'attentes et de critiques personnelles et parentales^{19 128 130}. La procrastination pourrait ainsi être considérée comme l'expression de l'anxiété sociale et de la conscience de soi publique⁵¹.

Ces tendances pousseraient l'individu à ne pas s'engager dans un comportement par crainte de ne pas pouvoir atteindre la perfection^{2 142} ou à minima l'objectif personnel attendu⁴², la plus petite erreur ayant valeur d'échec¹⁴³.

Elles pourraient être également envisagées comme une stratégie du procrastinateur pour favoriser la sociabilisation^{51 130}, en mettant l'accent sur la représentation sociale du travail produit plutôt que sur la compétence individuelle effective⁵¹. L'excuse sociale à la non réalisation du travail attendu se fonderait sur des facteurs d'échecs extérieurs à l'individu, tels que le manque de temps ou la recherche de perfection. Elle permettrait ainsi d'échapper à la crainte d'un comportement social inadapté et à l'inconfort inhérent à un haut niveau d'anxiété sociale de performance (c'est-à-dire par les craintes liées à l'appréciation de la performance par autrui)^{15 51}. L'impact de cette expression sociale du perfectionnisme sur la procrastination serait plus intense dans la population masculine¹³⁰.

Les dynamiques sous-tendant les comportements de report inhérents à la procrastination entraveraient l'obtention d'une performance parfaite¹⁴⁴, notamment dans le champ scolaire⁶⁷. Les procrastinateurs compulsifs passeraient par exemple plus de temps sur les projets à risque d'échouer que sur ceux ayant une chance d'aboutir¹⁴⁵. L'organisation du travail limiterait par ailleurs les chances d'achèvement, aussi bien par le manque de priorisation que par une mauvaise gestion temporelle^{144 145}.

La peur de l'échec

La peur de l'échec serait intégrée aux dimensions auto-orientée¹³⁰ et socialement prescrite¹⁴⁶ du perfectionnisme négatif. Elle serait sous tendue par la propension pathologique au doute, par un fort degré de préoccupation envers les erreurs et par des attentes parentales majeures¹³⁰.

Son expression serait plus fréquente dans la population féminine²².

¹⁴² Hamachek, 1978, cité par Frost et Al., 1990

¹⁴³ Burns, 1980, cité par Frost et Al., 1990

¹⁴⁴ McCown et Al., 1989

¹⁴⁵ Lay, 1990

¹⁴⁶ Finn et Guay, 2013

Son auto-évaluation serait associée aux comportements de report dans la population étudiante^{22 41}, et serait même considérée comme le facteur explicatif le plus puissant de ceux-ci²². Elle concernerait également une partie au moins des étudiants non procrastinateurs⁴¹.

La dimension structurelle de personnalité relative à cette crainte pathologique de la contre-performance n'aurait, a contrario, aucun lien avec les comportements dilatoires^{22 41}.

Les comportements d'auto-handicap

Les comportements d'auto-handicap correspondraient à « *la mise en œuvre d'obstacles, réels ou imaginaires, à sa propre performance, dans le but de manipuler et de rendre ambiguë l'attribution causale d'une performance* »¹⁴⁷.

Deux dimensions explicatives seraient différenciées:

- les comportements effectifs d'auto-handicap (dimension comportementale) qui se caractériseraient par la mise en place d'un obstacle effectif physique;
- l'auto-handicap auto-déclaré, qui serait défini par la déclaration d'obstacles (réels ou fantasmés) en justification d'un défaut de performance (dimension déclarative ou revendiquée)¹⁴⁸.

Ces comportements pourraient être vus comme une stratégie de protection de l'estime de soi^{149 150}, par la recherche de dissociation de l'action et de la performance ou de l'échec qui en découle¹⁴⁹.

Ils seraient négativement accordés à l'orientation des efforts de l'individu vers la maîtrise et vers les objectifs¹⁵¹. Ils seraient positivement corrélés à un évitement de la performance, quel qu'en soit le moyen¹⁵¹, à une haute conscience de soi publique, à une anxiété sociale majeure, à une sensibilité plus marquée à la dépression, à un défaut d'estime de soi et à la production facilitée d'excuses¹⁵⁰.

Ils s'associeraient aux croyances irrationnelles descendantes de l'individu, concernant la tâche (telles que son importance et sa significativité), ses propres capacités et la réaction supposée de son environnement¹⁵⁰. Leur intensité serait majorée par le caractère public de la contre-performance¹⁴⁹.

La relation entre l'auto-handicap et les tendances à la procrastination ne semble pas faire l'unanimité. Si Lay¹⁵² ne retrouve aucune propension aux comportements d'auto-handicap chez les procrastinateurs^{51 65 153} réfuterait cette conclusion et envisagerait l'influence de l'auto-handicap au même titre que celui du perfectionnisme socialement prescrit dans la composition d'excuses et la protection illusoire de l'estime de soi⁵¹.

Les tendances à la procrastination décisionnelle seraient comparables chez les procrastinateurs et chez les individus sujets aux comportements d'auto-handicap¹⁵².

147 Jones et Berglas, 1978, cité par Kraïem et Bertsch, 2011

148 Hirt et Al., 1991, cité par Kraïem et Bertsch, 2011

149 Arkin et Baumgardner, 1985, cité par Ferrari, 1992

150 Strube, 1986

151 Howell et Watson, 2007

152 Lay et Al., 1992

153 Ferrari, Septembre 1991

La structure temporelle

La structure temporelle correspondrait à la perception et à l'utilisation efficiente du cadre temporel. Une structure cohérente et adaptée serait indispensable à l'anticipation, à la planification, et à la mise en œuvre de comportements efficaces dans la réalisation d'un projet personnel^{98 154}. Elle se composerait de 5 dimensions distinctes: le sens de l'objectif, la routine structurée, l'orientation vers le présent, l'organisation effective et la persévérance¹⁵⁴.

Les défauts de régulation temporelle seraient à l'origine d'un sentiment de perte de contrôle du temps¹⁵⁵. Ils pourraient trouver leur origine dans l'interaction entre les besoins ou les désirs individuels et la temporalité contrainte des obligations inhérentes au quotidien ou à une situation donnée¹⁰. Ils seraient positivement corrélés à l'agitation.

La réduction temporelle est définie comme la favorisation des petites récompenses immédiates au détriment des gratifications plus importantes à plus longue échéance^{5 151 156}.

La structure et l'utilisation du temps seraient considérées défaillantes, voire absentes, chez les individus enclins aux comportements de report¹⁵⁴. L'organisation du travail et le vécu de l'objectif seraient principalement impactés, même si les difficultés à la gestion temporelle semblent insuffisantes en elle-même pour expliquer les tendances à la procrastination. Celles-ci seraient majorées dans les situations favorisant la réduction temporelle⁵. Elles résonneraient avec les attributs individuels qui leur sont associés, tels que l'expression d'une faible Conscience Professionnelle, un contrôle de soi insuffisant, d'importantes divergences entre l'intention et l'action, une tendance à la désorganisation, ou encore une motivation extrinsèque prépondérante, de faible puissance et orientée vers le résultat^{5 22 151}.

Le facteur « temps », notamment par le « *manque de temps* », serait ainsi une des principales raisons citées par les doctorants de médecine générale de la Faculté de Médecine de Bordeaux comme favorisant les retards dans la réalisation du travail de thèse⁹⁴.

L'optimisme

Le développement de la recherche en psychologie positive témoignerait de la progression de la considération et de la promotion du fonctionnement optimal. Il s'enrichirait de la compréhension du fonctionnement humain comme un continuum entre la dysfonction pathologique et le fonctionnement optimal¹⁵⁷, s'envisageant notamment au travers du bien-être subjectif et des dispositions à l'optimisme.

La caractérisation du bien-être subjectif serait un consensus trifactoriel, composé des degrés d'affects positifs et négatifs (c'est-à-dire la labilité émotionnelle) et de la satisfaction de vie. Le bien-être psychologique s'accorderait plus précisément à la sensation globale de plaisir perçue dans la vie, par l'intégration du sens de la vie et par l'engagement qui en résulterait¹⁵⁷.

La disposition à l'optimisme se définirait comme la capacité à aborder l'existence avec des

154 Vodanovich et Seib, 1997

155 Lay et Schouwenburg, 1993, cité par Hsin Chun Chu et Nam Choi, 2005

156 Dewitte et Schouwenburg, 2002

157 Shankland et Martin-Krumm, 2012

attentes positives face à l'avenir^{157 158}. Elle serait considérée comme un trait de personnalité stable, qui influencerait la régulation individuelle face aux difficultés et aux situations de stress¹⁵⁹ et les répercussions physiques et psychiques qui leur sont associées^{157 158}.

Elle serait considérée comme un indicateur de santé mentale, en favorisant les stratégies d'adaptation¹⁵⁷ telles que la compétitivité, les comportements de persévérance et de maîtrise, et l'opposition à l'abandon et à la redirection¹⁵⁸. Elle s'assortirait d'un ancrage supérieur dans la réalité¹⁵⁷. Elle permettrait à l'individu de considérer la disponibilité de ses compétences personnelles, ou de la chance, nécessaires pour réussir, ainsi que d'envisager la possibilité de recourir aux ressources extérieures¹⁵⁷.

L'optimisme pourrait également être envisagé comme l'expression de ces attentes dans une situation donnée¹⁵⁷.

Par opposition, le pessimisme se définirait par la prédominance d'attentes négatives envers l'avenir¹⁵⁸.

Les comportements de report seraient plus marqués chez les individus optimistes enclins à la procrastination.

Les tendances pessimistes générales seraient d'autre part positivement corrélées à la procrastination. Elles s'accentueraient à l'approche de l'échéance chez les individus procrastinateurs. Ceux-ci seraient confrontés à un sentiment de doute plus envahissant, augmentant leur risque d'échec par l'adaptation de leur engagement à la tâche, et induisant un sentiment de culpabilité et de dépression⁷⁰.

L'optimisme appliqué à la gestion temporelle

L'optimiste dans la gestion temporelle se caractériserait par la sous-estimation de la quantité de travail et/ou du temps nécessaire pour réaliser les tâches prévues^{160 161}, ou par la sur-estimation de la quantité de travail réalisable dans le temps imparti^{7 161}. Une évaluation inadaptée des aspects du travail demandé serait également en cause¹⁶⁰.

En limitant le temps effectivement attribué au travail concerné, cette forme d'optimisme influencerait le niveau de performance final, et renforcerait les défauts d'estime de soi conditionnelle¹⁶¹.

Il s'associerait étonnamment à l'expression d'une « *intention de travail* » supérieure à celles des individus non procrastinateurs, qui pourrait être réfléchie comme un processus compensatoire¹⁶⁰.

Cette tendance serait significativement associée à la procrastination¹⁶⁰ par l'amplification des tendances sous-jacentes aux comportements de report⁷, sans être pour autant responsable de ceux-ci⁷.

La structure de personnalité

La personnalité pourrait être définie comme l'ensemble des caractéristiques émotionnelles et comportementales d'un individu permettant son adaptation à

158 Trottier et Al., 2008

159 Scheier et Carver, 1985, cité par Trottier et Al., 2008

160 Lay, 1988

161 Ferrari, 1989

l'environnement¹⁶². Son développement serait impacté par la culture, au travers des habitudes, des croyances et des valeurs^{163 164}. Son influence serait modulée par le genre¹⁶².

Les dimensions qui la constitueraient et la modélisation de sa structure ont fait l'objet de multiples réflexions. Elles s'attachent à mettre en évidence les facteurs cognitifs de contrôle et les modalités adaptatives, perceptives, mnésiques et intellectuelles, sous-tendant le comportement humain¹⁶⁵.

La « *Théorie des Cinq Facteurs de Personnalité* » (*Big Five Factors*) développée par Costa et McCrae¹⁶⁶ est l'une des approches explicatives de la personnalité. Elle correspondrait à une mesure « *taxinomique* » des traits structurants de la personnalité, dérivant de « *l'analyse lexicale* » des termes qui leur sont couramment associés¹⁶²

L'intérêt spécifique de cette approche pour le présent travail est basé sur son caractère consensuel dans l'évaluation de la personnalité, sa robustesse, la validité de sa généralisation à des populations variées¹⁶², et l'analyse redondante de ses corrélations avec les comportements de report^{24 43 49 61 167 168}.

Différentes dimensions constitutives sont différenciées. Elles s'articulent en traits principaux et facettes secondaires d'expression permettant d'affiner leur compréhension¹⁶⁶. Elles seraient, par ordre d'importance découlant des analyses factorielles¹⁶²:

- l'Extraversion, illustrée par une expression personnelle dynamique et enthousiaste et associée à une plus forte activité⁴⁹;
- l'Agréabilité, définie par les capacités d'altruisme et de relation sociale;
- la Conscience Professionnelle ou l'Application, composée de l'expérience individuelle de compétence, du sens du devoir, des habitudes d'ordre et d'organisation, de la lutte pour le résultat, des tendances à l'auto-discipline, à la persévérance et au soin^{49 61 162};
- le Neuroticisme, ou tendance à la détresse psychologique et à l'expérience de vécus négatifs. Il intégrerait des notions d'anxiété, d'hostilité et de colère, de dépression, de conscience de soi, d'impulsivité et de vulnérabilité⁴⁹;
- l'Ouverture aux Expériences, ou Ouverture d'Esprit, qui contiendrait des tendances à la fantaisie, à l'originalité, à la curiosité et à la rêverie⁴⁹.

La relation entre la structure de la personnalité et les phénomènes de procrastination serait complexe⁴⁹ et s'expliquerait par l'interaction des traits de personnalité, et par leurs conséquences comportementales et psychiques⁴⁹.

Elle pourrait s'exprimer par l'intensité de l'intolérance à la frustration, par les capacités individuelles de persévérance et de résistance à la pression temporelle¹⁰, par la fréquence et l'intensité élevées du vécu négatif associé aux comportements de report¹⁶³, ou par la faible expression des informations identitaires individuelles¹⁵.

Elle serait influencée par l'évolution de l'orientation et de l'intensité de l'expression des traits de personnalité avec l'âge⁴⁹.

162 Plaisant et Al., 2010

163 McCrae et Costa, 2006

164 Cattell et Warburton, 1961, cité par G.O., *L'année psychologique*, 1962

165 Gardner et Al., 1959, cité par D.L., *L'année psychologique*, 1962

166 Costa et McCrae, 1992, cité par Watson, 2001, Plaisant et Al., 2010 et Rolland et Al., 1998

167 Lee et Al., 2006

168 McCown et Johnson, 1991

Un faible degré de Conscience Professionnelle serait responsable de comportements de report⁴³ par la diminution de l'auto-régulation comportementale et par les défauts d'auto-contrôle^{49 61}.

Le Neuroticisme serait corrélé à la procrastination⁴³ au travers de l'anxiété, de l'intensité du vécu des émotions négatives, de l'aversion à la tâche, de la peur de l'échec, de la dépendance ou de l'impulsivité décisionnelles et comportementales et de l'auto-représentation pathologique du soi^{49 61}.

L'Introversion se traduirait par un défaut d'affirmation de soi et d'engagement, alors qu'une faible manifestation de l'Agréabilité serait liée à une crainte de la prise de risque, et que l'Ouverture d'Esprit influencerait les comportements de report via des tendances à la rêverie improductive⁴⁹.

Selon une approche psychopathologique, les tendances à la procrastination, par la répétition auto-destructrice des comportements de report, pourraient également être assimilées à une composante névrotique de la personnalité. Celle-ci serait fonction des réactions émotionnelles négatives associées à la tâche concernée, du négativisme caché (c'est-à-dire les tendances au refus et à l'opposition aux suggestions et aux sollicitations d'autrui (Carnet2psycho [en ligne]), du rapport à l'autorité et au caractère imposé d'un travail. Elle se forgerait aussi par la perception de l'incompétence individuelle, au travers de la crainte de l'échec, du perfectionnisme socialement prescrit et du défaut d'estime de soi²⁰.

Les croyances irrationnelles

Les croyances irrationnelles représenteraient, selon les bases théoriques des thérapies émotionnelles rationnelles d'Albert Ellis (ou RABT), les pensées absolues de l'individu envers lui-même et le monde qui l'entoure. Elles pourraient être issues de l'entourage, et plus particulièrement transmises par les parents et l'encadrement scolaire^{1 7 21 27 71}, ou forgées par l'expérience. Elles pourraient être limitantes, ou favoriser au contraire l'action⁷ et la performance⁷¹.

Les croyances irrationnelles seraient impliquées dans le développement des tendances à la procrastination et seraient entretenues par celles-ci⁷.

Les croyances auto-centrées concernées seraient essentiellement la capacité à faire face à la tâche demandée et à la pression associée, la motivation générale et situationnelle, la compétence perçue, la peur de l'échec et le caractère conditionnel de l'estime de soi¹⁶. Les pensées limitantes concernant l'amour-propre (c'est-à-dire l'estime de soi), l'intolérance à l'inconfort et l'intolérance émotionnelle seraient corrélées à la sévérité des comportements de report et pourraient même être considérées comme des éléments prédictifs isolés de ceux-ci⁷¹.

Les croyances significatives concernant l'environnement seraient représentées plus particulièrement par la croyance « *en un monde juste* »⁶⁵.

Parmi ces différentes convictions, l'intolérance à la frustration semble jouer un rôle prépondérant.

Ce construit multidimensionnel intégrerait les phénomènes d'intolérance à la détresse émotionnelle comme à la frustration des objectifs et face aux difficultés, ainsi que des exigences d'impartialité et de gratification immédiate. Il serait à la fois cause et conséquence des tendances individuelles à la procrastination, même si le ressenti de frustrations pourrait également réduire les comportements d'évitement⁷¹.

L'intolérance à l'inconfort serait corrélée à l'aversion à la tâche⁷¹. Elle appuierait le développement des comportements de report d'autant plus intensément que le travail demandé serait considéré ennuyeux ou difficile^{71 169}.

L'intolérance à l'inconfort émotionnel serait liée à l'anxiété, et favoriserait les tendances à la procrastination, et leurs conséquences, par l'engagement dans des distractions agréables pour soulager rapidement les ressentis négatifs^{71 169}.

Les exigences d'impartialité et de justice résonneraient avec les tendances à l'opposition et le ressentiment⁷¹. Elles s'associeraient aux phénomènes de procrastination dans la recherche de prise de contrôle ou par esprit de revanche^{65 71}, au travers de leurs dimensions décisionnelles, comportementales et dysfonctionnelles⁶⁵.

L'intolérance à la frustration de performance se confondrait avec les dynamiques régissant les tendances perfectionnistes, et pourrait être envisagée comme le reflet de l'ambition individuelle, adaptée aux objectifs personnels. Elle n'aurait pas de relation significative avec les phénomènes de procrastination⁷¹.

L'expression de la procrastination comme vecteur de vengeance est également intéressante à considérer.

La procrastination pourrait ainsi être vue comme un moyen de prendre sa revanche sur les inégalités de la vie ou sur autrui pour un préjudice perçu^{65 169}.

Cette relation se heurte néanmoins aux critères de désirabilité sociale et serait donc peu admise ouvertement⁶⁵.

Elle s'appuierait sur la recherche individuelle d'équité et de réciprocité (le souhait d'un « *monde juste* »), qui tendrait à freiner le phénomène. Elle posséderait des dimensions cognitives (comme la notion d'injustice ou de réparation), émotionnelles (dont la colère et la frustration) et motivationnelle (parmi lesquelles la relation aux objectifs et les efforts individuels pour y parvenir). Elle pourrait concerner toutes les formes d'expression des tendances à la procrastination⁶⁵.

Les craintes associées à la réussite

La crainte de performance influencerait les comportements de report, par sa relation avec l'expression du Neuroticisme comme trait structurant de la personnalité¹⁵.

Les croyances personnelles associées à la présentation de la thèse doctorante et à l'accès au titre de Docteur en Médecine (dont l'autonomisation forcée, la perte supposée de l'accompagnement par les médecins séniors et par les pairs, l'augmentation des responsabilités professionnelles et sociales) pourraient d'autre part entraîner le report de celle-ci.

1.5.1.2. Les déterminants psychologiques associés à la tâche concernée

Il existerait une relation entre l'évaluation et l'adaptation cognitives face à une situation ou une tâche données et les phénomènes de procrastination.

Les capacités d'adaptation seraient sollicitées sur la base d'une régulation comportementale (c'est-à-dire en se centrant sur le problème lui-même) ou émotionnelle (c'est-à-dire orientée vers l'émotion que le problème suscite). Elles auraient pour objectif de surmonter les résistances

¹⁶⁹ Blunt et Pychyl, 1998, cité par Blunt et Pychyl, 2000

internes à la réalisation de l'action attendue. Elles permettraient un contrôle dit « *secondaire* », caractérisé par la construction d'une solution en compromis, correspondant aussi bien à l'individu, à la tâche concernée, qu'à l'environnement. Elles favoriseraient la planification et la réalisation des actions nécessaires, en abaissant l' « *index de difficulté* » (c'est-à-dire le niveau de vulnérabilité et de troubles adaptatifs associé), responsable de l'inconfort et/ou de la contrariété ressentis¹⁰.

Les vécus négatifs associés à une tâche et à sa réalisation seraient d'autre part essentiels à la compréhension des phénomènes de report, par leur interaction avec le vécu des tendances à la procrastination, mais aussi avec les différentes dynamiques qui la sous-tendent (p.ex. le sentiment d'auto-efficacité associé). Les émotions spécifiquement associées aux situations d'apprentissage seraient multiples et diverses. Elles influenceraient les stratégies cognitives et supracognitives mises en œuvre dans la réalisation et l'achèvement des travaux scolaires, ainsi que la motivation et la réussite³⁵.

Le travail de thèse, de par ses caractéristiques effectives ou fantasmées (telles que son importance allouée ou l'appréhension associée), serait à l'origine de ressentis variés influençant directement les stratégies de report. Le sentiment d'auto-efficacité individuel peut par exemple être réduit par la sensation d'accablement liée à l'énormité du travail à effectuer (« *overwhelming* »)³⁵.

L'auto-régulation des comportements

La théorie du contrôle de l'action, développée par Kohl, différencie deux processus métacognitifs sous-tendant l'initiation, le maintien et l'achèvement de l'action¹⁷⁰. Le contrôle de soi (« *Self-control* »), d'une part, qui aurait une orientation inhibitrice, et l'auto-régulation d'autre part, qui refléterait le niveau de résolution des conflits internes.

L'auto-régulation du comportement se définirait comme la capacité à exercer un contrôle sur les pensées, les émotions, les impulsions et les performances, en rapport avec une tâche et en cohérence avec les standards personnels¹⁷¹. Elle correspondrait à une stratégie d'adaptation¹⁷, favorisant les ajustements nécessaires à la promotion du comportement, en regard des processus émotionnels sous-jacents^{7 43}.

Elle pourrait être focalisée sur l'objectif lui-même (locus de contrôle interne) ou sur les conséquences de celui-ci (locus de contrôle externe). Elle viserait alors à dépasser le vécu des caractéristiques négatives de la tâche (ou aversion), les dynamiques psychologiques (notamment le manque de motivation), les éléments contextuels (tels que les distractions disponibles), et les signaux internes associés (par exemple la fatigue ou l'anxiété)^{7 17}. Le type de stratégie utilisée dépendrait du niveau et de l'orientation de l'auto-régulation¹⁷.

Les troubles de l'auto-régulation découleraient d'un dysfonctionnement des systèmes mentaux de contrôle et d'un défaut de production des stratégies cognitives et supracognitives adéquates^{7 170}. Ils pourraient être renforcés par les bénéfices à court terme obtenus par la réorientation du comportement vers une action immédiatement gratifiante⁷.

Les stratégies cognitives et d'apprentissage seraient définies comme le « *processus mental que l'apprenant peut volontairement recruter pour l'aider à apprendre et à comprendre quelque chose*

170 Kohl, 1984, cité par Milgram et Tenne, 2000

171 Vohs et Baumeister, 2004, cité par Howell et Watson, 2007

de nouveau »¹⁷².

Des stratégies profondes ou superficielles, cognitives (c'est-à-dire de réflexion, de construction, de compréhension) ou métacognitives (c'est-à-dire de planification et de régulation) seraient distinguées. Leur mise en œuvre serait coûteuse en temps et en énergie¹⁵¹.

L'apprentissage auto-régulé se définirait comme le « *processus actif et constructif par lequel l'apprenant établit des objectifs d'apprentissage, puis essaye de superviser, de contrôler et de réguler ses pensées, sa motivation et son comportement, en étant guidé et contraint par ses objectifs et par les différentes caractéristiques de son environnement* »¹⁷³.

Plusieurs modèles de compréhension de ce concept sont proposés. Celui d'Elliot et McGregor¹⁷⁴ opposerait l'orientation de l'objectif (autonome ou centrée vers autrui) et les comportements qui en résultent (réalisation de l'objectif ou évitement de l'échec). L'orientation autonome de l'objectif vers la maîtrise serait la forme la plus poussée d'apprentissage auto-régulé¹⁵¹. Les mécanismes d'évitement de l'échec seraient au contraire perçus comme des processus inadaptés, qui seraient sous-tendus par la peur de l'échec et le ressenti d'une faible compétence¹⁷⁴.

Des différences interindividuelles dans les stratégies cognitives mises en œuvre et dans leurs conséquences émotionnelles, motivationnelles, cognitives et comportementales, en fonction de l'orientation et du niveau effectif d'auto-régulation seraient identifiées¹⁷³.

La relation entre les tendances à la procrastination et les processus d'auto-régulation serait prédite par la mise en œuvre des stratégies d'adaptation¹⁵¹ et l'efficacité de l'auto-régulation du comportement¹⁷⁵.

Les comportements de report seraient favorisés par:

- l'auto-régulation inférieure de l'apprentissage¹⁵¹;
- l'orientation du comportement vers l'évitement de l'échec, associée à l'aversion à la tâche et limitant l'usage de stratégies métacognitives¹⁵¹;
- les tendances à la désorganisation, comme facette de la Conscience professionnelle^{151 176};
- le défaut de mise en œuvre de stratégies cognitives et métacognitives¹⁷⁷;
- un faible niveau de convergence entre l'implication comportementale annoncée et effective^{151 178};
- l'implication supérieure de l'image de soi¹⁷⁹.

L'orientation de l'objectif vers la maîtrise limiterait, a contrario, les comportements de report, de par son lien avec les motivations à la connaissance ou à la performance, avec le niveau de compétence perçue et avec le besoin de performance¹⁵¹.

La motivation

La motivation pourrait être comprise comme l'ensemble des « *pensées, sentiments et comportements auto-générés, orientés vers la réalisation d'un objectif personnel* »¹⁷⁵. Elle serait l'un des facteurs clefs de la réussite, notamment scolaire, par l'accentuation de l'engagement

172 Resnick, cité par Brandt 1988 et 1999, cité par Howell et Watson, 2007

173 Pintrich, 2000, cité par Howell et Watson, 2007

174 McGregor et Elliot, 2002, cité par Howell et Watson, 2007

175 Zimmerman, 2000, cité par Won Park et Sperling, 2012

176 Van Eerde, 2004

177 Tuckman et Schouwenburg, 2004, cité par Rozental et Carlbring, 2014

178 Van Eerde, 2000

179 Ferrari et Tice, 200, cité par Hsin Chun Chu et Nam Choi, 2005

comportemental³⁵. L'intensité de son expression et son efficacité dépendraient notamment du sentiment de compétence perçue et des croyances irrationnelles individuelles d'auto-efficacité³⁵, ainsi que de l'anxiété ressentie en regard d'une situation donnée⁷¹.

La motivation académique serait définie comme l'« *état dynamique poussant un étudiant à s'engager et à persévérer* » dans un travail d'apprentissage¹⁸⁰. Elle se développerait à partir des expériences individuelles relatives aux situations d'apprentissage¹⁸¹ et se nourrirait plus particulièrement de la réussite et des performances itératives¹⁸².

Les théories de l'autodétermination¹⁸³ permettraient de différencier deux principaux types de motivation: la motivation autonome ou intrinsèque, issue du libre choix²⁰ et la motivation contrôlée ou extrinsèque, liée aux pressions extérieures²⁰.

La motivation intrinsèque refléterait la nature humaine orientée vers l'apprentissage¹⁸⁴. Elle serait impactée par la perception négative de la tâche à réaliser ou par un manque d'intérêt pour celle-ci³⁵.

Un haut niveau de motivation intrinsèque serait essentiel en milieu scolaire, pour promouvoir l'accès pro-actif à la connaissance^{7 175}, le développement de stratégies d'apprentissage auto-régulées, adaptables et efficaces^{173 175}, l'accentuation de l'engagement comportemental et la recherche de performance et de réussite⁸⁶.

Trois catégories seraient alors distinguées: la motivation au plaisir de la connaissance, à l'accomplissement ou au plaisir de la maîtrise⁸².

Le concept de motivation extrinsèque serait plus hétérogène¹⁸⁴. Différents degrés d'auto-régulation seraient identifiés: la régulation externe, issue d'un contrôle externe, la régulation introjectée, ou intériorisation des sources externes de contrôle, et la régulation identifiée, ou régulation du comportement en fonction de valeurs et d'objectifs autonomes²⁰.

L'absence de motivation, ou amotivation, serait définie comme l'« *incapacité de l'individu à construire une relation entre ses actions et les résultats obtenus* »²⁰. Cette conception extrême n'est cependant pas toujours prise en compte dans la recherche motivationnelle.

L'orientation et l'intensité de la motivation seraient puissamment associées aux comportements de report inhérents à la procrastination^{1 20 94}, notamment par le rapport à la performance⁷¹.

Le manque de motivation serait d'ailleurs évoqué comme justification de ces comportements par près de 20% des étudiants²².

Le défaut d'auto-détermination de la motivation scolaire et sous-tendant les relations interpersonnelles favoriserait les tendances à la procrastination^{1 20}.

L'orientation extrinsèque de la motivation serait positivement corrélée aux comportements de report et imposerait une proximité temporelle à l'échéance pour initier ou effectuer le travail attendu^{1 20}, par la mise en perspective des entraves présumées de celui-ci²².

L'utilité perçue

L'utilité perçue d'une tâche correspond à l'évaluation autonome de la relation entre l'action et l'objectif, c'est-à-dire de la pertinence de celle-ci. Elle pourrait être définie comme la perception

180 Viau, 2009, cité par Dubeau et Al, 2015

181 Bandura, 1986, cité par Dubeau et Al, 2015

182 Dubeau et Al, 2015

183 Deci et Ryan, 1995 et 2000, cité par Osieurak et Al., 2015

184 Ryan et Deci, 2000

qu'a l'individu de l'importance de la tâche réalisée en regard de son objectif¹⁸². Elle serait rapprochée du concept d'instrumentalité perçue¹⁸⁵.

Elle serait indépendante du plaisir ressenti à la réalisation de la tâche concernée¹⁸².

Elle évoluerait grâce à la maturation des objectifs individuels, permettant notamment une mise en perspective temporelle. Elle serait ainsi directement liée au projet professionnel et à la motivation induite par celui-ci. Elle impacterait l'engagement de l'individu dans sa réalisation¹⁸².

Ce concept serait central dans la compréhension et le développement de la motivation, par sa relation avec les déterminants de l'auto-détermination et de l'auto-régulation. Il pourrait restreindre l'orientation intrinsèque de la motivation, puisqu'il met l'accent sur l'objectif et non le plaisir de l'individu à réaliser la tâche elle-même. Le degré d'auto-détermination, la définition claire et l'anticipation positive de l'objectif permettraient néanmoins d'estomper cette conséquence motivationnelle¹⁸².

L'utilité perçue conditionnerait la relation individuelle à l'apprentissage, avec une accentuation de ce phénomène avec l'âge et avec l'avancement scolaire¹⁸⁶.

Sur le plan pédagogique, elle représenterait un levier indispensable pour amener l'apprenant à une réflexion concernant ses objectifs, au développement autonome des ressources nécessaires pour les atteindre et à un engagement optimal et éclairé dans le processus d'apprentissage. Elle justifierait à ce titre la formation spécifique des encadrants¹⁸².

Les dimensions d'utilité endogène, qui représenterait le lien clair et non équivoque entre l'action et l'objectif, et d'utilité exogène, qui concernerait la perception de l'importance de la tâche en dehors de sa relation aux objectifs individuels, seraient différenciées¹⁸⁵. L'utilité endogène serait rattachée à une motivation extrinsèque par régulation intégrée, qui représenterait l'ensemble des actions réalisées pour atteindre l'objectif ainsi que les bénéfices obtenus par la réalisation de celui-ci¹⁸⁷. Elle serait impactée par les contraintes extérieures directement associées à l'action entreprise¹⁸⁸.

Différents déterminants conditionneraient l'appréciation de la tâche et le désir de l'individu de la mener à bien pour satisfaire ses objectifs¹⁸⁹:

- les objectifs intrinsèques (ou auto-déterminés), qui renforceraient la perception de l'utilité de la tâche, la motivation à la réalisation de celle-ci et la performance individuelle. Leur développement favoriserait l'autonomie en éducation¹⁸²;
- le sentiment d'efficacité personnelle¹⁹⁰;
- la perception d'avenir, qui représente l'anticipation à long terme des conséquences des actions réalisées. Elle accentuerait l'utilité perçue en fonction de la nature de l'objectif, de la précision de sa définition et du degré de proximité temporelle de celui-ci¹⁸²;
- la valeur de la tâche, qui se composerait de son importance auto-évaluée, de son intérêt à titre individuel, du coût à sa réalisation et de son utilité perçue par rapport à l'objectif¹⁸².

L'utilité perçue du travail de thèse pourrait influencer sa réalisation, les tendances à la

185 Husman, 1998, cité par Dubeau et Al, 2015

186 Jacobs et Al, 2002, cité par Dubeau et Al, 2015

187 Vallerand, 1993, cité par Dubeau et Al., 2015

188 Amabile et Al., 1976

189 Chouinard, 2007, cité par Dubeau et Al, 2015

190 Bandura, 1997, cité par Dubeau et Al, 2015

procrastination étant réduites pour les tâches jugées pertinentes¹⁰ ou importantes²². La perception de l'intérêt et de la pertinence de celui-ci pour le jeune médecin, notamment en regard de sa pratique et de son projet professionnels, au-delà de sa dimension obligatoire, serait alors à valoriser.

L'aversion à la tâche

Le caractère plaisant d'une activité serait évalué en relation avec le niveau de significativité personnelle qui lui est associé¹⁹¹, c'est-à-dire la mesure dans laquelle l'individu la considérerait justifiée¹⁹².

L'aversion représenterait alors le caractère déplaisant et désagréable associé à la réalisation d'une tâche donnée^{10 34 45 193}, ou encore les niveaux de difficulté et d'ennui qui lui sont associés⁴⁵.

Elle serait liée à la réalisation du travail ou à l'anticipation de ses conséquences éventuelles^{23 191}. Elle serait associée à l'expression d'émotions négatives, telles que l'ennui, la frustration, le ressentiment, l'anxiété et le stress¹⁹¹.

Le vécu relatif au caractère aversif d'une tâche donnée évoluerait avec l'âge² et au fil de l'avancement de celle-ci¹⁹¹.

Ce concept multidimensionnel serait central dans la compréhension des dynamiques et perspectives inhérentes au projet personnel¹⁶⁹.

Un projet personnel se définirait comme l'ensemble des actions pertinentes en terme de personnalité et représentant les objectifs individuels, c'est-à-dire ce que l'individu développe ou construit, ce dont il s'occupe et ce à quoi il s'intéresse¹⁶⁹.

Sa réalisation se décomposerait en étapes de création (de la première conceptualisation à la décision initiale), de planification, (caractérisée par ses aspects sociaux et temporels), de réalisation (de l'initiation au résultat attendu) et d'achèvement¹⁹⁴.

Le rapport de l'individu au projet varierait tout au long de son avancement. Chaque étape pourrait être la cible de vécus émotionnels, parmi lesquels l'aversion, ou d'écueils spécifiques. Des difficultés à la prise de décision pourraient par exemple freiner le processus créatif, un défaut de persévérance et de contrôle de soi limiter la réalisation et l'anxiété d'évaluation empêcher l'achèvement¹⁶⁹.

La réalisation d'un projet personnel mettrait en jeu les dimensions de significativité personnelle, influençant son degré de désirabilité (c'est-à-dire sa valeur attendue dans l'accomplissement des désirs qui lui sont associés)¹⁹⁵. La congruence du projet avec les valeurs individuelles, l'expression de l'identité personnelle, le contrôle de soi¹⁶⁹, l'importance et le niveau de difficulté du travail, l'anxiété de performance, ou encore le plaisir à la réalisation, seraient également impliqués¹⁹².

Les tendances à la procrastination associées à la réalisation d'un projet personnel seraient comprises en terme de défaut de persévérance et de manque d'autonomie^{23 169}. Un projet obligatoire ou fortement contrôlé serait plus sensible aux distractions, et plus facilement impacté par les phénomènes de report. Un fort niveau de stress ou de vécus négatifs, et une faiblesse méthodologique ou de construction du projet favoriseraient de même ces phénomènes¹⁶⁹.

191 Blunt et Pychyl, 2000

192 Little, 1989, cité par Blunt et Pychyl, 2000

193 Lay, 1994

194 Little, 1983, cité par Blunt et Pychyl, 2000

195 Gollwitzer, 1990, cité par Blunt et Pychyl, 2000

Le ressenti d'une aversion à la tâche s'associerait à l'ensemble des modalités d'expression de la procrastination^{23 169}.

La confrontation aux tâches signifiantes et aversives serait responsable de phénomènes de report par l'ennui qu'elles véhiculeraient¹⁶⁹. Celui-ci pourrait se traduire par la réalisation d'activités alternatives immédiatement plaisantes apportant une distraction^{58 152 196}. L'évitement pourrait d'autre part être vu comme une stratégie d'adaptation face aux demandes pourvoyeuses de stress et de vécus désagréables⁶³. Ces phénomènes pourraient par ailleurs être perçus comme le moyen d'initier l'action, en forçant le rapprochement de l'échéance^{1 2}.

Le sentiment de compétence et l'auto-efficacité

Le sentiment d'auto-efficacité générale se définirait comme la « *croyance d'une personne dans sa compétence à gérer l'adversité et à accomplir des tâches nouvelles dans divers domaines du fonctionnement humain pouvant représenter un défi* »¹⁹⁷.

Le sentiment de compétence à la tâche¹⁹⁸ ou d'efficacité personnelle¹⁹⁹ se définirait par l'auto-évaluation des capacités de l'individu dans un domaine précis, reflétant sa « *conviction de disposer des ressources nécessaires pour mener à bien l'action entreprise et atteindre l'objectif* »^{35 182 199}.

Il pourrait s'exprimer dans la plupart des domaines de la vie de l'individu. Il se développerait grâce aux performances passées, favorisant la confiance et l'estime de soi conditionnelle³⁵, l'optimisme et la satisfaction de vie. Il favoriserait la définition ambitieuse des objectifs individuels, la motivation à s'engager dans l'action, la persévérance à l'objectif, la performance, la résilience face aux échecs, et réduirait l'anxiété et les troubles dépressifs²⁰⁰.

La *Théorie de l'apprentissage social* ou *Théorie sociale cognitive*, développée par Bandura^{201 202}, mettrait en relief l'intérêt d'un modèle d'apprentissage récompensant, développé par l'observation, l'initiation et le modelage, par opposition aux phénomènes de conditionnement. Ce processus se construirait à partir des expériences actives de maîtrise, des expériences vicariantes ou observatoires, de la persuasion verbale (ou facilitation sociale), de l'anticipation cognitive, et des facteurs psychiques et émotionnels associés à l'individu et à l'action à mener. Ces composantes permettraient l'initiation de l'action et la persévérance dans sa réalisation, par le déploiement d'une motivation efficiente et intense.

L'expression des tendances individuelles à la procrastination serait inversement proportionnelle au degré d'auto-efficacité^{35 51}. Elle serait ainsi supérieure pour les tâches à faible niveau de compétence perçue. L'expérience acquise grâce à la pratique de l'action, en atténuant sa complexité perçue, et en développant le sentiment de compétence, réduirait les phénomènes de report¹⁰.

196 Ellis et Knaus, 1977, cités par Subotnik et Al., 1999

197 Cohen, 2011 et Schwarzer, 2011, cités par Saleh et Al., 2016

198 Harter, 1982, cité par Dubeau et Al, 2015

199 Bandura, 1986, cité par Hsin Chun Chu et Nam Choi, 2005

200 Heutte [en ligne], Octobre 2004

201 Bandura, 1986, cité par Hsin Chun Chu et Nam Choi, 2005 et Dubeau et Al., 2015

202 Bandura, 1997, cité par Hsin Chun Chu et Nam Choi, 2005 et Dubeau et Al., 2015

L'engagement scolaire

L'engagement pourrait être défini comme la manifestation comportementale de l'état de motivation associé à une tâche donnée^{182 203}.

Son intérêt en recherche pédagogique tiendrait dans sa relation supposée à la motivation, à l'auto-régulation de l'apprentissage, à la mise en œuvre de stratégies supracognitives, à la persévérance, et aux performances académiques^{35 203 204}; et dans la sensibilité au contexte et aux méthodes d'apprentissage qui lui est attribuée²⁰³.

L'engagement scolaire comprendrait trois dimensions distinctes: l'engagement cognitif ou à l'apprentissage, l'engagement comportement ou de participation, et l'engagement affectif^{182 203 204}. Elles se combineraient et interagiraient pour favoriser la réalisation de l'objectif.

L'expression de ces dimensions serait médiée par les besoins fondamentaux d'autonomie, de compétence et d'affiliation²⁰⁵. Elle dépendrait des caractéristiques de la tâche, telles que son utilité perçue¹⁸², et du contexte de réalisation²⁰³.

La dimension comportementale, représentée par les efforts entrepris vis-à-vis de la tâche à mener, serait le facteur prédictif le plus puissant des retards de complétude du mémoire de fin d'étude, par son rôle médiateur dans la relation entre la réalisation du travail, le sentiment d'auto-efficacité et les conflits de rôle éventuellement associés. Elle serait auto-entretenu par les différentes dynamiques qui la composent³⁵. Son défaut pourrait conduire à l'abandon de la tâche demandée³⁵.

L'engagement comportemental au travail de thèse se traduirait par le temps effectivement consacré à celui-ci. Il serait négativement corrélé aux tendances à la procrastination qui lui sont associées³⁵.

Il pourrait être influencé défavorablement par la distance entre le lieu d'étude et le lieu de vie^{91 94}. L'avancement du travail de thèse serait au contraire favorisé par l'engagement comportemental en regard des tâches académiques, illustré par la validation concomitante d'autres diplômes universitaires⁹⁴, et par l'engagement comportemental professionnel, au travers des perspectives professionnelles stables à court terme (comme l'installation libérale ou le salariat)⁹⁴.

L'anxiété relative aux travaux statistiques

L'anxiété statistique serait un concept multidimensionnel, qui se définirait comme l'appréhension développée par l'étudiant confronté à la manipulation de statistiques, quel qu'en soit la forme et le niveau de difficulté²⁰⁶.

Elle concernerait près de 80% des étudiants⁶⁷ et serait spécifique des situations formelles, d'apprentissage ou d'évaluation²⁰⁶.

Elle se construirait par la valeur perçue des statistiques par l'étudiant (c'est-à-dire l'importance et la pertinence), par le niveau de compétence vécu en relation avec la matière statistique, par l'anxiété d'interprétation (c'est-à-dire l'anxiété en lien avec la prise de décision à partir des données statistiques ou avec leur interprétation), et d'évaluation spécifique, par la peur de demander de l'aide, et par la crainte de l'enseignant.

Elle impacterait la performance académique et serait responsable de retards à la complétude des

203 Fredricks et Al., 2004

204 Bernet et Al., 2014

205 Connell, 1990, cité par Fredricks et Al., 2004

206 Onwuegbuzie et Al., 1997, cité par Onwuegbuzie, 2004

cursus universitaires, par le report de l'engagement dans les travaux nécessitant cette compétence. Elle entraverait notamment la compréhension des articles scientifiques, la construction des travaux de recherche et l'analyse des résultats. Son influence délétère serait plus marquée en situation de stress de type évaluation⁶⁷.

Elle provoquerait un ensemble de réactions émotionnelles désagréables (de l'appréhension à la panique) aboutissant à un inconfort dont l'intensité est variable²⁰⁶ qui l'auto-renforcerait.

Les dynamiques causales seraient cependant peu accessibles à la prise en charge, ne laissant envisager que peu d'implications de la compréhension de ce phénomène⁶⁷.

L'anxiété statistique serait positivement corrélée à la procrastination académique, au travers de ses relations avec la peur de l'échec et l'anxiété d'évaluation, le manque de compétence perçue, des troubles de communication avec les pairs et l'encadrement, de l'aversion à la tâche, des tendances au perfectionnisme et des défauts de développement de l'estime de soi. Il ne serait néanmoins pas établi de relation causale entre les tendances à la procrastination et l'anxiété statistique.

Même si l'impact auto-évalué de l'anxiété sur les tendances à la procrastination serait généralement supérieur dans la population féminine, il n'aurait pour finir pas été démontré d'effet de genre dans l'expression ou la fréquence spécifiques de l'anxiété statistique⁶⁷.

1.5.1.3. Les déterminants psychologiques spécifiques du contexte de réalisation

La réalisation du mémoire elle-même influencerait les comportements de report qu'elle subit, notamment en regard de l'initiation du travail et de sa clôture³².

Utilisation des ressources universitaires

Plusieurs auteurs évoquent, en perspective de leurs travaux de recherche, l'importance de l'encadrement universitaire et de la mise en place de moyens efficaces de lutte contre la tendance à la procrastination académique^{20 22 32}.

Des dispositifs universitaires méthodologiques et d'accompagnement du travail de thèse sont proposés au cours du 3^{ème} cycle des études médicales dans de nombreuses universités (par exemple cours de préparation à la thèse et séminaires doctorants des Facultés de Médecine de Montpellier, de St Étienne ou encore de Lyon).

La possibilité du recours aux ressources et de la demande d'aide seraient néanmoins tributaires du niveau de confiance et d'estime de soi de l'étudiant^{42 114}, ainsi que des considérations temporelles associées au travail lui-même.

Le soutien perçu, ou provision sociale

La relation sociale est considérée comme essentielle au maintien de l'équilibre psychique de l'individu^{207 208}. Elle pourrait être vue comme un facteur protecteur de la détresse

207 Weiss, 1974, cité par Caron, 1996

208 Fass et Tubman, 2002

psychologique et des troubles mentaux, en favorisant l'adaptation^{209 210}. Elle pourrait même avoir un impact dans l'accompagnement du rétablissement des pathologies psychiatriques²⁰⁹.

La relation d'attachement construite par l'individu avec ses pairs et ses proches serait l'un des facteurs d'adaptation essentiels au développement des compétences sociales. Elle aurait un effet protecteur, ou compensateur, pendant la période clef du passage à l'âge adulte, en favorisant le fonctionnement psychique optimal, l'engagement comportemental et intellectuel, l'estime de soi, le développement de la compétence et la réussite scolaire²⁰⁸.

L'isolement social serait, quant à lui, responsable d'une augmentation de la morbi-mortalité, indépendamment de l'état de santé et des facteurs de risques éventuels²⁰⁹.

La notion de provision sociale, ou soutien social perçu, proviendrait d'un « *concept écologique du comportement humain* »²⁰⁹, qui définirait l'accès et la préservation des ressources, notamment sociales, comme un besoin fondamental au développement et à l'épanouissement de l'individu²⁰⁹. Elle est décrite comme l'un des facteurs essentiels de l'adaptation humaine^{209 210} et aurait un rôle de médiation entre les événements stressants et les symptômes qui leur sont associés²¹⁰.

La qualité du support social disponible, par le biais d'une meilleure qualité de vie, impacterait la santé mentale et particulièrement la sévérité des désordres émotionnels^{209 210}.

Le ressenti de la disponibilité de ce soutien social serait, selon Caron^{209 210}, plus prédictif des effets positifs de la provision sociale que la seule perception du soutien reçu, ou que la satisfaction en lien avec celui-ci. Il permettrait de valoriser la motivation, l'engagement comportemental et donc la réussite³⁵.

Ce construit multidimensionnel aurait donné lieu à de multiples modèles théoriques²⁰⁹. Celui de Weiss²¹¹, utilisé pour le développement des outils de mesures choisis dans le présent travail, différencie 6 dimensions spécifiques: l'intégration émotionnelle ou attachement, l'intégration sociale, l'utilité ressentie, la réassurance de la valeur de l'individu ou valorisation personnelle, l'aide tangible et matérielle ou fiabilité du soutien, la guidance ou conseil vers la résolution des problématiques.

La dimension d'utilité ressentie serait entendue comme la contribution personnelle au réseau relationnel, et permettrait de nourrir l'estime de soi de l'individu. Elle ne rentrerait cependant pas dans le champ du support social ressenti²¹⁰.

La forte corrélation entre l'attachement, l'aide tangible et la guidance, mise en évidence par Caron^{209 210}, témoignerait d'autre part de l'importance du réseau social restreint, en accord avec les postulats théoriques de Weiss.

Le soutien ressenti et l'environnement social seraient essentiels à la complétude du mémoire de fin d'étude³⁵, alors que la solitude impacterait négativement sa réalisation⁹⁵.

Le soutien attendu différerait selon son origine, aussi bien dans son expression et dans les dimensions psychiques qui lui sont associées.

L'entourage proche pourrait assurer un support émotionnel inconditionnel, entravant les tendances individuelles à la procrastination par le développement de l'estime de soi⁴². Celui-ci pourrait cependant être parasité par les niveaux d'attentes et de critiques parentales, sous-tendant les comportements perfectionnistes¹²⁸.

209 Caron, 1996

210 Caron, 2013

211 Weiss, 1974, cité par Cutrona et Russel, 1987 et Caron, 1996

Le soutien fourni par les pairs (c'est-à-dire les autres doctorants), dans son expression scolaire ou sociale, serait l'un des déterminants principaux du report à la complétude du mémoire de fin d'étude³⁵, mais aussi de la réussite en 1^{ère} année d'université²⁰⁸. Un soutien disponible et adapté aux besoins limiterait les comportements de report⁹⁴. Il pourrait néanmoins être teinté d'anxiété, de par la prise de risque inhérente à la demande d'aide ou par l'effet des comparaisons sociales³⁵. Le soutien ressenti par le doctorant en relation avec l'encadrement (en la personne du directeur de thèse ou par les instances universitaires) se définirait par une guidance et une valorisation conditionnées au travail effectué. L'évaluation favorable et la qualité de la relation avec le directeur de thèse pourraient être sous-tendues par l'importance de l'aide obtenue par celui-ci. Elle aurait un poids explicatif majeur dans les phénomènes de procrastination du travail de thèse⁹².

Le soutien du Département de Médecine Générale favoriserait le bon déroulement du travail de thèse³⁵ ⁹⁴, par l'encouragement de l'expertise et de la collaboration³⁵. Le manque d'accompagnement serait au contraire l'une des raisons évoquées pour expliquer les retards dans la réalisation de celui-ci.

Le sentiment d'appartenance à la profession médicale

L'importance de la relation interindividuelle pour la santé mentale de l'individu, par les capacités d'adaptation psychologique qu'elle permet de développer²¹², a été précisée à la lumière du support social perçu.

D'autres déterminants de la relation sociale, comme le sentiment d'appartenance, joueraient un rôle dans le vécu psychique individuel, en influençant notamment la participation, la motivation, ou encore la satisfaction et le bien-être.

Ce concept se rapprocherait des notions d'affiliation²¹³, et de sécurité émotionnelle²¹⁴, mais se différencierait de la désirabilité sociale²¹⁵.

Il pourrait être défini comme l'alliance de l'acceptation ressentie, correspondant au sentiment d'être compris, accepté et respecté par son environnement, qui permettrait à l'individu d'évoluer avec confiance dans un groupe, et de l'impression d'intimité, représentée par le développement de liens sécurisés et d'un attachement émotionnel et personnel à autrui.

Ce sentiment d'appartenance évoluerait selon les émotions positives ou négatives retirées du contact avec le groupe concerné, et serait influencé par les caractéristiques de celui-ci. Sa dimension spécifique d'acceptation serait prédominante²¹².

Le développement de l'appartenance sociale ressentie trouverait son importance sur le plan professionnel, par son rôle dans la lutte contre l'épuisement professionnel et l'abandon de poste²¹².

Le sentiment d'appartenance à la profession médicale pourrait être l'un des moteurs motivationnel de la réalisation du travail de thèse, par une recherche d'intégration au groupe social et professionnel. En ce sens, il représenterait un frein aux comportements dilatoires.

L'importance du lien d'affiliation avec la structure universitaire, qui semble plus ténue dans le système scolaire français que pour les étudiants anglo-saxons, n'a pas été jugée significative.

212 Richer et Vallerand, 1998

213 Jackson, 1984, cité par Richer et Vallerand, 1998

214 Connell, 1990, cité par Richer et Vallerand, 1998

215 Crowne, 1960, cité par Richer et Vallerand, 1998

Les conflits de rôle

L'importance relative attribuée à la réalisation d'une tâche en regard des autres obligations ou envies jalonnant la vie de l'individu, pourrait engendrer des conflits. Ceux-ci pourraient affecter un « rôle » structurant de l'existence, en touchant les dimensions professionnelles, intimes, sociales ou de loisir.

L'orientation et l'intensité de ces conflits permettraient d'expliquer les reports dans la réalisation de la tâche assignée, notamment par leur influence sur l'engagement comportemental. Ils seraient auto-entretenus par les différentes dynamiques qui les sous-tendent³⁵.

Sur le plan académique, leur intensité et leur impact, dans les dimensions familiales et professionnelles, seraient plus prégnants chez les étudiants plus âgés, du fait par exemple de la responsabilité financière du foyer et de l'implication professionnelle associée^{35 98}. La réalisation du travail de thèse serait directement impactée par la gestion individuelle de cette confrontation^{35 98 216}.

Les contraintes perçues

Le vécu d'une contrainte à la réalisation d'une tâche donnée serait responsable d'une accentuation des comportements de report qui lui sont associés¹⁰.

Ces contraintes pourraient être relatives à la tâche elle-même (telles que la difficulté de réalisation ou l'importance du volume de travail), au contexte de réalisation de celle-ci (issues des contraintes temporelles, organisationnelle, financières), ou à l'individu (comme un défaut de motivation ou le vécu d'expériences désagréables).

1.5.2. Les facteurs inhérents au travail de thèse

Les caractéristiques effectives de l'action à mener influenceraient les comportements de report qui lui sont associés^{23 35}. Un travail imposé et/ou désagréable favoriserait les comportements de report^{10 169}. De même, une tâche présentant des échéances à court terme ou un projet de longue haleine sans échéance spécifique faciliteraient les tendances individuelles à la procrastination¹⁴⁵.

1.5.2.1. Le sujet de thèse

Le caractère long et fastidieux³⁵, et à longue échéance¹⁴⁵, de la réalisation d'une thèse doctorante, pourrait justifier les comportements de report qui lui sont adjoints.

Le domaine de recherche de spécialité, l'intérêt du sujet et du travail de thèse à titre personnel et son implication dans le projet professionnel, favoriseraient le travail⁹⁴.

A contrario, un changement de sujet, responsable d'une perte de temps, d'énergie et de motivation, et illustrant un défaut d'engagement, de persévérance et des difficultés de prise de décision, freinerait sa progression⁹⁴.

De même, la liberté de choix du sujet, s'il peut être vu comme un facteur limitant les comportements de report³⁵, ne semble pas aider à l'achèvement⁹⁴.

216 Westman, 2001, cité par Dupont et Al., 2011

1.5.2.2. Le directeur de thèse

La relation entre l'étudiant et le promoteur du travail de fin de cursus (c'est-à-dire le directeur de thèse) impacterait de façon majeure les comportements de report^{35 92}.

Les éléments signifiants de cette relation seraient les difficultés de communication et plus particulièrement la crainte associée à l'initiative de celle-ci, les sentiments de solitude, le manque de repères structurant le travail, et les défauts d'orientation et d'accompagnement dans la compréhension des attentes inhérentes au travail à effectuer³⁵.

Le rôle du directeur de thèse serait prépondérant dans l'induction du travail, par l'aide apportée à la définition des objectifs, à la planification et à la subdivision des tâches à réaliser. Son impact serait également majeur dans le développement du sentiment d'efficacité personnelle par un accompagnement clair, précis et constructif, en encourageant l'expertise et les compétences perçues. Il agirait pour finir en dédramatisant le travail, en rappelant ou en facilitant l'accès aux ressources disponibles, pour favoriser l'engagement comportemental et lutter contre l'anxiété³⁵.

La qualité du directeur de thèse évaluée par le doctorant et son origine hospitalière favoriseraient l'avancement du travail de thèse. Les difficultés relationnelles et le défaut d'accompagnement réduirait, a contrario, les chances de complétude de celui-ci.

L'expertise du directeur de thèse libéral dans l'encadrement des stages de médecine générale serait sans incidence⁹⁴.

1.5.2.3. Le contexte universitaire

Le domaine d'étude impacterait directement les tendances au report des travaux universitaires, même s'il a été noté d'importantes variations interindividuelles au sein de mêmes secteurs d'apprentissage. Les études de santé seraient peu pourvoyeuses de ces comportements de report et d'échecs de complétude des cursus³⁵.

L'orientation non volontaire de l'étudiant vers le DES de médecine générale limiterait d'autre part les retards dans la réalisation du travail de thèse⁹⁴. Cette relation participerait également à la compréhension de l'incidence du choix sur les phénomènes de report.

L'engagement comportemental dans les études médicales pourrait médier la relation entre les sentiments de compétence et les phénomènes de report du mémoire de fin d'étude.

Le degré de performance universitaire, traduit par l'habituelle efficacité et l'implication dans les activités scolaires (c'est-à-dire l'engagement comportemental), serait d'autre part un facteur protecteur des tendances individuelles à la procrastination⁹¹.

Le niveau de formation obtenu, de par sa qualité et son étendue, serait pour finir corrélé à l'intensité de la compétence ressentie dans la réalisation du mémoire de fin d'étude. Bien que les résultats universitaires concernent des travaux différents de la thèse doctorante, l'auto-évaluation de leur qualité pourrait permettre d'envisager l'influence du sentiment d'auto-efficacité sur ces phénomènes de report³⁵.

La perspective d'une opportunité professionnelle à court terme pourrait également favoriser l'engagement comportemental scolaire⁹⁴, par la stimulation qu'elle représente mais également en tant que contrainte supplémentaire à l'achèvement du travail de thèse.

1.5.3. Les données sociodémographiques

1.5.3.1. Les données sociodémographiques générales

Le contexte sociodémographique, dont éducationnel, a été défini comme présentant un intérêt dans la compréhension des tendances à la procrastination, qu'elles soient générales ou académiques^{19 35 217}. Il aurait également un intérêt dans la prévision de la réussite en 1^{ère} année d'Université et dans le développement de la persévérance associée aux comportements scolaires³⁵.

La spécification du genre vise à préciser la reproductibilité de l'orientation des comportements sexués et non sexués, déterminés selon la littérature, dans la population étudiée. Pourront notamment être retenus l'efficacité supérieure de la motivation dans la réduction des tendances féminines à la procrastination¹, l'importance et la diversité des raisons justifiant la procrastination³⁴, ou encore la prévalence de la procrastination sociale plus marquée dans la population féminine, et associée à une anxiété réactionnelle, à un évitement de l'évaluation des connaissances et à une limitation du partage et de la recherche des informations identitaires. Par opposition, la population masculine serait caractérisée par une fréquence majorée des phénomènes de procrastination dans les champs familiaux et sociaux², par une plus forte tendance au report des travaux de fin d'étude³⁵ ou par l'impact supérieur de l'irresponsabilité émotionnelle sur ces processus¹⁰². Certains auteurs cependant ne mettraient en évidence aucune différence significative dans les tendances à la procrastination selon le genre, tout autre facteur contrôlé par ailleurs²².

La féminisation de la profession médicale et ses conséquences, notamment au travers des dynamiques de conciliation des obligations professionnelles et familiales^{60 218}, semblent d'autre part intéressantes à considérer.

Les médecins femmes représentaient 42% de l'effectif médical français en 2013 (contre 24,5% en 1984 et 10% en 1962). 70% du temps médical serait ainsi assuré par des femmes chez les médecins de moins de 30 ans (Mme Najat Vallaud-Belkacem, Ministre des Droits des Femmes, de la Ville, de la Jeunesse et des Sports, interrogée par Evrard²¹⁸).

Ce phénomène serait plus marqué chez les praticiens libéraux, possiblement du fait d'une plus grande facilité d'aménagement du temps de travail, mais aussi de par l'impact de la maternité sur la construction des carrières et sur l'accès aux postes "à responsabilité"²¹⁹. Il impacterait d'autre part le vécu et les attentes des confrères masculins²¹⁹, les amenant à reconsidérer le "sacerdoce" du médecin de famille et à rechercher de meilleures disponibilités temporelles et qualité de vie au travail²¹⁹.

Son importance nécessiterait, selon le Conseil National de l'Ordre des médecins en 2005, l'adaptation du cadre d'exercice et de la structure des études médicales^{219 220}.

L'influence de l'âge sur la procrastination a fait l'objet de conclusions divergentes⁶. Rosario et Al.¹⁹ suggèrent que l'âge de l'étudiant, associé à son niveau d'avancement dans le cursus académique, favoriserait la procrastination par une réduction progressive du degré d'auto-

217 Kandemir, 2014

218 Evrard [en ligne], 2014

219 Dr Kahn-Bensaude, 2005

220 Ordre National des médecins, 2006

régulation de l'apprentissage. Celui-ci serait secondaire à la familiarisation d'avec le système scolaire, responsable d'une diminution de l'engagement dans les tâches demandées et de la recherche d'ajustement aux contraintes. Van Eerde⁶, dans sa méta-analyse publiée en 2003, évoque quant à lui la possibilité d'une réduction des tendances à la procrastination par la maturation des comportements de l'individu. Dupont et Al.³⁵ explorent l'influence de l'âge à la lumière de facteurs financiers et professionnels spécifiques, illustrant p.ex. une implication professionnelle accentuée par les pressions financières et familiales subies. Les raisons évoquées pour justifier les reports varieraient également selon l'âge du répondant⁴⁹, l'aversion à la tâche, les tendances à l'opposition et les dynamiques de dépendance étant p.ex. moins marquées avant 25 ans⁴⁹.

Un niveau d'éducation élevé des parents permettrait de prévenir la procrastination par la transmission accrue de la valeur, notamment sociale, accordée au travail scolaire, mais également par la proposition d'un support éducatif plus efficient¹⁹. Cette influence serait maximale dans les premières années d'études³⁵.

L'incidence du niveau d'éducation de chaque parent amènerait à des conclusions divergentes. Selon Rosario et Al., la puissance de cette corrélation serait majorée en cas d'étayage maternel, qui favoriserait l'internalisation par l'enfant de l'importance de la réussite, l'acquisition d'habitudes de travail durables et donc l'auto-régulation de son apprentissage¹⁹. Dupont et Al.³⁵ évoqueraient la prédominance du niveau scolaire du père dans les phénomènes de complétude.

D'autres facteurs sociodémographiques, tels que le nombre de frères et sœurs¹⁹, la place dans la fratrie¹⁹, ou l'influence de l'origine géographique³² ou ethnique⁶⁷ ont été notés, mais n'ont pas été spécifiquement étudiés.

1.5.3.2. Le contexte personnel du doctorant pendant la période de préparation de la thèse

L'influence des conflits de rôle dans les champs personnels et sociaux pourrait exprimer leur importance dans l'engagement individuel et dans les contraintes ressenties en regard.

S'il semble que la situation familiale n'ait pas d'impact dans la réalisation du travail de thèse⁹⁴, un niveau élevé de support financier apporté par le conjoint favoriserait l'engagement professionnel comportemental du doctorant⁹⁴.

La parentalité exercerait une pression sur les tendances à la procrastination, par les phénomènes de priorisation, par l'accentuation de l'engagement comportemental familial, et au travers des conflits de rôle². Des répercussions spécifiques de la paternité ont pu être isolées². Dans son travail auprès des internes de Médecine Générale de la Faculté de Bordeaux, Barbarin⁹⁴ ne retrouve quant à lui aucune corrélation significative entre la présence d'enfants à charge et les difficultés de réalisation du travail de thèse.

La levée relative de la pression à l'engagement cognitif et comportemental, subie tout au long des études médicales, par l'achèvement du cursus théorique de formation, pourrait s'exprimer dans la réalisation d'activités extra-professionnelles. Le temps consacré à celle(s)-ci serait négativement corrélé à l'achèvement du travail de thèse⁹⁴.

L'interaction d'événements majeurs de vie (c'est-à-dire signifiants aussi bien sur le plan psychique qu'organisationnel), tels que l'arrivée d'un enfant, un deuil ou une séparation, avec

l'élaboration du travail de thèse, pourrait être envisagée dans son impact avec la disponibilité temporelle et psychologique nécessaire à celle-ci.

1.5.3.3. La situation professionnelle du doctorant pendant la période de préparation de la thèse

Les tendances individuelles à la procrastination semblent pondérées selon la catégorie professionnelle. Elles seraient supérieures pour les catégories professionnelles présentant une réputation minimale ou exacerbée². Les comportements de report ne seraient pas majorés dans les domaines sociaux et familiaux pour les professionnels à hautes responsabilités².

L'influence du cadre professionnel sur la réalisation du travail de thèse pourrait être envisagée au travers de l'engagement professionnel comportemental (c'est-à-dire le temps de travail et de trajet), cognitif (tel que le niveau de responsabilité) et émotionnel (comme les contraintes et pression professionnelles ressenties), et d'éventuels conflits de rôle, notamment temporels et financiers.

2. Construction de l'outil d'évaluation

2.1. Méthodologie générale de construction du questionnaire

L'examen attentif de la littérature n'a pas permis de trouver d'outil validé en langue française permettant le recueil et l'analyse de l'ensemble des éléments considérés déterminants dans la procrastination du travail de thèse chez les médecins généralistes.

La majorité de ces facteurs a bénéficié de travaux de recherche spécifiques, permettant leur définition, ainsi que la création et la validation psychométrique d'échelles de mesure adaptées.

Lorsque celle-ci était disponible, la version en langue française, ayant fait l'objet d'une traduction et d'une validation transculturelle, et présentant des qualités psychométriques avérées, a été préférée. Certaines formulations, issues de traductions francophones québécoises et peu usitées en France, ont été adaptées pour faciliter la lecture et la compréhension.

En l'absence de version francophone, les échelles en langue anglaise ont été simplement et littéralement traduites.

Enfin, pour les rares concepts pour lesquels il n'a pas été trouvé d'outil préexistant, quelques items originaux ont été rédigés.

Dans ces deux dernières situations, la compréhensibilité a été vérifiée grâce à une relecture par des tiers non familiers des notions abordées.

La multiplicité des construits étudiés a nécessité la suppression d'items au sein de chaque échelle utilisée, pour réduire la durée de passation du questionnaire et les effets de redondance. Les questions dites de « *vérifications* »²²³ ont été limitées. Les items formulés positivement ont été préférés de part leur meilleure compréhensibilité et leur valeur statistique supérieure²¹⁰.

Les réponses ont été construites avec des échelles d'attitude de type Likert ascendantes, permettant un recueil quantitatif des données par la mesure de « *l'intensité de l'approbation du*

répondant »^{221 222}.

Lorsque les outils utilisés possédaient leur propre échelle d'évaluation à 4 degrés de choix, celle-ci a été conservée pour respecter au mieux les conditions de validation initiales. Dans les autres cas, un format à 5 degrés de choix a été favorisé, pour bénéficier d'une symétrie et éviter les « *choix forcés* » ou l'ajout d'option type « *réponse nulle* »²²¹. Les échelles de plus de 5 degrés de choix n'ont pas été retenues, devant la complexité de réponse qu'elles induisent par le niveau de précision attendu²²¹.

Les scores obtenus ont été considérés positifs au delà 75ème percentile.

Pour faciliter le déroulé du questionnaire et préserver l'intérêt comme la motivation du répondant, une structuration « à tiroir » a été choisie, avec des questions d'ouverture suivies d'items de confirmation accessibles à partir d'un score prédéfini.

Les différents paragraphes ont été agencés en « *entonnoir* »²²³, selon la méthodologie de recherche qualitative préconisée par Furnel³⁵, avec des questions d'introduction d'ordre générale, puis des interrogations progressivement plus spécifiques et personnelles. Cet ordonnancement et cette hiérarchisation des questions par difficulté croissante pourraient en effet stimuler la confiance du répondant, et favoriser la passation du questionnaire²²⁴.

Sa simplicité d'utilisation, son ergonomie, sa puissance informatique, et sa gratuité ont fait choisir l'outil informatique en ligne « Google Form® » pour rédiger et distribuer le questionnaire, puis réaliser une analyse préliminaire des données obtenues.

2.2. Instruments de mesure utilisés

2.2.1. La procrastination

Une évaluation du concept de procrastination selon différentes optiques et dynamiques a été proposée.

Il n'a pas été retrouvé dans la littérature d'échelle traduite et validée en langue française permettant d'apprécier les tendances générales à la procrastination.

L'Échelle de procrastination de vie quotidienne, issue de Lay¹³, dont les qualités psychométriques ont fait l'objet de travaux préalables, a donc été traduite littéralement, puis partiellement reformulée, par mes soins. La compréhensibilité des items a été vérifiée grâce à une relecture par des tiers non familiers du concept.

Le nombre de questions a été réduit, en supprimant celles formulées négativement, considérées inadaptées ou trop précises (par exemple « *je finis toujours mon shopping de Noël à la dernière minute* »). Les questions de vérifications induisant des redondances internes, et celles responsables de répétition avec les autres construits étudiés ont été limitées.

Une échelle de Likert ascendante à 5 degrés de choix a été construite en remplacement de la dichotomie « *Vrai / Faux* » utilisée par l'auteur, dans un objectif d'uniformisation des réponses sur l'ensemble de l'outil. Un score supérieur ou égal à 4 pour la question d'ouverture, c'est-à-dire correspondant à une évaluation « *Plutôt* » ou « *Tout à fait* » en accord avec la proposition,

221 Questionnaire-pro.fr [en ligne], 2015

222 Demeuse [en ligne]

223 Agence France Entrepreneur [en ligne], 2015

224 Giezendanner [en ligne], 2012

permettait d'accéder aux items suivants, eux-même considérés positifs pour un score total supérieur ou égal à 15.

La composante décisionnelle de la procrastination a été recherchée grâce à l'Échelle de **procrastination décisionnelle**, issue de Mann²²⁵, traduite et validée en langue française par Bailly et Ilharragorry-Devaux, à partir de la méthode de validation transculturelle développée par Vallerand^{226 227}. Les qualités psychométriques de la version francophone sont considérées acceptables et similaires à celles de l'outil original.

Cet instrument a bénéficié d'une réduction du nombre de ses items par le même procédé que l'échelle précédente. Les dimensions en lien avec les tendances à la maximisation et au perfectionnisme, avec la relation à autrui, avec les conséquences fantasmées de la décision, ou encore les aspects comportementaux, cognitifs ou psychiques de cette forme de procrastination, ont été différenciées.

L'échelle de mesure initiale à 3 degrés de choix a été remplacée par une échelle de Likert ascendante à 5 degrés. Un score initial supérieur ou égal à 4 permettait d'accéder aux items suivants, eux-même considérés positifs pour un score total supérieur ou égal à 26.

Les tendances à la procrastination dans le champ scolaire, concernant précisément les comportements de report en lien avec le travail de thèse, ont été évaluées par deux biais. Le concept a tout d'abord été abordé par une question directe évaluant l'intensité de ce sentiment de procrastination spécifique.

Il a ensuite fait l'objet d'une confirmation, au moyen de l'Échelle de **procrastination académique**, issue de Solomon et Rothblum²², traduite en langue française, adaptée et validée par Osiurak et Al.²⁰.

Une reformulation au passé, en précisant le contexte d'étude (« *pendant la période de préparation de ma thèse* ») avant chaque proposition, a été réalisée. 4 des 12 items ont été supprimés, selon les mêmes critères que pour les instruments précédents. Les questions restantes concernent la méthodologie de travail, les regrets et les remords en lien avec les comportements de procrastination, la procrastination effective et la relation au report volontaire.

L'échelle de Likert ascendante à 5 degrés de choix associée à cet outil a été conservé. Un score supérieur ou égal à 30 a été jugé significatif d'une tendance vraie à la procrastination académique.

Le délai entre la date de présentation de la thèse et la date butoir légale, définie par décret³⁷ à échéance de la troisième année suivant la fin de l'internat et la validation du DES, ou la date de validation de la première licence de remplacement, a permis d'établir une mesure objective des tendances individuelles à la procrastination, ou **procrastination effective**. Un délai inférieur ou égal aux 6 mois précédant cette date butoir été arbitrairement choisi comme significatif de la procrastination du travail de thèse.

L'anxiété et l'inconfort associés aux comportement de report transparaissent dans l'Échelle de procrastination académique, par la précision de l'intensité des regrets et de la culpabilité qui leur sont attribués. Un score supérieur à 8 a été considéré significatif d'un inconfort notable.

Les phénomènes de **priorisation** ont été appréciés par questionnement direct de l'intensité ressentie de la favorisation d'activités alternatives. Une échelle d'attitude de type Likert

225 Mann, 1997, cité par Bailly et Ilharragorry-Devaux, 2011

226 Vallerand, 1989

227 Bailly et Ilharragorry-Devaux, 2011

ascendante à 5 degrés de choix a été construite. Un score supérieur ou égal à 4 a été considéré positif.

L'intensité du **sentiment de report volontaire** a été mesurée par une question directe, sur une échelle de type Likert ascendante à 5 degrés de choix. Un score supérieur ou égal à 4 a été considéré positif.

Cette mesure a été complétée par la recherche des raisons évoquées pour justifier ce report, basée sur celles détaillées par Hsin Chun Chu et Nam Choi¹⁷, qui concernent les croyances irrationnelles de l'individu en lien avec le travail à réaliser ou vis-à-vis de lui-même (comme la croyance d'une meilleure performance en cas de travail sous pression), la gestion temporelle (tel que la nécessité d'une proximité temporelle pour permettre le travail par accentuation de la motivation, la réduction du vécu aversif de la tâche ou la mise en œuvre de stratégies supra-cognitives), et la recherche de sensations.

2.2.2. Les déterminants psychologiques

Les dimensions psychologiques considérées associées à la procrastination en général, et plus particulièrement aux dimensions scolaires de celle-ci, ont été étudiées.

2.2.2.1. Les déterminants psychologiques propres à l'individu

L'estime de soi

La Rosenberg's Self-Esteem Scale, développée en 1965 pour l'une des premières études de grande ampleur du « soi », est l'outil d'évaluation du concept d'estime de soi le plus souvent utilisé en recherche clinique²²⁸. Il permettrait une auto-mesure, directe et uni-dimensionnelle, de la valeur de l'individu, en se basant sur une « *conception phénoménologique de l'estime de soi* »³². Les avantages mis en avant par son auteur sont sa robustesse, sa simplicité, sa brièveté de passation²²⁸, mais aussi son caractère généraliste et polyvalent, qui autoriseraient son utilisation dans des populations et des situations variées.

Cette échelle a bénéficié de l'analyse répétée de ses qualités psychométriques, et a été traduite et validée dans plusieurs langues.

Sa version francophone, l'**Échelle d'Estime de Soi de Rosenberg**, proposée et validée par Vallières et Vallerand¹¹⁴, se compose de 10 items, dont 5 formulés négativement pour limiter le facteur de désirabilité sociale. Les réponses sont construites au moyen d'une échelle de Likert ascendante à 4 degrés de choix. Ses qualités psychométriques sont considérées acceptables et comparables à la version originale^{32 114}, appuyant ainsi sa pertinence pour la recherche en psychologie en langue française.

Pour le présent travail, l'instrument en langue française a été réduit à 5 items, par la suppression des questions négatives. Une formulation au passé et le rappel du contexte d'analyse (« *pendant la préparation de mon travail de thèse* ») ont été ajoutés. L'échelle de Likert ascendante à 4 degrés de choix a été conservée. Un score supérieur ou égal à 15 a été considéré significatif d'une forte estime de soi et un score inférieur à 10 révélateur d'un défaut d'estime de soi.

228 Rosenberg, 1989

Les tendances à la maximation

La **Maximization Scale**, développée par Schwartz et Al.⁴⁶, permettrait l'évaluation des différences inter-individuelles dans les comportements de choix, et étudierait la propension personnelle à rechercher activement une option maximaliste^{20 116}. Cet outil, composé de 13 items, différencierait les comportements de maximation et les standards individuels, évalués au moyen d'une échelle d'attitude de type Likert ascendante à 7 degrés de choix¹¹⁶. 4 items complémentaires exploreraient la relation individuelle aux regrets¹¹⁶. Les qualités psychométriques générales seraient satisfaisantes.

Une échelle de maximation a également été proposée par Nenkov et Al.²²⁹, pour explorer plus précisément les attitudes face aux opportunités, les difficultés en situation de choix et le niveau d'attente personnelle¹¹⁶. Ses qualités psychométriques seraient moindres, la pertinence de certains items serait questionnée et son adaptabilité serait limitée¹¹⁶.

La version francophone de la Maximization Scale, traduite et validée par Faure et Al.¹¹⁶, proposerait une construction identique à la version originale, même si l'influence de l'âge et du cadre culturel sur les phénomènes de maximation nécessiterait l'adaptation des items au contexte et aux évolutions sociétales¹¹⁶. Ses qualités psychométriques seraient satisfaisantes et cohérentes avec l'instrument initial¹¹⁶. L'échelle de Likert ascendante à 7 degrés de choix a été réutilisée, un score inférieur au 1er quart correspondant, selon Osieurak et Al., à une tendance à l'optimisation, et un score supérieur au 3ème quart à une tendance à la maximation²⁰.

Pour le présent travail, l'instrument a été réduit à 7 items, par la suppression des redondances internes et des questions inadaptées. L'échelle d'attitude a été restreinte à 5 degrés de choix. Les tendances à la maximation ont été « dépitées » par un item généraliste, puis confirmées. Un score supérieur à 22 a été considéré significatif des tendances à la maximation.

Le perfectionnisme

La conceptualisation multidimensionnelle du perfectionnisme a amené au développement de plusieurs outils, adaptés à son analyse dans des populations de patients¹²⁹.

L'instrument de mesure proposé par Terry-Short et Al.¹²⁹ a été retenu du fait de ses qualités psychométriques, et de son exploration précise des orientations autonomes ou sociales et positives ou négatives des tendances individuelles au perfectionnisme. Il comprend 40 items répartis en 4 sous échelles de 10 items, évalués au moyen d'une échelle d'attitude de type Likert à 7 degrés de choix.

Sa version francophone, l'**Échelle de Perfectionnisme Positif et Négatif** (EPPN), traduite et validée par Seidah et Al.¹²⁶, a été transmise dans son intégralité par l'un des auteurs, Mme Thérèse Bouffard, sur simple requête. La structure de cette échelle est équivalente à celle de l'outil original. Ses qualités psychométriques sont satisfaisantes. La différenciation des formes négatives autonomes et sociales du perfectionnisme n'a par contre pas été retrouvée, ce qui répond partiellement à la généralisation des aspects négatifs de ce concept évoquée par Beck¹³¹.

Cette échelle de mesure a été réduite à 14 items, répartis de façon homogène sur les 4
229 Nenkov et Al., 2008, cité par Faure et Al. 2014

sous échelles distinguées, et selon les déterminants retenus dans la littérature comme associés aux tendances au perfectionnisme (p.ex. le niveau de critique parentale ou la peur de la performance). Les items relatifs à la dimension de peur de l'échec ont été isolés. L'échelle de Likert ascendante originale a été réduite à 5 degrés de choix. Une question d'ouverture a permis de sélectionner les perfectionnistes potentiels, puis de leur proposer une confirmation de cette tendance. Un score supérieur à 75% a été retenu comme significatif pour chaque facteur individualisé.

La peur de l'échec

Les items correspondant à l'évaluation de la peur de l'échec, isolés de l'EPPN de Seidah et Al.¹²⁶, ont été utilisés pour élaborer une mesure spécifique.

7 items ont été conservés et analysés au moyen d'une échelle d'attitude de type Likert ascendante à 5 degrés de choix. L'accès au questionnaire était possible par un score supérieur ou égal à 4 à la question d'ouverture. Une confirmation était ensuite proposée. Un score global strictement supérieur à 22 a été choisi pour représenter une expression significative de la peur de l'échec.

Les comportements d'auto-handicap

L'échelle d'évaluation des tendances à l'auto-handicap développée par Jones et Rhodewalt (**Self-handicapping Scale**)²³⁰, mesurerait les tendances stables à l'engagement dans les comportements d'auto-handicap.

Elle a été traduite et validée en langue française par Kraïem et Bertsch²³¹. Sa structure et ses qualités psychométriques seraient satisfaisantes et congruentes avec l'outil original. Elle distinguerait les dimensions comportementales et déclaratives ou revendiquées (c'est-à-dire la production d'excuses), proposées par McCrae et Al.²³².

Elle a été réduite à 6 items, en conservant la différenciation des dimensions comportementales et déclaratives.

Une échelle de Likert ascendante à 5 degrés de choix a été choisie pour assurer son évaluation. Un score supérieur 18 a été retenu comme représentatif de fortes tendances aux comportements d'auto-handicap.

La structure temporelle

Le **Time Structure Questionnaire** de Bond et Feather²³³, permettrait l'auto-évaluation de la structuration et de l'utilisation à bon escient du temps disponible. Elle se compose de 26 items, répartis de façon homogène sur 5 dimensions constitutives de la structure temporelle: le sens de l'objectif, la routine structurée, l'orientation vers le présent, l'organisation effective et la persévérance. Ses qualités psychométriques seraient acceptables¹⁵⁴.

Cet outil a bénéficié d'une traduction littérale simple, puis d'une reformulation, par mes soins. La compréhensibilité de la traduction a été vérifiée grâce à une relecture par des tiers non

²³⁰ Jones et Rhodewalt, 1982, cité par Kraïem et Bertsch, 2011

²³¹ Kraïem et Bertsch, 2011

²³² McCrae et Al., 2006, cité par Kraïem et Bertsch, 2011

²³³ Bond et Feather, 1988, cité par Vodanovich et Seib, 1997

familiers du concept.

Le nombre d'items a été réduit en supprimant les redondances internes et en privilégiant les formulations les plus adaptées. La différenciation des dimensions retenues dans la compréhension de ce concept a été conservée.

L'échelle de Likert ascendante à 7 degrés de choix proposée a été réduite à 5. Une question d'ouverture a permis d'isoler les répondants présentant une tendance aux troubles de la gestion temporelle, avec une confirmation secondaire de celle-ci par des items complémentaires. Un score strictement inférieur à 9 a été jugé significatif.

L'optimisme

L'évaluation du bien-être et du fonctionnement positif justifierait l'adaptation des instruments de mesure préexistants et la création d'outils spécifiques. Ces processus dynamiques seraient en effet difficiles à retranscrire et à analyser objectivement et rétrospectivement, du fait des influences situationnelles sur le vécu individuel. L'humeur du jour ou le temps qu'il fait impacteraient par exemple pour moitié la satisfaction de vie ressentie à l'instant T. Les outils utilisés pour l'évaluation psychopathologique ne seraient d'autre part pas adaptés à l'exploration du fonctionnement positif¹⁵⁷.

Le **Test d'Orientation de Vie Révisé** (LOT-R) de Scheier et Al.²³⁴ a été choisi comme échelle d'évaluation de l'optimisme dispositionnelle, du fait notamment de sa structure unifactorielle et de ses qualités psychométriques.

Sa version en langue française, traduite et validée par Trottier et Al.¹⁵⁸, conserverait une structure et des qualités psychométriques satisfaisantes et similaires à celles de l'outil original.

Pour le présent travail, l'instrument a été simplifié par la suppression des items leurres (représentant les attentes générales de vie), négatifs et redondants. L'échelle de Likert ascendante à 4 degrés de choix originale a été gardée. Un score supérieur ou égal à 6 a été considéré significatif de tendances à l'optimisme, un score inférieur ou égal à 2 évocateur de tendances pessimistes.

L'optimisme appliqué à la gestion temporelle

Les tendances à l'optimisme dans la gestion temporelle ont été recherchées grâce à un questionnement direct, par l'analyse des tendances à la sous-estimation du temps nécessaire pour effectuer une tâche donnée. Un score supérieur ou égal à 4 a été considéré représentatif de tendances à l'optimisme de gestion temporelle.

La structure de la personnalité

L'évaluation de la personnalité selon la conception multidimensionnelle présentée par Costa et McCrae (« *Big Five Factors of Personality* »¹⁶⁶) a justifié le développement de plusieurs outils. Ceux-ci intéressent le fonctionnement humain normal, mais également la sémiologie clinique, en tant qu'outils d'aide au diagnostic et à l'anticipation de l'évolution pathologique, de la réactions des patients, de l'alliance thérapeutique et de l'efficacité des mesures

²³⁴ Scheier et Al., 1994, cité par Shankland et Martin-Krumm, 2012

thérapeutiques¹⁶².

John et Al.²³⁵ ont initialement développé le *Big Five Inventory* (BFI), outil bref et fiable, facilement compréhensible, et aisé dans sa manipulation. Il comprend 44 items ou phrases courtes, rédigés à partir des adjectifs couramment employés pour illustrer les traits de personnalité, et répartis en 5 sous échelles¹⁶².

Cet instrument a été adapté et validé dans plusieurs langues¹⁶². Sa version en langue française (BFI-Fr), publiée par Plaisant et Al.²³⁶, se compose de 45 items, distribués sur 5 sous échelles, et évalués à partir d'une échelle d'attitude de type Likert ascendante à 5 degrés de choix.

Un second outil a été développé par Costa et McCrae (*NEO-PI-* et *NEO-PI-R*)¹⁶⁶, afin de préciser l'expression de chaque trait de personnalité selon six facettes caractéristiques¹⁶². Il comprend 240 questions, réparties en 5 sous échelles à 6 dimensions²³⁷.

Sa traduction, son adaptation et sa validation en langue française ont été proposées par Rolland et Al.²³⁷, en confirmant sa validité interculturelle^{162 237}. Une forme courte de 60 questions (NEO-FFI) a concomitamment été construite²³⁷.

L'analyse la plus récente, soumise par Plaisant et Al.¹⁶² confirme son intérêt dans l'évaluation approfondie de la personnalité, de par sa solidité, sa fiabilité, sa facilité d'utilisation, et la pertinence des construits exposés¹⁶². Ses qualités psychométriques permettraient son usage dans des populations et situations variées (p.ex en recrutement professionnel).

Pour le présent travail, les 5 sous-échelles du **BFI-Fr**, transmis par Plaisant et Al.¹⁶², ont été dissociées. Chacune a fait l'objet d'une question d'ouverture, puis d'une confirmation courte, pour un total de 20 items. Les redondances internes ont été supprimées, et les adjectifs choisis pour leur résonance accrue avec les traits de personnalité présentés. L'échelle d'évaluation ascendante à 5 degrés de choix utilisée pour la validation de l'outil a été conservée. Un score supérieur au 3ème tiers a été considéré significatif de l'expression du trait de personnalité concerné.

2.2.2.2. Les déterminants psychologiques associés à la tâche concernée

La motivation et l'auto-régulation du comportement

L'**Échelle de Motivation en Éducation**, spécifique au contexte universitaire (études avancées), développée et validée par Vallerand^{82 238} a été choisie pour approcher la motivation associée à la réalisation du travail de thèse et évaluer le niveau d'auto-régulation corrélé à cette tâche.

Cet outil permettrait l'analyse des différents types et degrés de motivation établis par Deci et Ryan^{239 240 241}: la motivation intrinsèque (à la connaissance, à l'accomplissement et à la stimulation), la motivation extrinsèque (identifiée, introjectée et par régulation externe) et l'amotivation.

Il se compose de 28 items, répartis de façon homogène dans les 7 niveaux de motivation

235 John et Al., 1991, cité par Plaisant et Al., 2010

236 Plaisant et Al., 2005, cité par Plaisant et Al., 2010

237 Rolland et Al., 1998

238 Vallerand et Al., 1992

239 Deci et Ryan, 2000

240 Deci et Ryan, 1985, cité par Osiurak et Al., 2015

241 Deci et Ryan 1985, cité par Vallerand et Al., 1992

précédemment cités, et évalués grâce à une échelle d'attitude de type Likert à 7 degrés de choix. Ses qualités psychométriques seraient satisfaisantes.

L'instrument a été réduit à 14 items, répartis homogènement en 7 sous échelles, par la suppression des questions trop spécifiques ou inadaptées au présent travail, et des redondances internes. Des reformulations ont été réalisées, en adaptant le niveau de langue, pour faciliter l'identification au sujet. Les items évoquant l'amotivation ont été complètement reformulés pour tenir compte de la dimension obligatoire du travail de thèse.

L'échelle de Likert ascendante à 7 degrés de choix initiale a été réduite à 5. Chaque dimension de la motivation a été considérée significativement représentée à partir d'un score de 8.

Un indice d'autodétermination^{20 242} a été construit en pondérant les résultats obtenus (1 point positif par motivation intrinsèque, 1 point négatif en cas de motivation identifiée ou introjectée, 2 points négatifs si motivation par régulation externe et 3 points négatifs pour l'amotivation).

L'utilité perçue de la tâche

Il n'a pas été retrouvé dans la littérature d'outil d'évaluation du concept d'utilité perçue d'une tâche. Celle-ci a donc été approchée au travers de ses composantes et de ses déterminants, tels que décrits par Dubeau et Al.¹⁸².

Certains items de l'échelle de Motivation en Éducation, illustrant la motivation extrinsèque identifiée (orientation de carrière et domaine d'activité) et par régulation externe (prestige professionnel et niveau de salaire), ont été en premier lieu utilisés.

Le questionnement direct de la relation vécue entre le sujet de thèse, la pratique et le projet professionnels a permis d'autre part de compléter l'évaluation, au moyen d'un indice composite original. Celui-ci a été considéré signifiant en cas de score strictement supérieur à 3.

L'aversion à la tâche

La notion de répugnance à la réalisation du travail de thèse a été approchée par questionnement direct, au moyen d'une échelle d'attitude de type Likert ascendante à 5 degrés de choix. Un score supérieur ou égal à 4 a été considéré signifiant.

L'appréciation de cette aversion générale a été complétée par l'analyse de ce ressenti pour chaque étape du travail, que sont le choix du sujet et du directeur de thèse, la bibliographie initiale, la construction et la mise en œuvre du travail, l'exploitation des résultats, la rédaction, et enfin le choix de la date et l'organisation de la soutenance de la thèse.

Le sentiment de compétence et l'auto-efficacité

La compétence perçue par le doctorant à la réalisation du travail de thèse a été recherchée par questionnement direct, grâce à une échelle de type Likert ascendante à 5 degrés de choix. Une compétence ressentie manquante ou réduite a été jugée significative (1: « *Pas du tout compétent* » ou 2: « *Plutôt pas compétent* »).

Elle a été complétée par l'appréciation du sentiment de compétence spécifiquement associé à chaque étape du travail.

242 Philippe et Vallerand, 2008

La **General Self-Efficacy Scale**, développée par Schwarzer et Jerusalem²⁴³, traduite, adaptée et validée en langue française par Dumont et Al.^{244 245}, a été utilisée pour évaluer le sentiment d'auto-efficacité d'autre part. Elle comprend 10 items, qui permettrait une analyse unidimensionnelle des croyances individuelles de compétence générale face à l'adversité.

Les questions ont été réduites de moitié, en limitant les redondances internes. Quelques reformulations ont été réalisées pour améliorer la fluidité de lecture. L'échelle de Likert ascendante à 4 degrés de choix, proposée par les auteurs et conservée lors des processus de validation trans-culturelle, a été ré-utilisée. L'estimation initiale d'un sentiment d'auto-efficacité suffisant (score supérieur ou égal à 3), a donné lieu à une confirmation. Un score supérieur ou égal à 12 a été considéré représentatif d'un sentiment d'auto-efficacité important.

La notion de choix

L'impact du choix et des dynamiques qui lui sont associées a été approché au travers du concept de maximation.

Une évaluation directe a également été soumise, en recherchant l'origine du choix du sujet et du directeur de thèse, ainsi que l'orientation volontaire vers le DES de Médecine Générale.

L'engagement scolaire

La **School Engagement Measure** développée par Fredricks et Al.²⁰³, permettrait l'évaluation multidimensionnelle de l'engagement en milieu scolaire, et la spécification des dimensions qui le composent. Ses qualités psychométriques seraient satisfaisantes.

Elle a été traduite et validée en langue française par Bernet et Al.²⁰⁴ selon la méthodologie de validation transculturelle proposée par Vallerand²²⁶, avec 17 items répartis en 3 sous échelles, évaluant les trois dimensions du construit théorique initial²⁰³ au moyen d'une échelle de Likert ascendante à 7 degrés de choix.

Pour le présent travail, l'instrument a été réduit par la suppression des questions négatives, trop spécifiques, non applicables au sujet ou à la population étudiés, ou responsables de redondances internes ou avec les autres concepts analysés. Des reformulations mineures ont été proposées pour clarifier le lien avec le travail de thèse.

L'échelle de Likert ascendante à 7 degrés de choix a été réduite à 5. Un score global supérieur à 22, et supérieur ou égal à 8 pour chaque dimension, a été considéré significatif d'un fort niveau d'engagement.

La dimension comportementale de l'engagement à la réalisation du travail de thèse a par ailleurs été caractérisée objectivement, au travers de l'intervalle évalué entre l'initiation et l'achèvement du travail de thèse, et de l'utilisation des ressources universitaires disponibles pour favoriser la réalisation de celui-ci. Du fait des difficultés de réponse rapportées par les répondants, notamment lors du pré-test du questionnaire, l'évaluation du volume horaire hebdomadaire consacré au travail de thèse, proposé par Barbarin⁹⁴, n'a pas été conservé. Le recueil du délai entre l'initiation et l'achèvement du travail de thèse permettrait également d'approcher l'engagement comportemental au travail de thèse, mais aussi les tendances à la

243 Jerusalem et Schwarzer, 1992, cité par Saleh et Al., 2016

244 Dumont et Al., 2000, cité par Saleh et Al., 2016

245 Dumont et Al., 2000

procrastination décisionnelle (c'est-à-dire « *le temps qu'il a fallu pour démarrer* ») et comportementale (par le temps de réalisation).

Les craintes associées à la réussite

Les craintes individuelles relatives à l'obtention du statut de Docteur en Médecine ont été recherchées par auto-évaluation directe, grâce à une échelle d'attitude de type Likert à 5 degrés de choix, complétée par la précision libre de ces peurs.

2.2.2.3. Les déterminants psychologiques spécifiques du contexte de réalisation

Les déterminants psychologiques spécifiques du contexte dans lequel le travail de thèse a été réalisé, ont été recherchés.

Le soutien perçu, ou provision sociale

L'Échelle **de provision sociale** permettrait l'évaluation du soutien perçu par l'individu dans chaque dimension définie pour celui-ci selon le construit théorique de Weiss²¹¹ (c'est-à-dire l'attachement, l'intégration sociale, la réassurance concernant la valeur de l'individu, le soutien matériel et tangible, le conseil ou la guidance, et l'utilité ressentie).

Les qualités psychométriques de cet instrument ont été évaluées comme acceptables, aussi bien dans sa version originale²⁴⁶, qu'après traduction et validation en langue française²⁰⁹. L'outil francophone se différencie de la version anglophone par sa structure, mais semble en cohérence avec les postulats théoriques. Les composantes du support social sont caractérisées par 6 sous échelles de 4 items chacune, et estimées grâce à une échelle de Likert ascendante à 4 degrés de choix²⁴⁶.

Une forme abrégée, qui mesurerait plus spécifiquement la perception de la disponibilité du soutien social, a été développée par Cutrona et Russel²⁴⁷, puis traduite et validée en langue française²¹⁰. Les items négatifs, responsables selon Caron²¹⁰ de difficultés d'interprétation et de compréhension, et d'un défaut de saturation statistique, ont été retranchés. L'échelle d'utilité, qui présenterait un risque d'interférence entre les dimensions du soutien perçu et du soutien offert, a également été éliminée. Les différentes dimensions étudiées seraient indépendantes, même s'il est décrit une forte corrélation entre les sous-échelles et le score global. Les qualités intrinsèques de cet outil seraient similaires aux versions originales, en faisant un instrument valide, fiable, et d'une durée de passation raccourcie, qui conserverait son pouvoir prédictif et préserverait la relation entre le concept étudié et la satisfaction de vie²¹⁰.

Le soutien ressenti par le doctorant, pendant la période de réalisation du travail de thèse, de son entourage proche, de son directeur de thèse, ou de ses pairs, a été estimé au moyen d'une échelle de provision sociale écourtée. La forme abrégée à 10 items, validée par Caron²¹⁰ a été réduite à 5 items, chacun reprenant une des dimensions théoriques de Weiss, à l'exception de l'utilité perçue. Les items conservés ont été choisis pour leur cohérence avec le niveau de relation attendu. L'échelle d'évaluation à 4 points, validée dans les précédents travaux, a été conservée. Le

²⁴⁶ Cutrona et Russel, 1987

²⁴⁷ Cutrona et Russel, 1989, cité par Caron, 2013

ressenti d'un support social « 4: *Plutôt* » ou « 5: *Tout à fait* » important a été considéré significatif, que ce soit dans son évaluation globale ou pour chaque dimension.

Le soutien perçu obtenu par le doctorant auprès des instances universitaires, qu'elles soient administratives ou médicales, a été qualifié par le questionnement simple et direct de l'intensité de celui-ci. Un seuil de positivité identique au précédent outil a été choisi.

Le sentiment d'appartenance à la profession médicale

L'Échelle **d'appartenance sociale**, issue de Richer et Vallerand²¹², a été utilisée pour préciser le sentiment d'appartenance spécifique à la profession médicale.

Cet outil, initialement développé pour qualifier l'appartenance sociale dans le contexte professionnel, distinguerait deux composantes principales: le sentiment d'acceptation et le ressenti d'une intimité²¹². Ses qualités psychométriques et sa structure bidimensionnelle auraient été validées²¹². Son intérêt particulier résiderait dans la facilité et la rapidité de passation.

Le nombre d'items proposés a été raccourci, en supprimant les redondances internes et celles avec les autres concepts présentés dans l'outil final.

L'échelle de mesure originale de type Likert ascendante à 7 degrés de choix a été réduite à 5 degrés. L'estimation initiale directe d'un sentiment d'appartenance à la profession médicale « 4: *Plutôt* » ou « 5: *Tout à fait* » marqué permettrait d'accéder à l'instrument spécifique, confirmant cette appartenance ressentie par un score supérieur ou égal à 15. Chaque dimension été considérée présente pour un score supérieur ou égal à 8.

Les conflits de rôle

La possibilité d'un conflit, qu'il soit temporel, comportemental, psychique, ou financier, entre l'importance relative donnée au travail de thèse et celle attribuée aux autres activités essentielles de la vie du doctorant (c'est-à-dire familiales, sociales, professionnelles et de loisir), a été évaluée par questionnement direct, grâce à une échelle d'attitude de type Likert ascendante à 5 degrés de choix. Un score total supérieur ou égal à 15 a été considéré positif. L'expression de chaque conflit potentiel a été estimée significative à partir d'un score de 4.

Les contraintes ressenties

Le ressenti de contraintes dans la réalisation du travail de thèse a été estimé par questionnement direct. L'intensité de celles-ci a ensuite été estimée, au moyen d'une échelle d'attitude de type Likert ascendante à 5 degrés de choix, et leur origine a été approchée à partir de questions larges et exemplifiées.

2.2.3. Les facteurs inhérents au travail de thèse

Les éléments déterminants en lien avec le travail de thèse lui-même ont été interrogés.

2.2.3.1. Le sujet de thèse

Les détails relatifs au sujet ont été analysés.

Le domaine de recherche concerné par le travail de thèse a été examiné en séparant la médecine générale des autres spécialités.

L'origine du choix du sujet a été soulignée.

L'appui apporté par le directeur de thèse dans le choix et la définition du sujet, lorsque celui-ci avait été proposé par le doctorant, ou au contraire la place laissée à l'opinion du doctorant lorsque le sujet avait été sélectionné par le directeur de thèse ou un tiers, ont été précisés.

La notion d'un changement de sujet en cours de travail a été renseignée. Les motifs d'un éventuellement revirement n'ont pas été explorés.

L'intérêt du sujet, pour le doctorant à titre personnel, a été évalué par une échelle de type Likert ascendante à 5 degrés de choix. Un sujet estimé « 4: *Plutôt* » ou « 5: *Tout à fait* » intéressant a été retenu comme parlant.

L'intérêt du sujet de recherche pour la pratique médicale et le rapport entre le sujet et le projet professionnel ont également été enquêtés, à partir de la même échelle et avec le même seuil de positivité.

2.2.3.2. Le directeur de thèse

Les éléments relatifs au directeur de thèse ont été caractérisés.

Le mode d'exercice du directeur de thèse a été précisé, en séparant les médecins hospitaliers des libéraux, et en précisant leur implication universitaire éventuelle.

La relation entre le doctorant et son directeur de thèse a été analysée. Le caractère choisi de cette relation a été questionné. Sa qualité a d'autre part été estimée par le biais de l'auto-évaluation du soutien ressenti par le doctorant de la part de son directeur de thèse.

2.2.3.3. Le contexte universitaire

Les éléments relatifs au contexte universitaire du répondant ont été étudiés.

La qualité du travail universitaire précédant la thèse et l'engagement comportemental qui lui est associés ont été approchés par le renseignement d'une part de la valeur auto-estimée des résultats académiques, et d'autre part de l'auto-évaluation des tendances spécifiques à la procrastination, au moyen d'une échelle de Likert ascendante à 5 degrés de choix. Un score supérieur à 4 (« 4: *tendances importantes à la procrastination* ») a été considéré signifiant.

Le caractère volontaire de l'orientation de l'étudiant vers le DES de médecine générale a été spécifié.

L'obtention concomitante d'autres diplômes universitaire a été recherchée. La précision du type de diplôme concerné n'a pas été demandée.

La présence d'une opportunité professionnelle en post-internat a été recueillie. Le type de projet concerné n'a pas été précisé

L'utilisation par le doctorant des ressources pédagogiques mises à disposition par la faculté de Médecine, sur le modèle de celles proposées à Montpellier, a été recherchée.

La participation éventuelle aux cours de préparation à la thèse et aux séminaires doctorants, et la fréquence de celle-ci, ont plus particulièrement été interrogées. Une évaluation de l'intérêt de ces événements universitaires, pour le doctorant à titre personnel, a été réalisée au moyen d'une échelle d'attitude de type Likert ascendante à 5 degrés de choix. L'estimation d'un intérêt modéré à important a été considérée significative. Le renseignement libre des raisons justifiant cette participation, ou l'absence de participation, a également été proposé.

Le temps de trajet aller-retour entre le domicile et la faculté supervisant le travail de thèse a été renseigné, à partir des intervalles proposés par Barbarin⁹⁴, en ajoutant une catégorie « *plus de 120 min* » pour amener plus de précision en cas de longs trajets. Une durée de trajet supérieure à 60 min a été retenue comme significative.

2.2.4. Les données sociodémographiques

Une analyse des données sociodémographiques associées à la procrastination globale, et plus particulièrement aux comportements de report académiques et du travail de thèse, a été proposée.

2.2.4.1. Les données sociodémographiques générales

Les données sociodémographiques générales ont été recueillies.

La spécification du genre, par la dichotomie « *Féminin / masculin* », visait à préciser la reproductibilité de l'orientation des comportements sexuels et non sexuels déterminés dans la littérature.

Pour définir l'âge des participants, la date de naissance complète a été demandée, l'outil informatique ne permettant pas le recueil de la seule année de naissance.

Les catégories de diplômes établies par l'administration française²⁴⁸ ont été utilisées pour caractériser le niveau d'étude des parents du répondant. Cette donnée a été recherchée pour chaque parent séparément.

La situation professionnelle actuelle du répondant a été examinée, à la fois par le mode d'exercice principal, en différenciant l'activité libérale de l'exercice hospitalier; et par la spécialité exercée, en distinguant la médecine générale des autres spécialités. Elle pourra permettre de caractériser la population étudiée et d'analyser les tendances à la lumière de l'orientation professionnelle.

2.2.4.2. Le contexte personnel du doctorant pendant la période de préparation de la thèse

Le contexte personnel du doctorant pendant la période de préparation de sa thèse a été précisé.

La présence d'un conjoint pendant la période de préparation de la thèse a été interrogée par question directe. En cas de réponse positive, la notion d'une activité professionnelle a été recherchée. La disponibilité du conjoint a ensuite été extrapolée à partir du temps de travail hebdomadaire, considéré significatif à partir de 55 heures travaillées. La hauteur de la participation financière à l'entretien du foyer a enfin été précisée, grâce à des catégories de salaire définies en fonction des seuils de richesse proposés par le Centre d'Observation de la Société²⁴⁹. Un apport financier supérieur ou égal à 1300 euros net a été donné comme signifiant.

La présence de charges familiales pendant la période de préparation de la thèse a été évaluée par questionnaire direct. Une mesure de l'impact auto-évalué de celles-ci sur la

²⁴⁸ Direction de l'information légale et administrative [en ligne], 2017

²⁴⁹ Centre d'Observation de la Société [en ligne], 2016 et 2017

réalisation du travail de thèse, au moyen d'une échelle de Likert ascendante à 5 degrés de choix, a complété cette recherche. Les réponses extrêmes (1: « *Fortement négatif* » et 5: « *Fortement positif* ») ont été analysées comme marquantes.

La présence spécifique d'enfants à charge a été recherchée. Le nombre d'enfant à charge a été spécifié. L'âge des enfants a été précisé par larges catégories (nourrisson / enfant en bas âge / petit enfant / enfant plus grand). L'extrapolation des répercussions de cette charge sur le quotidien du doctorant se baserait à la fois sur le temps nécessaire aux enfants, en fonction de leur besoins spécifiques, sur sa répartition sur le nyctémère, ou encore sur la "charge mentale" associée, c'est-à-dire le « *travail de gestion, d'organisation, de planification, [...] intangible, incontournable et constant, et qui a pour objectifs la satisfaction des besoins de chacun et la bonne marche de la résidence* »⁶⁰.

Le mode de garde principal a été typé par le biais d'une liste non exhaustive des modes de garde les plus courants (c'est-à-dire crèche, nourrice, garde intra-familiale), et sa flexibilité approchée par une mesure d'attitude de type Likert ascendante à 5 degrés de choix.

La participation à une ou des activité(s) extra-professionnelle(s) a été recherchée par questionnaire direct. Le temps accordé à celle(s)-ci a été estimé selon les intervalles temporels proposés par Barbarin⁹⁴. Un seuil de 4 heures hebdomadaires a été défini comme significatif.

Le vécu d'un événement majeur de vie au cours de la période de préparation de la thèse a été interrogé. L'auto-évaluation de l'intensité de l'impact de cet événement a été proposée grâce à une échelle de type Likert ascendant à 5 degrés de choix. Les réponses extrêmes (1: « *Fortement négatif* » et 5: « *Fortement positif* ») ont été considérées parlantes.

2.2.4.3. La situation professionnelle du doctorant pendant la période de préparation de la thèse

La situation professionnelle au cours de la période de préparation de la thèse a été caractérisée par le recueil du mode d'exercice principal, au moyen d'une liste non exhaustive regroupant les modes d'exercice les plus fréquents chez les médecins non thésés (c'est-à-dire interne des hôpitaux, faisant fonction d'interne, médecin remplaçant).

Une évaluation de la charge de travail, par le biais du temps hebdomadaire travaillé, a été proposée. Les intervalles horaires choisis sont corrélés aux temps de travail habituels des professions médicales (temps de travail des internes²⁵⁰ et temps de travail des médecins^{251 252}), avec un minimum hebdomadaire de 55 heures comme seuil de significativité.

Ces éléments permettent d'extrapoler pour partie les responsabilités et l'implication comportementale professionnelles du doctorant. En complément de ceux-ci, la pression professionnelle ressentie pendant la période de préparation de la thèse a été estimée, grâce à une échelle de Likert ascendante à 5 degrés de choix. Le vécu d'une pression « 4: *Forte* » voire « 5: *Insoutenable* » a été retenu comme déterminant.

Le temps de trajet quotidien aller-retour entre le domicile et le lieu de travail a également été renseigné, à partir des intervalles proposées par Barbarin⁹⁴, en ajoutant une catégorie « *plus de 120 min* » pour amener plus de précision en cas de longs trajets. Une durée de trajet supérieure

250 Légifrance [en ligne], 2015

251 Le Fur et Al., 2009

252 Rebufat, 2012

à 60 min a été retenue comme significative.

La notion d'un complément de ressource a été évoquée par questionnaire direct. Une liste non exhaustive des apports financiers extra-professionnels possibles (de sources familiales, publiques ou privées) a été proposée en cas de réponse positive. Le revenu concerné a été précisé sur la base d'intervalles grossièrement proportionnels à la rémunération nette d'une garde d'interne de Médecine Générale (c'est-à-dire 100 euros). Un apport mensuel net équivalent à 5 gardes ou au tiers du salaire mensuel d'un interne (Arrêtés des 15/06 et 20/05/2016^{253 254}) a été retenu comme signifiant.

2.3. Pré-test de l'outil d'évaluation

La faisabilité, la compréhensibilité, mais aussi l'acceptabilité et la pertinence du questionnaire ainsi construit ont fait l'objet de vérifications préalables à sa distribution.

2.3.1. Relecture et expérimentation préalable

Le questionnaire initialement rédigé a été en premier lieu relu et rempli par différentes personnes sans lien avec le sujet ou la population d'étude, pour vérifier sa faisabilité technique, tester la maniabilité ainsi que la fiabilité et les limites du support informatique, mais aussi valider la cohérence de l'organisation des items, apprécier le bon déroulé des questions posées, leur compréhensibilité et l'utilité de chacune.

A l'issue de cette première étape, plusieurs énoncés ont été retravaillés et réorganisés, afin de limiter les ambiguïtés et de fluidifier la lecture.

Plusieurs limites de l'outil informatique ont été mises en évidence, et la construction et la structuration informatiques ont été affinées.

L'impossibilité de reprendre un formulaire inachevé et fermé a été constatée. Cette particularité a été précisée dans le texte d'introduction de l'outil. Cette fonctionnalité aurait pu permettre le fractionnement du temps passé sur le support et ainsi de favoriser le nombre et la qualité des réponses reçues, en limitant le phénomène de saturation inhérent au temps de passation du questionnaire.

Deux écueils notoires concernant la distribution informatique du questionnaire ont été soulevés: la non signalisation des échecs d'envoi d'une part et la difficulté de réaliser des envois groupés de type « mailing list » d'autre part. L'alternative à l'utilisation de « Google Form® » dans la distribution du questionnaire, qui consistait à transmettre un lien d'accès au questionnaire par un autre serveur de messagerie, présentait la difficulté supplémentaire d'une validation d'accès pour chaque répondant individuellement. Un envoi individuel grâce à la fonctionnalité interne à l'outil a finalement été prévu, après vérification des coordonnées informatiques auprès des répondants sollicités.

Le format des données et l'analyse réalisée par le logiciel lui-même ont été rendus illisibles par la quantité d'informations recueillies. Les réponses ont donc été reprises manuellement et leur traitement effectué au moyen de pages de calcul de type « Excel® » et « OpenOffice Calc® ».

253 Légifrance [en ligne], 2018

254 ISNAR-IMG [en ligne]

2.3.2. Pré-test

2.3.2.1. Mise en œuvre et résultats

L'outil a été proposé par voie informatique à 30 praticiens du Centre Hospitalier d'Ardèche Nord à Annonay, par le biais de la messagerie interne hospitalière.

Cette population a été choisie pour sa proximité, sa disponibilité et sa bienveillance envers le travail en cours.

Après 3 relances, 11 questionnaires complets (36,7%) ont été obtenus et analysés.

Les répondants ont également pu transmettre leurs remarques et conseils par retour de courriel, ou les prodiguer lors d'entretiens individuels.

Les données recueillies n'ont pas été intégrées à l'étude elle-même.

L'échantillon étudié comprenait 6 femmes (54,5%) et 5 hommes. Les effectifs se répartissaient de 32 à 68 ans, avec une moyenne d'âge de 51,6 ans (écart-type 11,09 ans, 1 réponse manquante).

La population était composée exclusivement de praticiens hospitaliers, dont 1 médecin généraliste, 7 médecins spécialistes et 3 Docteurs en pharmacie.

Les principaux résultats sont résumés en Annexe 2.

4 sous-groupes ont été distingués, selon les tendances auto-évaluées à la procrastination du travail de thèse et le report effectif éventuel de celui-ci :

Fig 1 : caractéristiques des sous-groupes

	Tendances	
Effective	Significatives	Non significatives
Significative	Proc+/Eval+	Proc+/Eval-
Non significative	Proc-/Eval+	Proc-/Eval-

- les « procrastinateurs vrais », présentant une tendance auto-évaluée à la procrastination et ayant effectivement reporté la soutenance de leur travail de thèse (Proc+/Eval+) ;
- les procrastinateurs « non conscients » de l'être (Proc+/Eval-), ayant reporté leur soutenance mais ne révélant pas de tendance individuelle à la procrastination du travail de thèse ;
- les « faux procrastinateurs » (Proc-/Eval+), n'ayant pas reporté leur thèse, mais rapportant des tendances significatives à la procrastination ;
- les « non procrastinateurs » (Proc-/Eval-), ne montrant aucun phénomène spécifique.

Il n'a pas été identifié de « procrastinateurs vrais » dans la population étudiée.

2 répondants rapportaient des tendances auto-évaluées significatives à la procrastination (« faux procrastinateurs »), et 2 répondants distincts avaient effectivement reporté la soutenance de leur travail de thèse (« procrastinateurs non conscients »).

2.3.2.2. Adaptation et amélioration de l'outil

A l'issue de cette phase de test :

- plusieurs formulations ont été retravaillées, afin de faciliter leur compréhension;
- l'ordre et le déroulé des questions ont été modifiés, pour stimuler l'intérêt des répondants et favoriser la réalisation et la complétude du questionnaire;
- les intitulés des outils d'évaluation des concepts d'ordre psychologique ont été retirés, pour limiter les biais secondaires à l'information préalable du concept étudié, et notamment le biais d'attente ;
- l'évaluation précise et directe de l'impact ressenti des charges familiales et professionnelles a été ajoutée;
- le niveau de pression professionnelle ressentie pendant la période de préparation de la thèse a été questionné;
- la recherche de charges familiales autres que les descendants a été réalisée;
- une évaluation du temps écoulé entre le début et la fin du travail de thèse a été préférée à celle du temps hebdomadaire consacré à celui-ci, dont l'évaluation a été jugée trop ardue et fluctuante;
- le questionnement de l'efficacité scolaire habituelle, au travers des résultats universitaires obtenus, a été complété par une auto-évaluation des tendances à la procrastination académique au cours des études médicales;
- l'interrogation directe du sentiment de procrastination du travail de thèse a été ajoutée à l'auto-évaluation par l'Échelle de procrastination académique issue de Solomon et Rothblum²².

3. Mise en œuvre du questionnaire

3.1. Population d'intérêt

3.1.1. Le Bassin Annonéen

Annonay est la commune la plus peuplée du département de l'Ardèche (07).

Elle se situe en région Rhône-Alpes-Auvergne, au carrefour des routes commerciales de St Étienne et de la vallée du Rhône (Lyon et Valence), au sud du Parc Naturel Régional du Pilat et au pied des Monts du Vivarais, au cœur de l'Ardèche Verte touristique.

En 2013, la Communauté d'Agglomération du Bassin d'Annonay (Code SIREN 200043917) se composait de 16 communes, essentiellement rurales:

- Annonay, Boulieu-lès-Annonay, Roiffieux, Saint-Marcel-lès-Annonay (07100);
- Saint-Cyr, Davézieux, Saint-Clair, Savas, Vernosc-lès-Annonay (07430);
- Talencieux, Thorrenc (07340);
- Vocance, Villevocance, Monestier, Saint Julien Vocance, Vanosc (07760).

Elle comprenait 35 428 habitants, répartis sur une superficie de 212 km².

Sa dynamique démographique mettait en évidence une croissance de 8,5% sur les 20 dernières années.

La population était plus âgée que la moyenne régionale, avec une proportion plus marquée de

personnes de plus de 65 ans (3,6%) et un déficit de jeunes de moins de 20 ans (-3%).

Au 1er Janvier 2017, la Communauté d'Agglomération s'est étendue à 29 communes (Arrêté préfectoral du 05/12/2016, Préfet de l'Ardèche, 13/12/2016), réparties sur 316,3 km² et concentrant 47 500 habitants, devenant ainsi la Communauté d'Agglomération d'Annonay Rhône Agglo (Code SIREN 200072015).

Les données sociodémographiques et sanitaires précises de ce territoire n'ont pu être obtenues.

3.1.2. Diagnostic de santé

Un diagnostic de santé, ou « *photographie socio-sanitaire du territoire* »²⁵⁵, a été réalisé en 2016, pour caractériser la population Annonéenne et faciliter l'orientation de l'action publique en matière de Santé grâce à une meilleure connaissance de l'état de santé mais aussi de l'offre et du recours aux soins sur le territoire²⁵⁵.

Les données socio-sanitaires recueillies (ARS, PMSI, ALD, registres Inserm-CépiDC, RIM psychiatrie) mettraient en évidence une précarité plus marquée qu'au niveau départemental ou régional, avec notamment un taux de chômage et un indice de défavorisation plus marqués, une surreprésentation des formations peu diplômantes (population non diplômée 35%) et des professions les moins qualifiées, ainsi qu'un taux supérieur de bénéficiaires de la CMU-c (13,5%)²⁵⁵.

3.1.2.1. Offre de soins

La densité médicale dans ce bassin de population était, en 2015, inférieure à celle de la région Rhône-Alpes, avec 84,7 médecins généralistes pour 100 000 habitants. Elle était néanmoins plus importante pour la ville d'Annonay (112 médecins généralistes pour 100 000 habitants), du fait de la concentration des structures de soins.

Les principales structures disponibles sont :

- le Centre Hospitalier d'Ardèche Nord (07100 Annonay);
- la Clinique des Cévennes (07100 Annonay);
- la Clinique Chiron et le Centre Médico-psychologique associé (07100 Annonay).

La population médicale libérale se compose d'une trentaine de médecins généralistes installés. La Médecine Générale n'est pas la spécialité principale d'exercice pour 10% d'entre eux. 50% ont plus de 55 ans, ce qui est plus élevé qu'en région. Il existe une nette prédominance masculine (83,3%). 1 praticien n'a effectué aucune partie de son cursus universitaire en France.

92 médecins exercent d'autre part sur le Centre Hospitalier. 59 (soit 64,1%) sont thésés de Médecine Générale. La moyenne d'âge est de 47 ans, les effectifs se répartissant de 30 à 68 ans. Il est noté une prédominance masculine (52,3%).

La densité médicale serait d'autre part modulée par « *l'accessibilité potentielle localisée* », qui correspondrait à la mesure de l'accessibilité des médecins généralistes, en considérant le niveau d'activité des praticiens (c'est-à-dire l'offre de soins) et les sollicitations en matière de soins (donc la demande)²⁵⁵. Cet indicateur territorial est habituellement exprimé en Équivalents Temps Pleins (ETP). Il serait influencé par les caractéristiques de l'accès au soin des communaux avoisinantes, du fait des transferts possibles de population.

²⁵⁵ Sonko et Al., 2017

L'accessibilité potentielle au sein de la Communauté d'Agglomération (63 ETP) serait moindre que celle constatée en région (67 ETP). La ville d'Annonay serait toutefois bien dotée, avec 84 ETP.

Le taux de recours aux praticiens libéraux (ou pourcentage de population ayant bénéficié d'au moins une consultation dans l'année), renseignerait également sur l'accès aux soins. Il serait plus élevé dans la Communauté d'Agglomération qu'en région Rhône-Alpes (+2,4%).

3.1.2.2. État de santé de la population

Plusieurs indicateurs de l'état de santé de la population du Bassin Annonéen sont proposés par Sonko et Al.²⁵⁵:

- la mortalité constatée, qui serait similaire à celle de la région Rhône-Alpes, avec cependant une surreprésentation de la mortalité prématurée (c'est-à-dire avant 65 ans). Les causes oncologiques et cardiovasculaires seraient les plus représentées;
- le taux de séjours hospitaliers, toutes causes confondues, pour la période 2012-2013, qui serait plus élevé que dans la population rhônalpine, avec 10760 séjours / an en moyenne pour 6903 patients;
- les prises en charge psychiatriques ambulatoires et hospitalières, qui seraient plus fréquentes, avec 1260 patients suivis en 2013, dont 250 hospitalisations;
- la consommation médicamenteuse régulière, caractérisée par le remboursement d'au moins 3 prescriptions par an, qui serait plus marquée;
- le taux d'ALD, qui serait équivalent à ceux de la région, avec 2500 nouvelles demandes par an pour les hommes et 1800 pour les femmes.
Les causes métaboliques, notamment le diabète, et tumorales seraient cependant plus représentées qu'au sein de la population rhônalpine.

3.1.3. Population étudiée

La population d'intérêt pour le présent travail se compose des médecins généralistes présents sur ce bassin de population, thésés, hospitaliers ou libéraux, de moins de 60 ans, ayant effectué leur cursus universitaire en France pour partie au moins.

Elle comprend ainsi 15 médecins libéraux installés et 50 médecins hospitaliers. Les effectifs se répartissent de 30 à 60ans. La prédominance masculine persiste (66,7%) chez les médecins libéraux. Il est au contraire constaté une majorité féminine parmi les praticiens hospitaliers (57,9%).

3.2. Caractéristiques psychométriques de l'outil

La validation des qualités psychométriques d'un instrument de mesure serait indispensable pour justifier de son utilité et de son efficacité²⁵⁶. Elle se baserait notamment sur l'évaluation de sa sensibilité, de sa fiabilité et de sa validité.

²⁵⁶ Centraltest [en ligne], 2011

3.2.1. Fidélité d'un instrument de mesure

La fidélité, ou fiabilité, d'un outil définirait sa capacité à mesurer le construit voulu, au regard des erreurs qui entacheraient la mesure. Elle évaluerait ainsi sa crédibilité.

Elle serait appréciée au travers de :

- sa consistance, ou cohérence, interne, illustrant la similarité et l'homogénéité de sens des items . Elle serait directement et négativement impactée par la longueur du test.

Elle est habituellement mesurée par le coefficient α de Cronbach ;

- sa fidélité temporelle, indiquant le « *degré de répétabilité dans le temps des scores* » obtenus²⁵⁶ et reflétant la stabilité du construit et des caractéristiques de celui-ci chez le répondant dans le temps.

La fidélité serait influencée par des facteurs indépendants du test lui-même, tels que l'état psychique, cognitif ou physique du répondant, ou encore les conditions de passation. Ces variables externes seraient responsables d'erreurs de mesure dites « aléatoires ».

Des erreurs dites « systématiques » pourraient également être constatées. Elles correspondraient aux variations de mesure rencontrées avec la même amplitude à chaque utilisation de l'outil. Elles seraient liées à la nature même du test, de par le choix des items (défaut de cohérence), leur nature discriminante, leur spécificité et leur sensibilité.

3.2.2. Validité d'un instrument de mesure

La validité d'un test ferait référence à l'exactitude avec laquelle celui-ci mesure les dimensions et caractéristiques voulues. Elle définirait la valeur intrinsèque et l'utilité du test, dans une situation donnée, en corrélant les résultats expérimentaux avec les critères effectifs de performance.

Elle donnerait ainsi « *du sens aux scores* » obtenus²⁵⁶ et rendrait possible et cohérente l'extrapolation des résultats, pour proposer au répondant des conclusions ou prédictions spécifiques.

Elle serait indissociable des fondements théoriques du construit étudié.

Différents types de validité pourraient être distingués^{256 257}:

- la validité de critère, ou « empirique », qui évaluerait la corrélation entre la performance du répondant et ses caractéristiques effectives.

Elle serait concourante, si l'évaluation des différents critères est concomitante, ou prédictive si la mesure effective est réalisée a posteriori ;

- la validité de contenu, qui examinerait la représentativité du test en regard du construit voulu, ainsi que la compréhensivité des items choisis par la population cible ;
- la validité de construit, ou « théorique », qui informerait sur l'effectivité de la mesure

²⁵⁷ psychologie.psyblog.net [en ligne]

supposée.

Cette validité serait dite « de façade » lorsqu'elle est établie par des experts, « convergente » ou « nomologique » lorsqu'elle s'appuie sur des outils développés pour mesurer le même concept, « divergente » lorsqu'elle implique des instruments mesurant des concepts opposés, ou « hypothético-déductive » lorsqu'elle concerne l'exploration d'une méthodologie expérimentale.

3.3. Méthodologie de recueil des données

Les praticiens concernés ont été préalablement contactés, par téléphone ou sur leur lieu de travail, afin d'introduire le travail en cours et ses objectifs.

Les informations données ont été complétées par le paragraphe d'introduction de l'outil, mais également par une explication écrite ou une présentation orale succincte.

L'anonymie des réponses informatisées et l'anonymisation des données recueillies lors des entretiens individuels, ont été assurées.

Les modalités de passation ont été choisies par les répondants volontaires.

L'instrument de mesure a ainsi été proposé par voie informatique, par voie postale, par téléphone, ou lors d'entretiens individuels physiques, après prise de rendez-vous aux heures d'ouverture des cabinets médicaux.

Les données collectées oralement ou sur papier ont systématiquement été colligées sur l'outil informatique « Google Form® », avec une double relecture pour minimiser les éventuelles erreurs de saisie.

3.4. Analyse statistique

3.4.1. Principes généraux

L'objectif du présent travail étant de proposer une perspective intégrative des facteurs supposés déterminants de la procrastination du travail de thèse dans la population des médecins généralistes du Bassin Annonéen, une étude rétrospective, observationnelle, descriptive et analytique est proposée.

Une analyse de variance a été menée, par comparaison statistique entre les caractéristiques et attributs spécifiques des « procrastinateurs vrais » (Proc+/Eval+) et des « non procrastinateurs » (analyse univariée).

Elle a permis de tester de façon unilatérale l'hypothèse de travail H_0 (ou hypothèse de similarité, ou hypothèse nulle) selon laquelle chaque variable étudiée ne présentait aucune relation statistique avec les phénomènes de procrastination et de report²⁵⁸.

La valeur du risque de première espèce α , ou probabilité d'exclure à tort l'hypothèse nulle, a été établie à 5% (0,05) par convention, avec une tolérance étendue à 10% (0,01), comme

²⁵⁸ Labreuche, 2010

proposé par Baudot²⁵⁹.

Les seuils d'interprétation suivants ont ainsi été appliqués:

- $p \leq 0,01$ (soit 1%): forte présomption de rejet de l'hypothèse de similarité H_0
- $0,01 < p \leq 0,05$: présomption significative de rejet de l'hypothèse de similarité H_0
- $0,05 < p \leq 0,1$: faible présomption de rejet de l'hypothèse de similarité H_0
- $p > 0,1$: absence de réponse significative

Le risque de deuxième espèce β , qui correspond à la probabilité d'accepter la véracité de l'hypothèse H_0 alors qu'elle est erronée, et la puissance statistique $(1-\beta)$ de chaque test n'ont pas été considérés.

3.4.2. Définition des variables recueillies

3.4.2.1. Variables quantitatives

Une variable quantitative correspond à une donnée numérique accessible aux explorations et traitements mathématiques^{260 261}.

Elle peut être discrète (ou discontinue) et sera énumérée en valeur entière ou continue, et prendra alors, en théorie, une infinité de valeurs.

Les variables quantitatives utilisées dans ce travail sont exclusivement discrètes.

Elles se résument à :

- l'âge du répondant (en années) ;
- le temps de travail hebdomadaire moyen du doctorant et du conjoint pendant la période de préparation de la thèse (en heures) ;
- le revenu mensuel concerné par un éventuel complément de ressource disponible pendant la période de préparation de la thèse (en euros) ;
- le revenu mensuel net moyen du conjoint pendant la période de préparation de la thèse (en euros) ;
- le nombre et l'âge des enfants à charge (en mois) ;
- le temps de trajet quotidien moyen du lieu de vie au lieu de travail, ou du lieu de vie à la faculté de rattachement du répondant (en minutes) ;
- la procrastination effective du travail de thèse, représentée par le délai entre la soutenance de la thèse et la date butoir légale (en mois et années) ;
- la durée du travail de thèse (en mois et années).

259 Baudot [en ligne]

260 Sanders [en ligne]

261 Ramousse et Al., 996

3.4.2.2. Variables qualitatives

Une variable qualitative se rapporte aux informations définies par des modalités^{260 261}.

Elle peut être catégorielle, se référant alors à un état ou à une catégorie non mesurables par une échelle de valeur, et sans hiérarchisation (tels que le genre, la présence d'enfant à charge ou le mode d'exercice principal).

Elle sera, a contrario, dite ordinale, lorsqu'il existe une relation d'ordre, quoique non quantifiable, entre les modalités de réponse²⁶⁰. L'évaluation d'un sentiment ou d'une tendance, au moyen d'une échelle d'attitude de type Likert, en est une représentation possible.

Les variables qualitatives, catégorielles ou ordinales, peuvent résulter de la transformation de variables quantitatives, par la séparation d'une mesure numérique en différentes classes, la réalisation d'une analyse multivariée préalable, l'expression en classification hiérarchique, ou l'attribution de rangs aux variables de distribution²⁶⁰.

3.4.3. Choix des tests statistiques

Les données issues du questionnaire de recherche sont considérées indépendantes.

Les autres conditions nécessaires à l'utilisation des tests statistiques paramétriques ne sont cependant pas remplies²⁶¹:

- le coefficient d'aplatissement (ou kurtosis) ne supporte pas la distribution normale des données ;
- la nature des concepts étudiés et des mesures réalisées ne permettent pas un traitement arithmétique ;
- les effectifs obtenus pour chaque occurrence restent faibles.

Il a donc été opté pour des tests statistiques non paramétriques, d'utilisation moins restrictive, quoi que de puissance inférieure²⁶¹.

3.4.3.1. Test de Wilcoxon-Mann-Witney

Ce test permet d'estimer „si les variables de deux échantillons indépendants suivent la même loi de probabilité”²⁵⁹, c'est à dire si les données qui les composent sont similaires (hypothèse H_0), ou s'il existe au contraire une différence significative entre elles.

Il est adapté aux variables quantitatives, quelles soient discrètes ou continues et convient à la comparaison de deux populations distinctes.

Sa seule contrainte d'application réside dans l'indépendance des données étudiées^{258 261}.

3.4.3.2. Test exact de Fisher

Ce test de proportion permet de comparer les variables quantitatives de deux échantillons

indépendants, à partir de l'hypothèse de similarité H_0 .

Il se base sur la loi mathématique dite hypergéométrique, pour explorer, au moyen de tableaux de contingence, la probabilité d'observer une différence entre les données d'étude et les effectifs espérés lorsque l'hypothèse nulle H_0 est vraie.

Il est particulièrement adapté aux petits effectifs. Son interprétation serait cependant difficile, la faible quantité de valeurs étant responsable d'importantes incertitudes statistiques^{258 259}.

3.4.4. Analyse des commentaires libres

Une analyse sémantique des données extraites des commentaires libres a été préférée. Les données lexicales ont été classées par « syntagmes » ou groupes de mot formant une unité de sens²⁶². Les regroupements obtenus ont ensuite été présentés selon leur fréquence d'apparition.

Ces commentaires libres concernent :

- la justification des craintes ressenties, ou leur absence, à l'obtention du titre de Docteur en Médecine ;
- les arguments avancés pour expliquer la présence, ou au contraire l'absence, de participation aux cours de préparation à la thèse et aux séminaires doctorants.

3.4.5. Mise en œuvre de l'analyse statistique

Les données collectées sur l'outil informatique « Google Form® » ont été colligées au moyen de feuilles de calcul de type « OpenOffice Calc® ».

Un premier traitement, à visée descriptive, basé sur une analyse comparative des effectifs, a été proposé.

L'analyse de variance a ensuite été effectuée, grâce à plusieurs instruments statistiques en ligne :

- pour le test de Wilcoxon-Mann-Witney :
BiostaTGV : <https://marne.u707.jussieu.fr/biostatgv/?module=tests/fisher>
ANASTATS : <http://www.anastats.fr/outils.php>
STHDA : <http://www.sthda.com/french/rsthda/unpaired-wilcoxon.php>
- pour le Test exact de Fisher:
BiostaTGV: <https://marne.u707.jussieu.fr/biostatgv/?module=tests/mann>
Tableaux de contingence, Lowry 1998: <http://www.cons-dev.org/elearning/ando/tests/testo4o6.html>

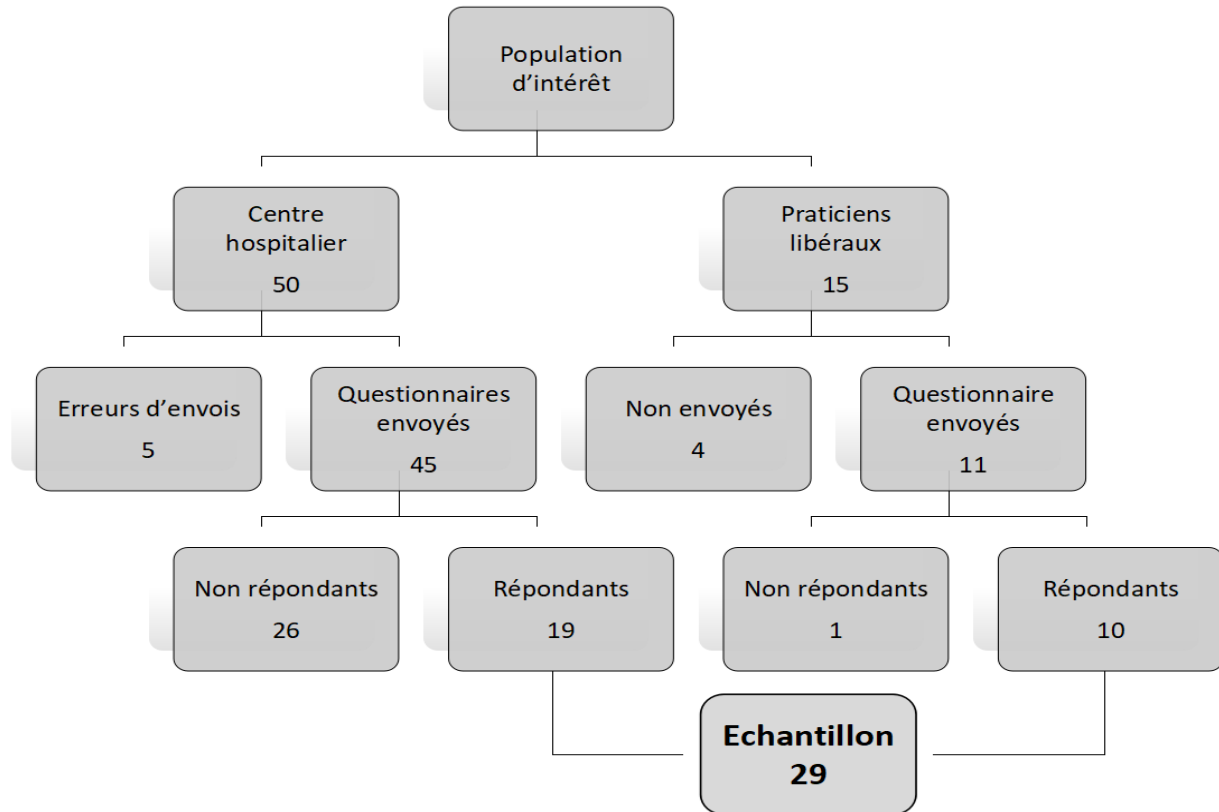
Le recours aux outils simples d'utilisation, fiables et en libre accès, a été favorisé.

²⁶² Pibarot et Al., 1998

RESULTATS

1. Participation à l'étude

Fig 2 : Diagramme de flux - Échantillonnage



L'outil a été distribué à deux périodes (Novembre 2017 et Mars 2018), les effectifs initiaux étant insuffisants. Le taux de participation globale constaté est de 44,6%. L'implication des médecins libéraux est supérieure à celle des praticiens du Centre Hospitalier (90,9% versus 38%).

La majorité des questionnaires a été réalisée par voie informatique (72,4%). Les durées moyennes de passation sont de 20 min par voie informatique ou lors des entretiens physiques, et de 30 min par téléphone.

Trois relances ont en moyennes été nécessaires pour obtenir une réponse.

2. Résultats bruts

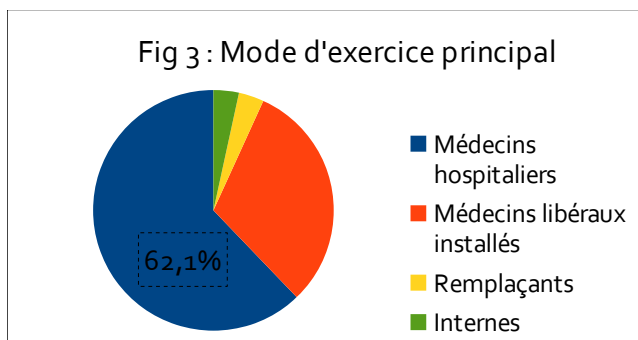
2.1. Caractéristiques sociodémographiques de la population étudiée

L'échantillon étudié se compose de 15 femmes (51,7%) et 14 hommes (48,3%).

La moyenne d'âge est de 40,43 ans (écart-type 7,01 ans), les effectifs se répartissant de 30 à 58

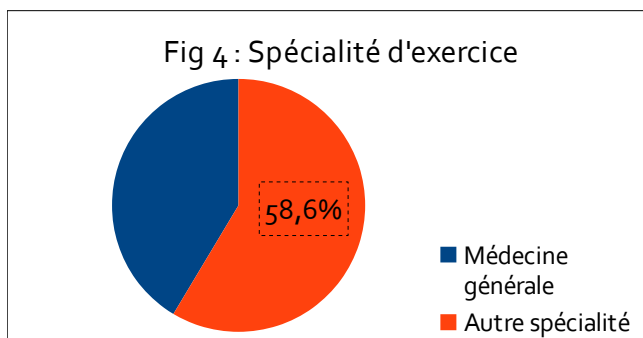
ans. Une seule date de naissance n'a pas été correctement renseignée.

A la date de réalisation du questionnaire, la situation professionnelle des personnes interrogées est essentiellement hospitalière et de spécialité.



Le mode d'exercice principal est hospitalier pour 65,5% des répondants et libéral pour 34,5% d'entre eux.

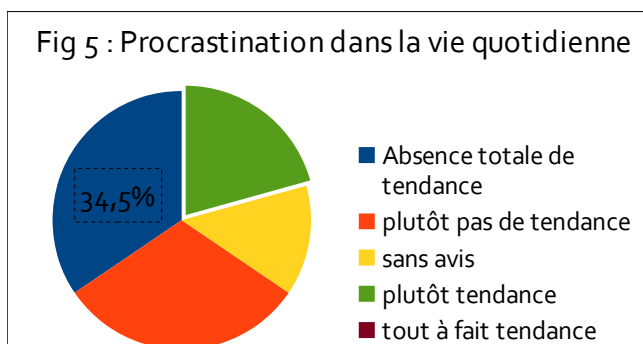
Nota Bene : pour chaque représentation graphique de type « camembert », les valeurs indiquées correspondent à la proportion la plus importante. Les résultats considérés significatifs sont d'autre part mis en relief par le retrait appliqué sur la portion concernée.



La spécialité d'exercice est différente de la médecine générale dans 58,6% des cas.

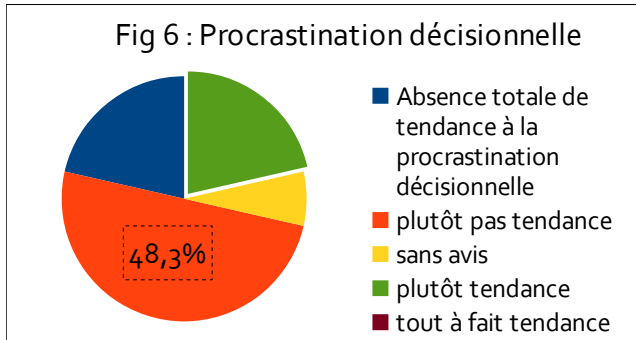
2.2. Les tendances individuelles à la procrastination

2.2.1. La procrastination dans la vie quotidienne



Des tendances significatives à la procrastination dans la vie quotidienne sont constatées pour 20,7% des personnes interrogées.

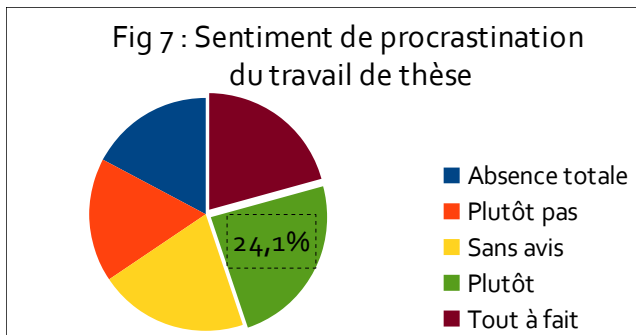
2.2.2. La procrastination décisionnelle



20,7% des répondants auto-évaluent leurs tendances à la procrastination décisionnelle comme significantes.

2.2.3. La procrastination académique et du travail de thèse

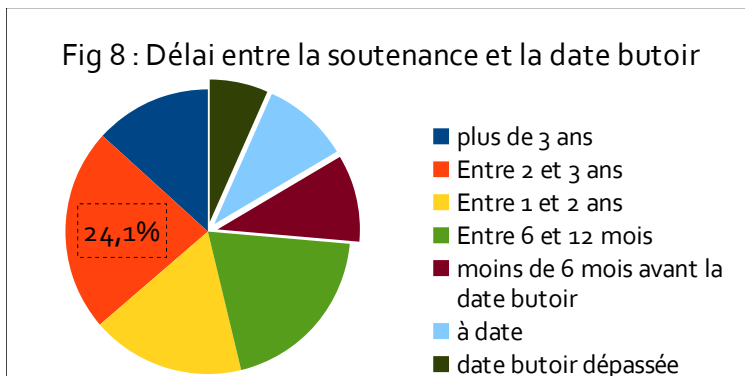
2.2.3.1. L'auto-évaluation de tendances à la procrastination du travail de thèse



Un sentiment significatif de procrastination du travail de thèse est rapporté par 44,8% des répondants.

Le questionnaire modifié de Procrastination Académique permet de confirmer cette tendance chez 10,3% des doctorants.

2.2.3.2. Le report effectif du travail de thèse



27,6% des doctorants ont effectivement reporté au dernier moment la soutenance de leur thèse de thèse, c'est-à-dire dans les 6 derniers mois qui précèdent, au plus près ou au delà de la date butoir légale.

2.2.3.3. Composition des sous-groupes

Les tendances auto-évaluées à la procrastination du travail de thèse et le report effectif de

celui-ci ont été utilisées pour d'individualiser 4 sous-groupes, présentés lors de la description du pré-test de l'outil d'évaluation.

La répartition de la population étudiée au sein de ces sous-groupes est illustrée par le tableau ci-après.

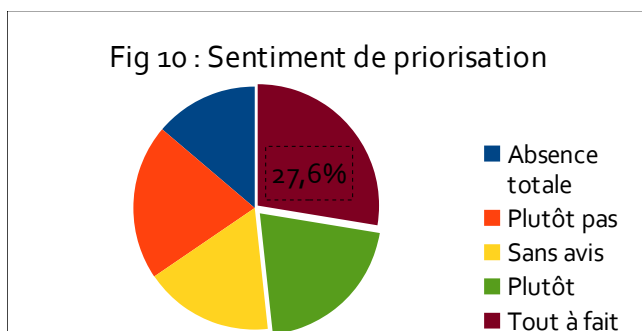
Fig 9 : Sous-groupes d'étude

Tendances \ Effective	Significatives	Non significatives	Total
Significative	17,20%	10,30%	27,60%
Non significative	31,10%	41,40%	72,40%
Total	48,30%	51,70%	

2.2.3.4. L'anxiété et l'inconfort relatifs aux phénomènes de report

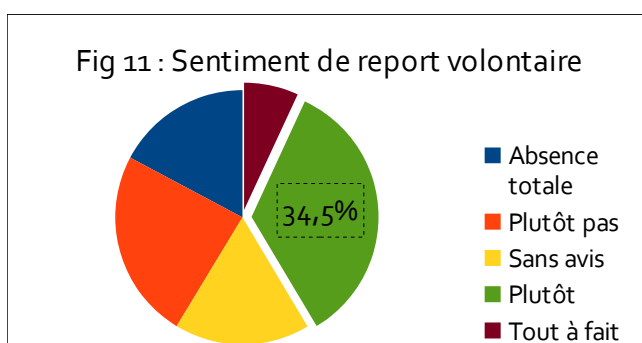
13,8% des répondants annoncent avoir ressenti un inconfort ou une anxiété significatifs en relation avec les phénomènes de report. 24,1% ne déplorent au contraire aucun inconfort psychique spécifique.

2.2.4. La priorisation

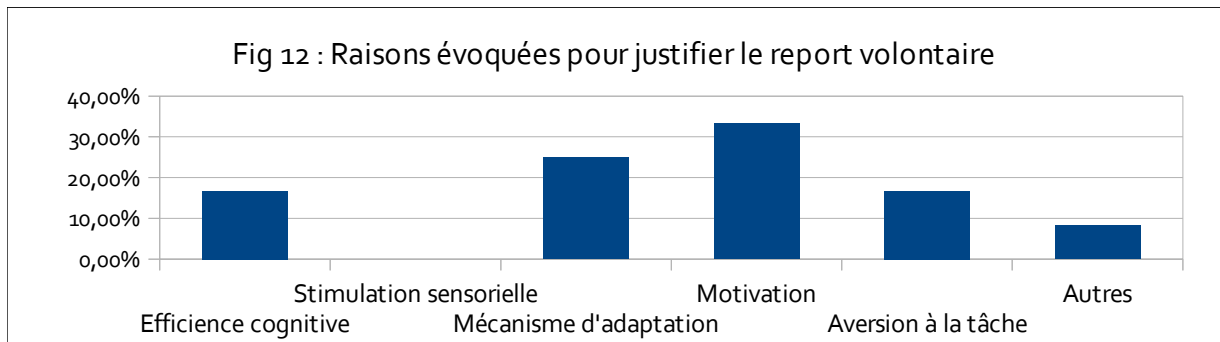


Les tendances auto-évaluées à la priorisation d'autres activités au détriment du travail de thèse sont marquantes pour 48,3% des personnes interrogées.

2.2.5. Le report volontaire du travail de thèse

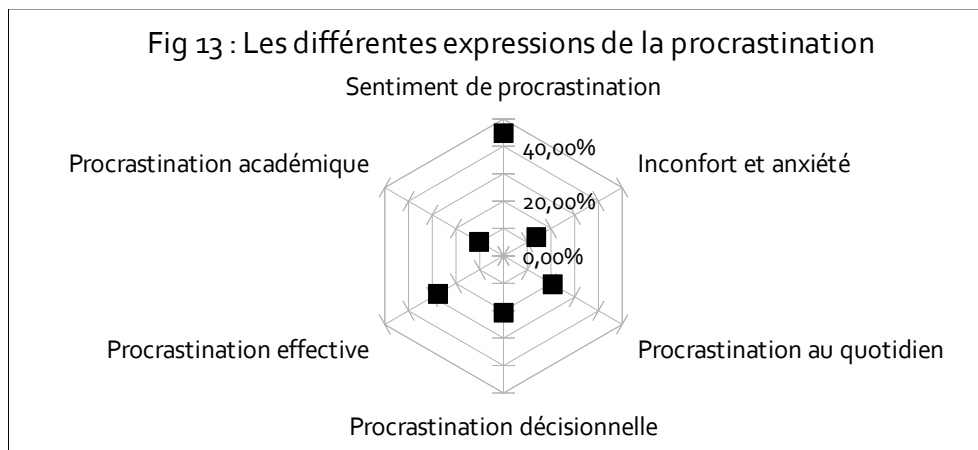


41,4% des doctorants évaluent avoir plutôt ou tout fait reporté volontairement leur travail de thèse.



La raison la plus fréquemment avancée pour expliquer ces reports volontaires est qu'ils permettraient d'accentuer la motivation à l'approche de l'échéance (33,3%).
Aucun répondant n'aurait, par ces reports, rechercher de stimulation sensorielle.

2.2.6. Résumé des tendances à la procrastination



Le sentiment de procrastination et le report effectif du travail de thèse sont les plus représentés (44,8% et 27,6%).

2.3. Les déterminants psychologiques

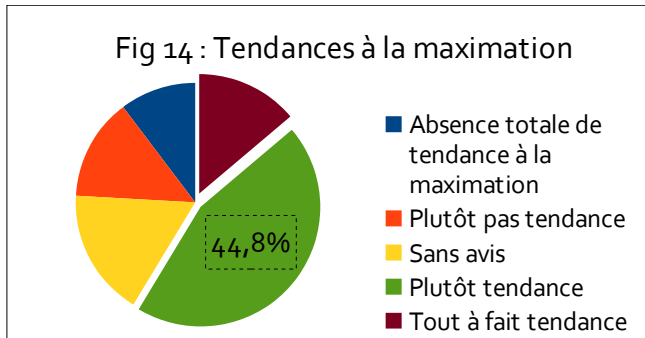
2.3.1. Les déterminants psychologiques propres à l'individu

2.3.1.1. Estime de soi

Un défaut d'estime de soi est constaté chez 6,9% des répondants.

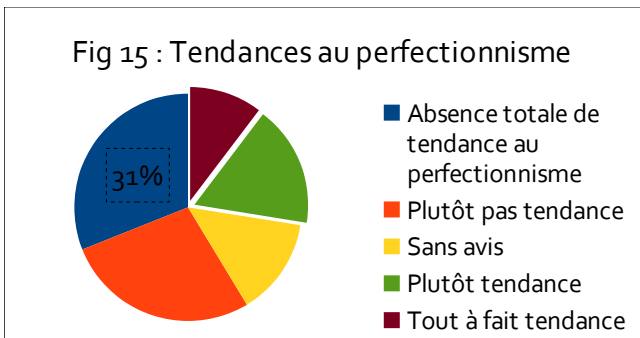
55,2% présentent au contraire une forte estime d'eux-mêmes.

2.3.1.2. Maximisation

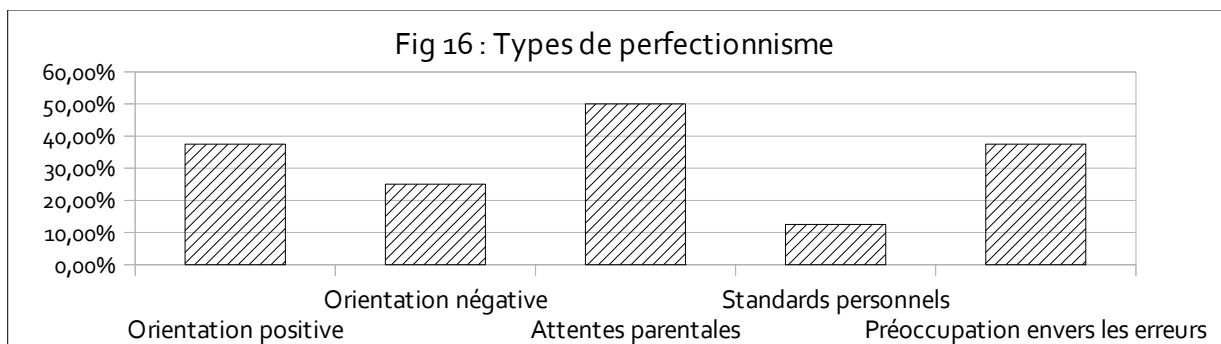


58,6% des répondants estiment présenter des tendances significatives à la maximisation, corroborées par les items de confirmation dans 5,9% des cas.

2.3.1.3. Perfectionnisme



27,5% des personnes interrogées dévoilent des tendances au perfectionnisme.

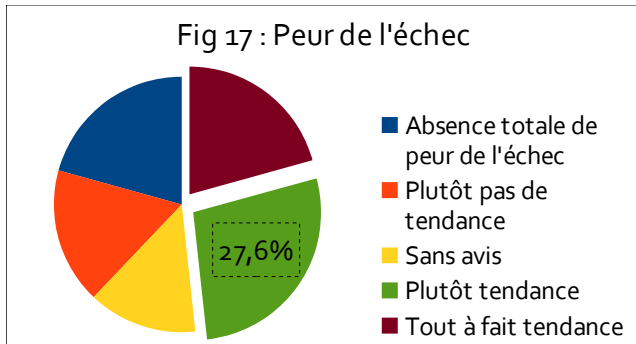


Parmi les dynamiques sous-tendant l'expression individuelle du perfectionnisme, le ressenti d'un niveau significatif d'attentes et de critiques parentales par les doctorants est préférentiellement mis en avant.

L'orientation positive du perfectionnisme se réfère exclusivement au perfectionnisme positif autonome (37,5%), puisqu'il n'a été rapporté aucun perfectionnisme positif socialement prescrit.

L'orientation négative du perfectionnisme se compose quant à elle des perfectionnismes négatifs autonome (12,5%) et socialement prescrit (12,5%).

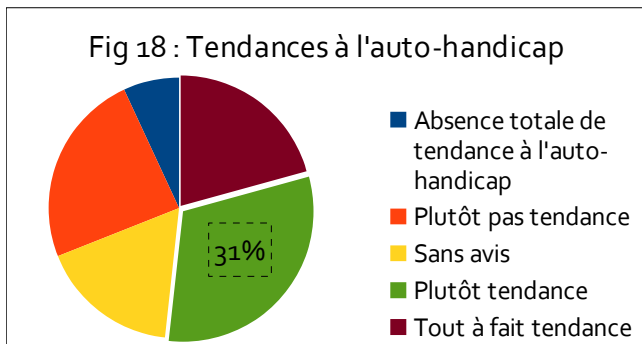
2.3.1.4. Peur de l'échec



48,3% des répondants rapportent une peur de l'échec marquée.

Ces allégations sont confirmées par les items de vérification dans 42,9% des cas.

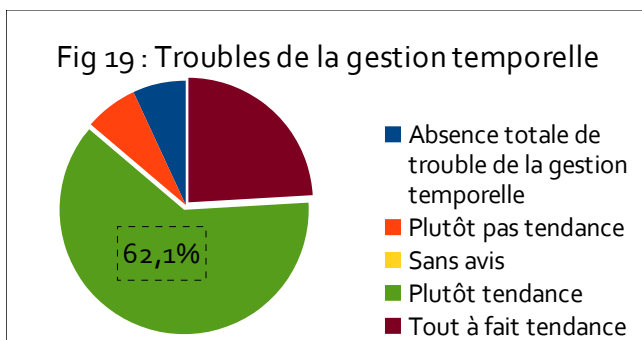
2.3.1.5. Comportements d'auto-handicap



Les comportements d'auto-handicap prédominent pour 51,6% des doctorants.

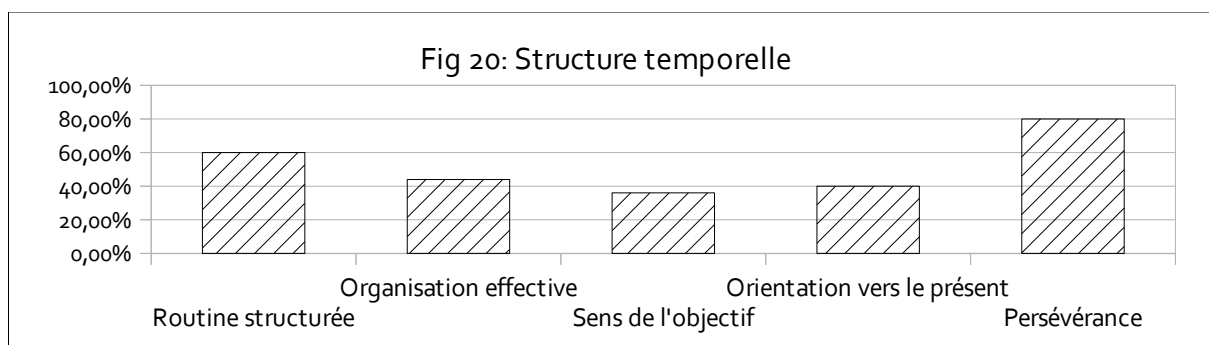
Cette estimation n'est jamais corroborée par les questions de confirmation.

2.3.1.6. Structure temporelle



86,2% des répondants jugent présenter des troubles de la structure temporelle.

Ces tendances ne sont pas vérifiées par les items de validation.



Les dimensions de la structure temporelle les plus présentes sont les tendances à la persévérance (80%) et la construction d'une routine structurée (60%). Le sens de l'objectif semble, au contraire,

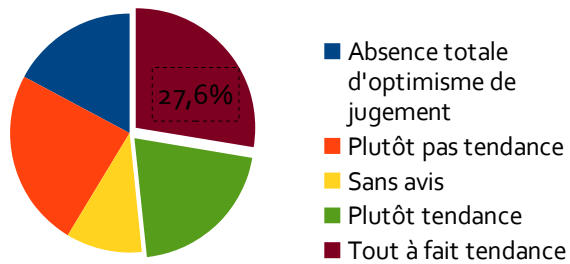
le moins prégnant (36%).

2.3.1.7. Optimisme

69% des répondants déclarent des tendances marquées à l'optimisme. Il n'est, a contrario, rapporté aucun pessimisme significatif.

2.3.1.8. Optimisme appliqué à la gestion temporelle

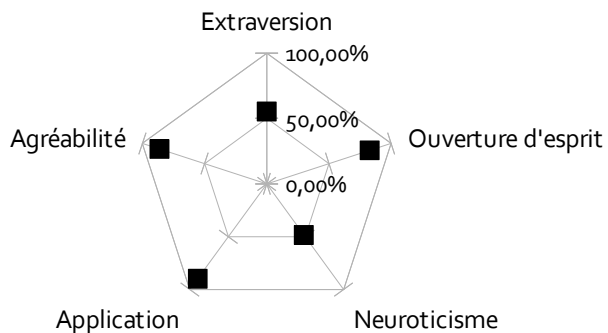
Fig 21 : Optimisme de gestion temporelle



48,3% des personnes interrogées considèrent avoir plutôt ou tout à fait tendance à sous-estimer le temps qui leur est nécessaire pour mener à bien leurs activités.

2.3.1.9. Structure de la personnalité

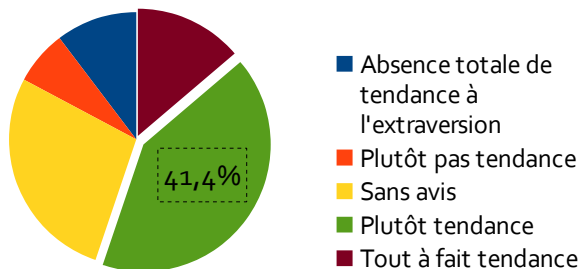
Fig 22 : Structure de personnalité



Les dimensions de personnalité les plus représentées sont l'Application, ou Conscience Professionnelle (89,7%), l'Agréabilité (86,2%) et l'Ouverture d'esprit, ou Ouverture aux expériences (82,8%).

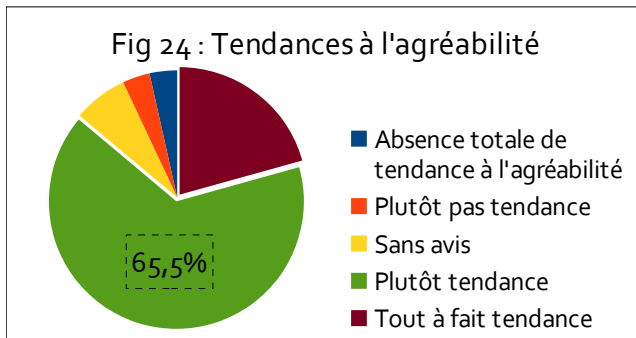
Extraversion

Fig 23 : Tendances à l'extraversion



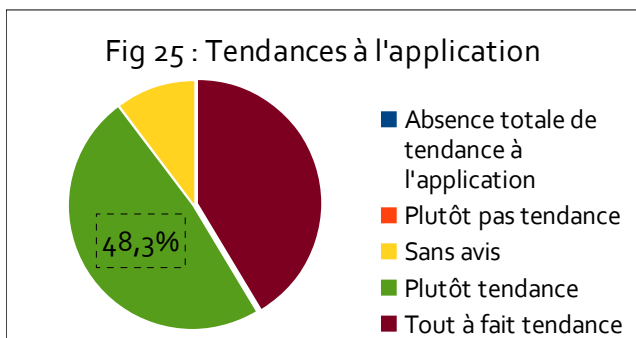
Les tendances auto-rapportées à l'Extraversion sont significatives pour 55,2% des répondants, et confirmées dans 62,5% des cas.

Agréabilité



L'Agréabilité est représentative pour 86,2% des doctorants, et confirmée chez 48% d'entre eux.

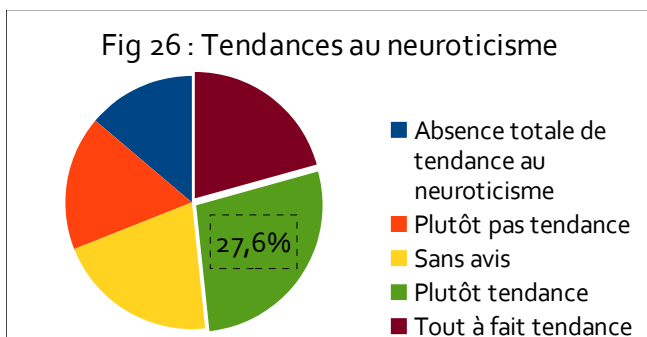
Application, ou Conscience Professionnelle



Les tendances individuelles à l'Application, représentatives de la Conscience Professionnelle, sont considérées significatives par 89,7% des personnes interrogées.

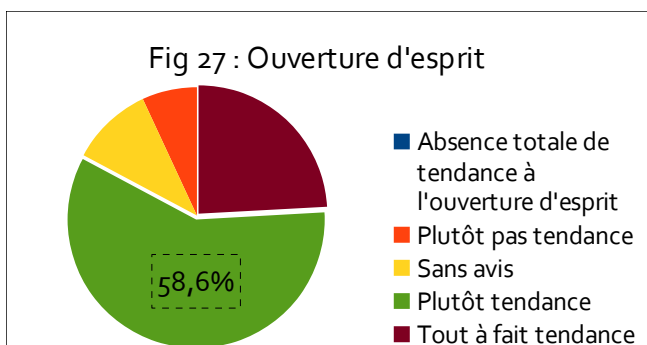
Elles sont corroborées par les questions de vérification dans 80,8% des cas.

Neuroticisme



L'expression du Neuroticisme est signifiante pour 48,3% des répondants, et confirmée pour 7,1% d'entre eux.

Ouverture d'esprit, ou Ouverture aux expériences



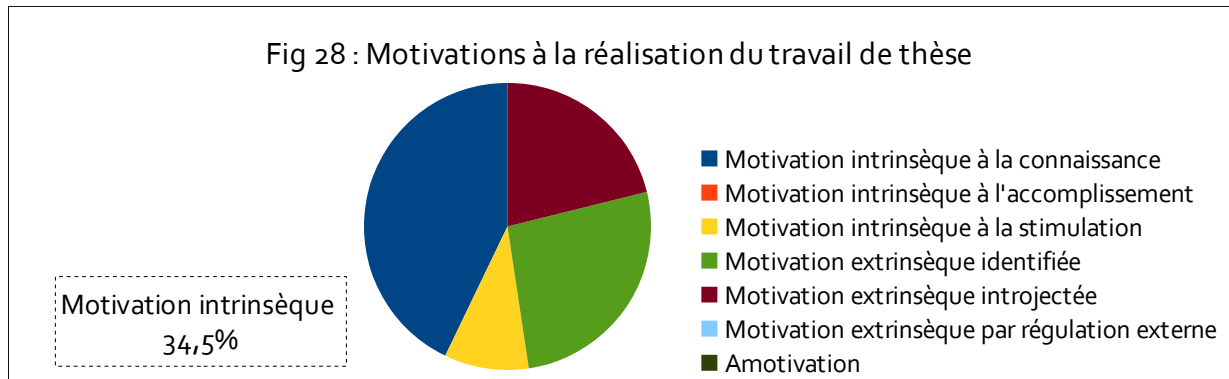
82,8% des personnes interrogées considèrent être plutôt ou tout à fait ouvertes à de nouvelles expériences.

Cette tendance se confirme pour 37,5% d'entre elles.

2.3.2. Les déterminants psychologiques associés à la tâche concernée

2.3.2.1. Motivation et auto-régulation des comportements

Motivation



Une orientation intrinsèque de la motivation à la réalisation du travail de thèse est rapportée par 34,5% des répondants. Celle-ci est dominée par l'expression de la motivation intrinsèque à la connaissance, c'est-à-dire par le plaisir d'apprendre et de savoir.

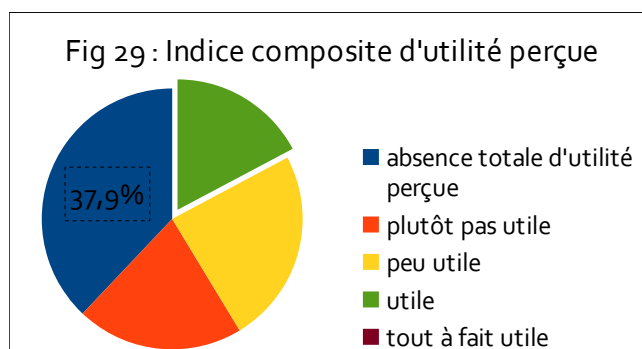
31% des répondants relatent une orientation extrinsèque de la motivation. Sa dimension identifiée, c'est-à-dire l'orientation de carrière et le choix de conditions particulières d'exercice, domine.

Il n'est rapporté ni tendance significative à la régulation externe des comportements en lien avec le travail de thèse, ni expression d'amotivation.

Auto-régulation des comportements

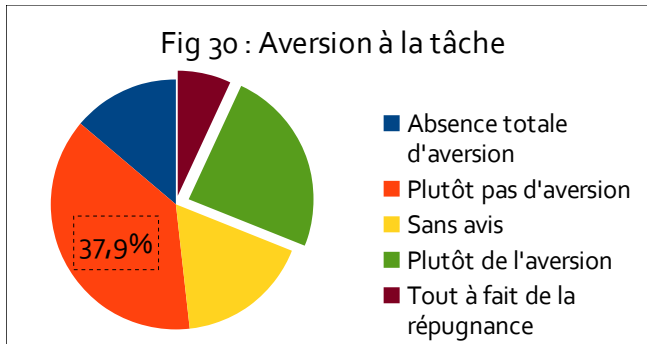
L'indice composite évaluant l'auto-régulation des comportements est significatif pour 17,2% des répondants.

2.3.2.2. Utilité perçue de la tâche



Le sujet et le travail de thèse sont perçus comme utiles par 17,2% des doctorants.

2.3.2.3. Aversion à la tâche

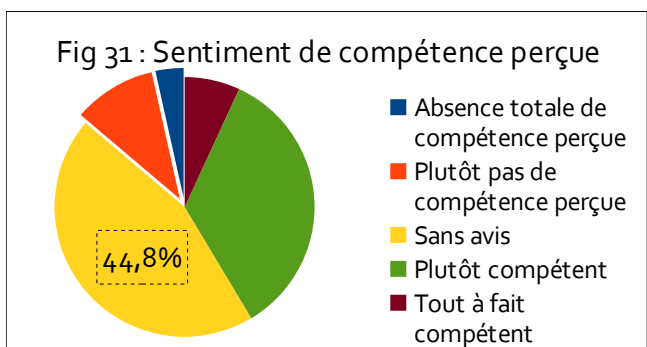


Un niveau significatif d'aversion ressentie à la réalisation du travail de thèse est noté par 31% des répondants.

Cette tendance est confirmée dans 11,1% des cas par les questions de validation.

2.3.2.4. Sentiment de compétence et auto-efficacité

Compétence perçue

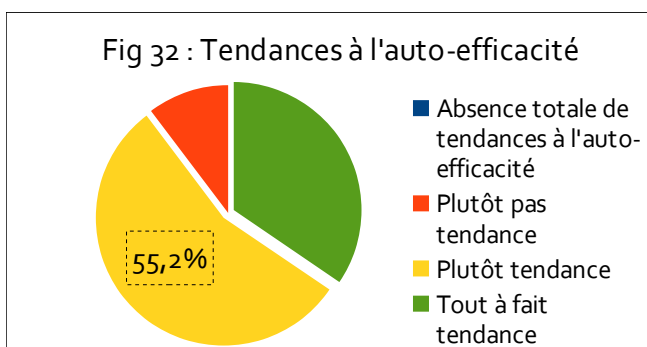


13,8% des personnes interrogées ressentent un défaut de compétence à la réalisation du travail de thèse.

41,4% se considèrent au contraire compétents dans la mise en œuvre de celui-ci.

Cette tendance est corroborée dans 50% des cas.

Sentiment d'auto-efficacité



89,7% des répondants auto-évaluent être plutôt ou tout à fait efficaces.

Cette estimation est soutenue dans 53,8% des cas par les items de validation.

2.3.2.5. La notion de choix

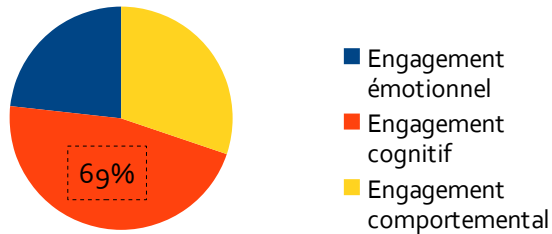
L'importance et l'impact du choix dans les phénomènes de procrastination ont été abordés au travers de plusieurs situations.

Le choix du sujet de thèse aurait été vécu comme libre dans 31% des cas. La relation avec le directeur de thèse est considérée choisie pour 86,2% des doctorants et l'orientation vers la Médecine Générale est déclarée voulue dans 69% des cas.

2.3.2.6. Engagement scolaire

Engagement global

Fig 33 : Engagement dans la réalisation du travail de thèse

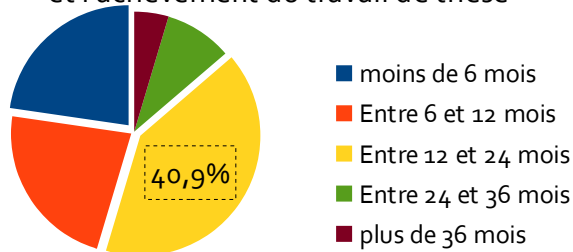


41,4% des répondants estiment s'être significativement engagés dans la réalisation de leur travail de thèse.

Les dimensions cognitives et comportementales prédominent (83,3%) lorsque les doctorants se sentent significativement engagés dans leur travail.

Délai entre initiation et achèvement du travail de thèse

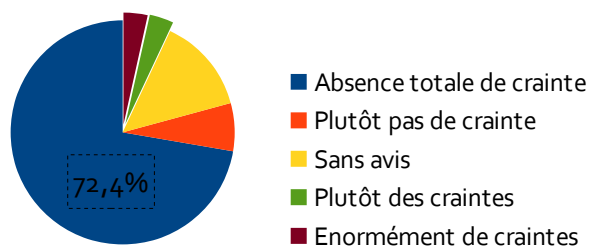
Fig 34 : Délai entre l'initiation et l'achèvement du travail de thèse



Le délai entre le début et la fin du travail de thèse est évalué à moins de 24 mois dans 86,4% des cas.

2.3.2.7. Craintes associées à la réussite

Fig 35 : Craintes de l'obtention du titre de Dr en médecine



6,9% des doctorants rapportent des craintes en rapport avec l'obtention du titre de Docteur en Médecine.

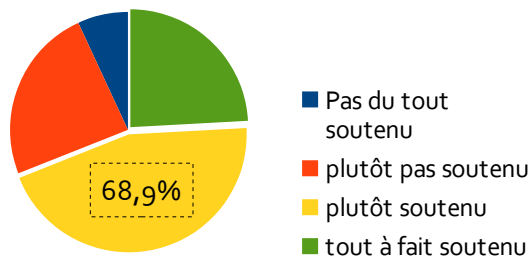
Ces craintes semblent motivées par un « sentiment d'incompétence », une peur « de l'échec » et de « ne pas être à la hauteur », une crainte de « se retrouver seul face à ses patients », ainsi qu'une inquiétude relative aux « responsabilités » liées à ce titre.

2.3.3. Les déterminants psychologiques spécifiques du contexte de réalisation

2.3.3.1. Soutien perçu, ou provision sociale

Soutien perçu des proches

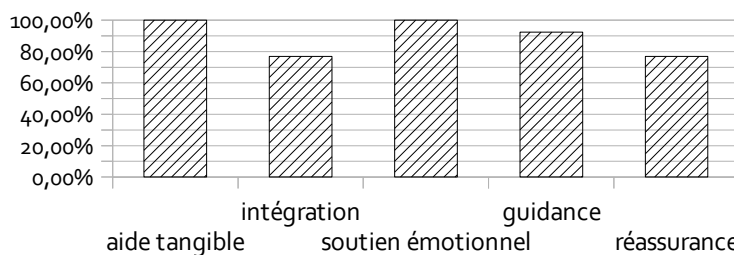
Fig 36 : Soutien perçu des proches



68,9% des répondants considèrent avoir été plutôt ou tout à fait soutenus par leurs proches pendant la période de préparation de leur thèse.

Les items de confirmation permettent de vérifier cette tendance dans 65% des cas.

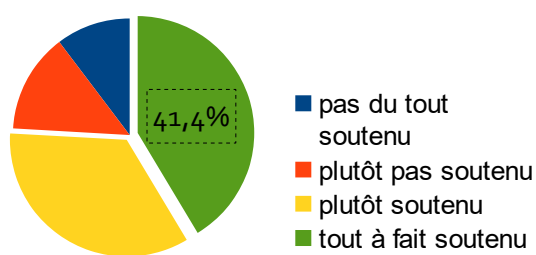
Fig 37 : Types de soutien



Le soutien perçu par le doctorant de ses proches est maximal dans ses dimensions d'aide tangible et de support émotionnel.

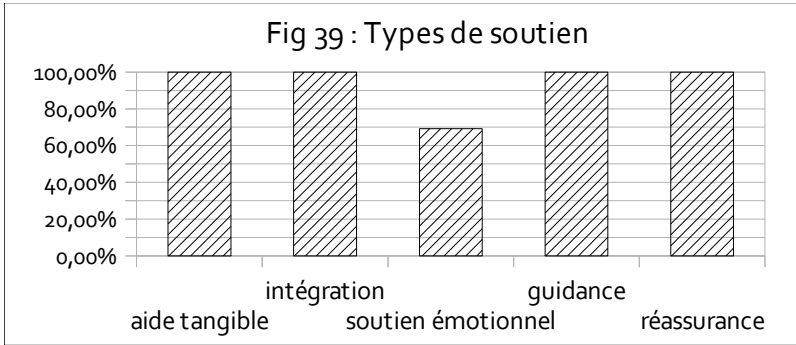
Soutien perçu du directeur de thèse

Fig 38 : Soutien perçu du directeur de thèse



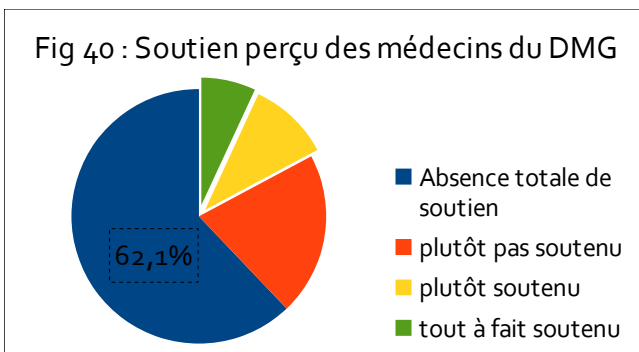
75,9% des doctorants se sont plutôt ou tout à fait sentis soutenus par leur directeur de thèse.

Les items de vérification permettent de corroborer cette tendance dans 59,1% des cas.

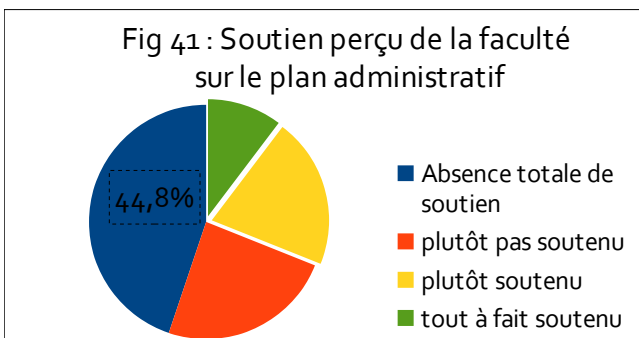


Le soutien perçu par le doctorant de son directeur de thèse est maximal dans ses dimensions d'aide tangible, de guidance ou de conseil, mais également de réassurance de sa propre valeur.

Soutien perçu des instances universitaires

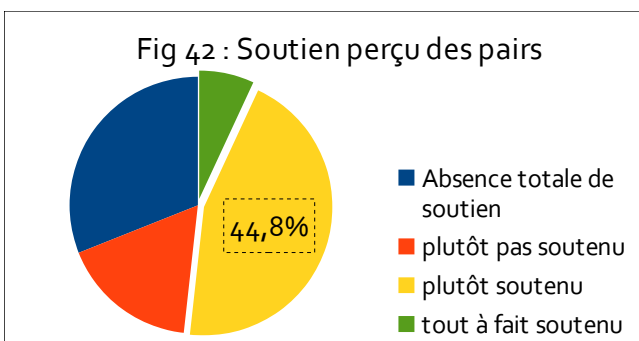


Les doctorants déclarent s'être sentis soutenus par les médecins du DMG dans 17,2% des cas.



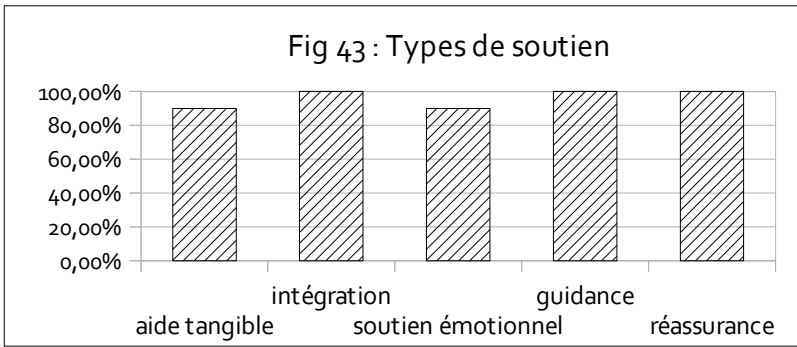
Le Département de Médecine Générale aurait été soutenant sur le plan administratif pour 31% des répondants.

Soutien perçu des pairs



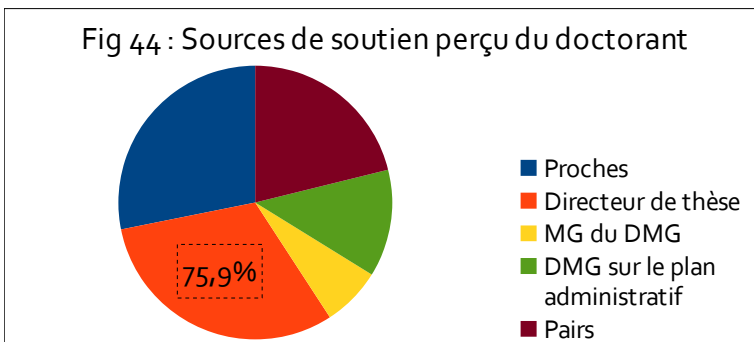
51,7% des doctorants se sont sentis soutenus par les autres candidats pendant la période de préparation de la thèse.

Les items de confirmation permettent de conforter ces tendances dans 66,7% des cas.



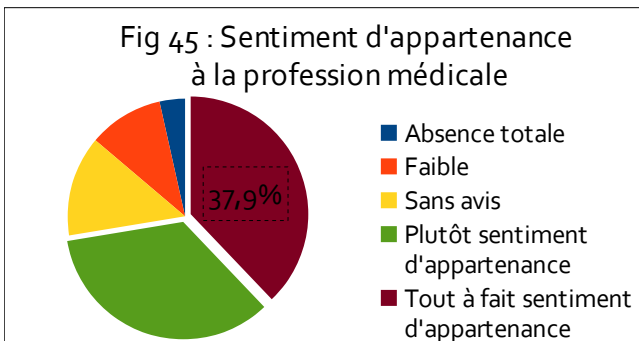
Le soutien ressenti des pairs s'est avéré maximal dans ses dimensions d'intégration, de guidance et de réassurance.

Résumé des sources de soutien perçu par le doctorant pendant la période de préparation de son travail de thèse



La source de soutien déclarée la plus importante est celle ressentie du directeur de thèse.

2.3.3.2. Sentiment d'appartenance à la profession médicale

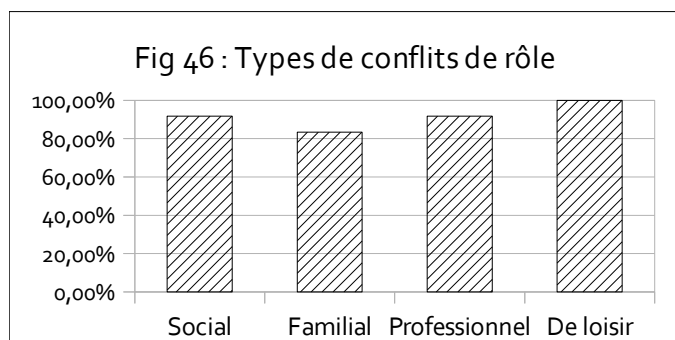


72,4% des doctorants se sentent plutôt ou tout à fait appartenir à la profession médicale, dès la période de préparation de leur travail de thèse.

Ces tendances sont confirmées dans 61,9% des cas par les questions de validation.

Les dimensions d'intimité et d'acceptation, sous-tendant ce sentiment d'appartenance, sont homogènement représentées (84,6%).

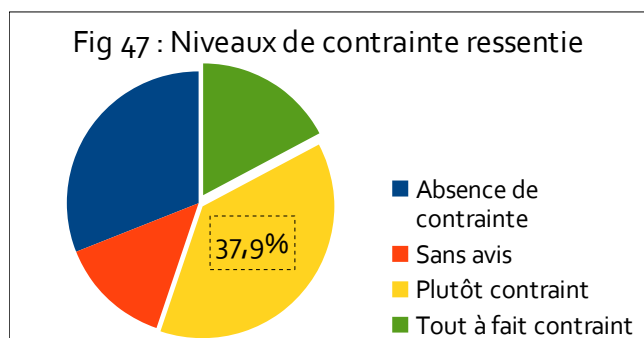
2.3.3.3. Conflits de rôle



41,4% des doctorants rapportent des conflits de rôle.

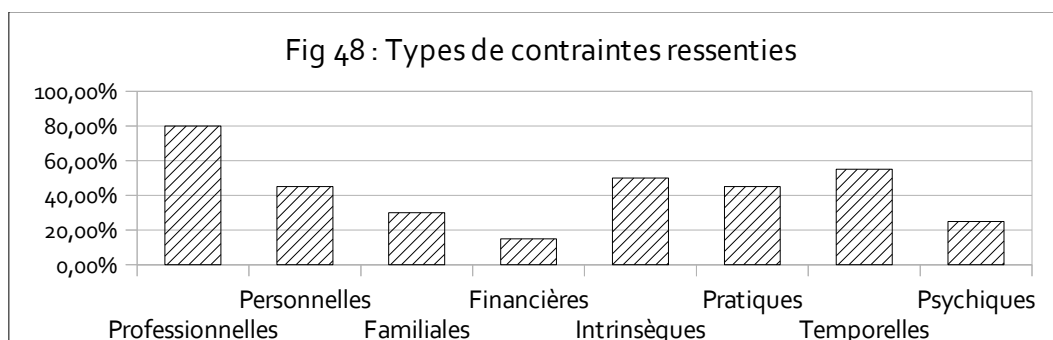
La présence de conflits entre le travail de thèse et les activités de loisir est systématiquement rapportée. Les conflits de rôle sociaux et professionnels sont ensuite les plus souvent mis en avant.

2.3.3.4. Contraintes ressenties



69% des répondants déclarent avoir ressenti des contraintes à la réalisation du travail de thèse.

55,2% estiment avoir vécu des contraintes intenses.



Les contraintes au travail de thèse d'ordre professionnel (80%), puis temporel (55%) et intrinsèque, comme la lourdeur méthodologique (50%), sont le plus fréquemment évoquées.

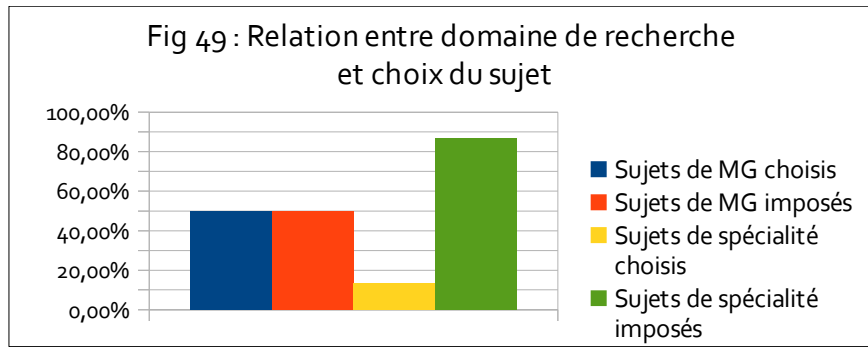
2.4. Les facteurs inhérents au travail de thèse

2.4.1. Le sujet de thèse

2.4.1.1. Choix du sujet

Le domaine de recherche des sujets de thèse concerne la Médecine Générale dans 51,7% des cas.

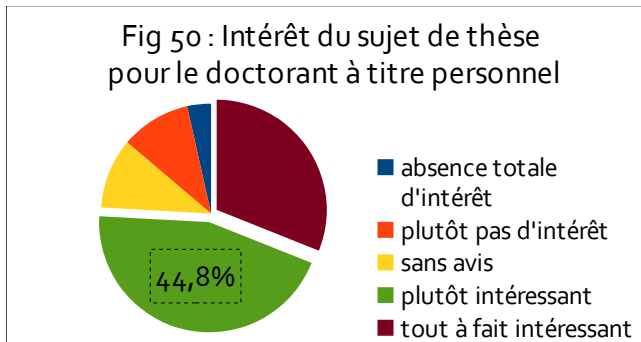
Le sujet a été imposé par le directeur de thèse pour 69% des répondants. La prévalence de sujets de thèse imposés est supérieure dans les domaines de spécialité (86,7%).



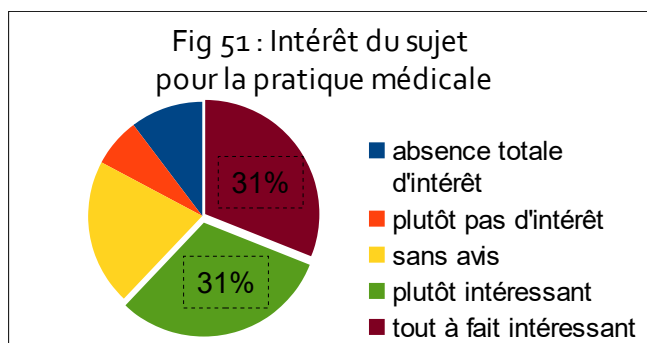
66,7% des doctorants se sont sentis accompagnés dans le choix et la définition du sujet qu'ils avaient choisis. 80% considèrent avoir pu discuter le choix du sujet lorsque celui-ci leur avait été imposé.

13,8% des doctorants déclarent avoir changé de sujet en cours de travail.

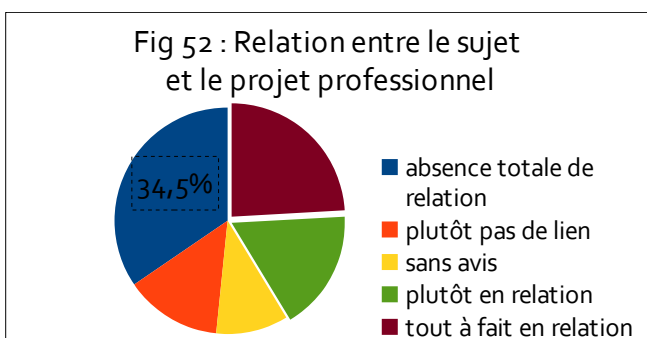
2.4.1.2. Intérêt évalué du sujet de thèse



75,9% des répondants considèrent avoir eu un intérêt pour leur sujet de thèse à titre personnel.



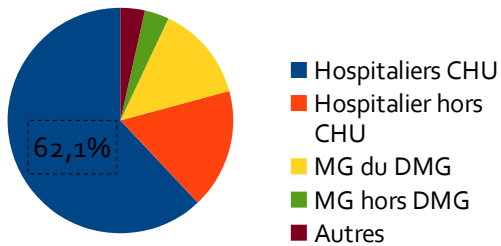
62,1% des doctorants ont trouvé dans leur sujet un intérêt pour la pratique médicale.



41,3% des répondants estiment que leur sujet de thèse présentait un lien avec leur projet professionnel.

2.4.2. Le directeur de thèse

Fig 53 : Origine professionnelle du directeur de thèse



Le directeur de thèse était choisi par le doctorant dans 86,2% des cas.

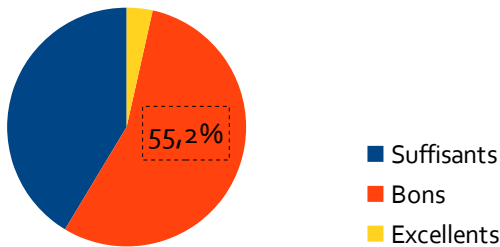
La majorité des directeurs de thèse (79,3%) exerçait une activité hospitalière. Un des directeurs de thèse était médecin chercheur à l'INSERM.

2.4.3. Le contexte universitaire

2.4.3.1. Performance scolaire habituelle

Auto-évaluation des résultats universitaires

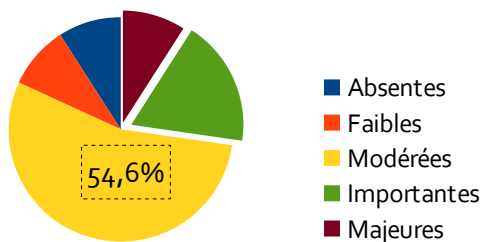
Fig 54 : Résultats obtenus pendant les études universitaires



Les résultats universitaires sont vus comme bons ou excellents dans 58,7% des cas

Tendances à la procrastination académique pendant les études de médecine

Fig 55 : Tendances à la procrastination pendant les études universitaires

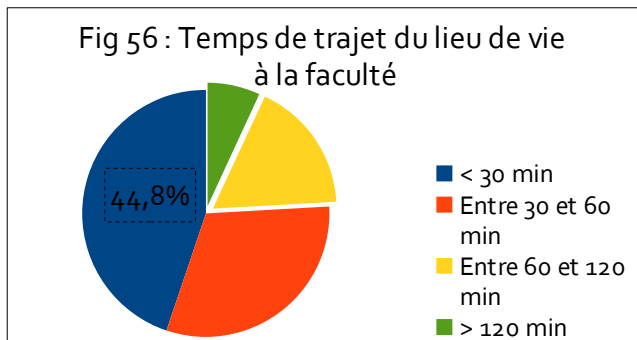


27,3% des répondants rapportent des tendances marquées à la procrastination académique pendant leurs études médicales.

2.4.3.2. Engagement comportemental dans les études médicales

L'engagement comportemental dans les études médicales peut être illustré par l'obtention de diplômes complémentaires en parallèle du travail de thèse, retrouvée chez 34,5% des doctorants.

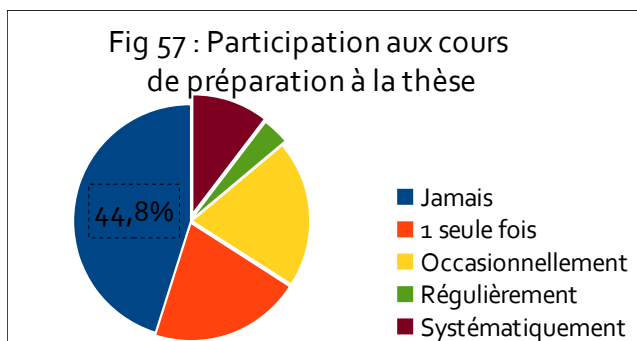
Les facteurs influant cet engagement seraient d'une part la notion d'une opportunité professionnelle immédiate en post-internat, présente pour 82,8% des répondants, ainsi que la distance entre le lieu de vie et la faculté de rattachement.



Le temps de trajet entre le lieu de vie et la Faculté est considéré significatif pour 24,1% des répondants.

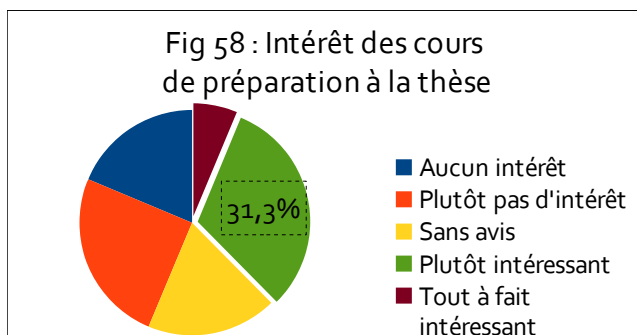
2.4.3.3. Utilisation des ressources universitaires

Cours de préparation à la thèse



55,2% des personnes interrogées annoncent avoir participé à au moins un cours de préparation à la thèse organisé par leur faculté de rattachement.

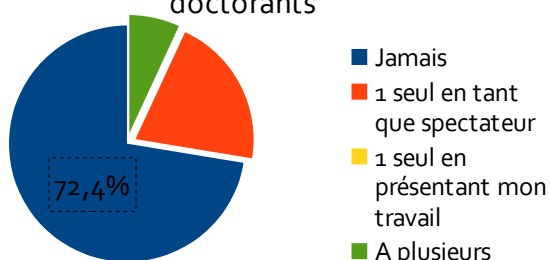
Les raisons évoquées pour expliquer la participation à ces cours est leur caractère « obligatoire » ou conseillé (30,8%), leur intérêt et leur utilité présumés (15,4%), ainsi que la recherche d'aide et d'informations pour la réalisation de la thèse (53,8%), notamment concernant la recherche bibliographique, la mise en œuvre du travail et la rédaction finale. L'absence de participation a été justifiée par l'absence d'organisation de ces cours par la faculté (75%), par la méconnaissance de leur existence (12,5%) et par le manque de temps (12,5%).



Ces cours sont évalués comme plutôt ou tout à fait intéressants par 37,6% des participants.

Séminaires doctorants

Fig 59 : Participation aux séminaires doctorants

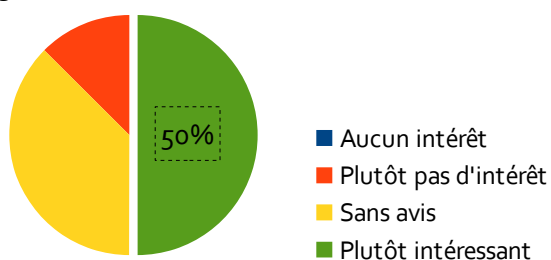


27,6% des répondants déclarent avoir participé à au moins un séminaire doctorant organisé par leur faculté de rattachement.

L'unique raison incitant les répondants à participer aux séminaires doctorants est leur caractère « obligatoire ».

Les causes énoncées pour justifier l'absence de participation sont la non connaissance de l'existence de ces séminaires (28,6%), leur absence effective (14,3%), l'absence présumée d'intérêt ou de bénéfice (28,6%), le manque de temps ou d'occasion de participer (21,4%), ou une charge de travail trop importante (7,1%).

Fig 60 : Intérêt des séminaires doctorants



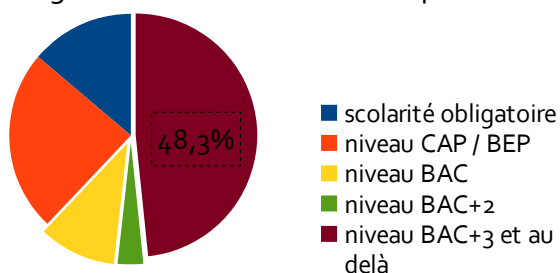
Ces séminaires ont présenté un intérêt pour 50% des participants.

2.5. Les données sociodémographiques

2.5.1. Les données sociodémographiques générales

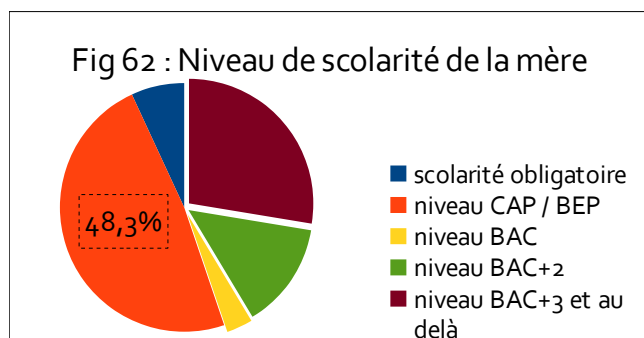
2.5.1.1. Niveau de scolarité du père

Fig 61 : Niveau de scolarité du père



62% des pères des praticiens interrogés avaient bénéficié d'une formation de niveau Baccalauréat et supérieure.

2.5.1.2. Niveau de scolarité de la mère



44,8% des mères des praticiens interrogés avaient bénéficié d'une formation de niveau Baccalauréat et supérieure, et 55,2% d'entre elles n'avaient pas atteint le niveau Baccalauréat.

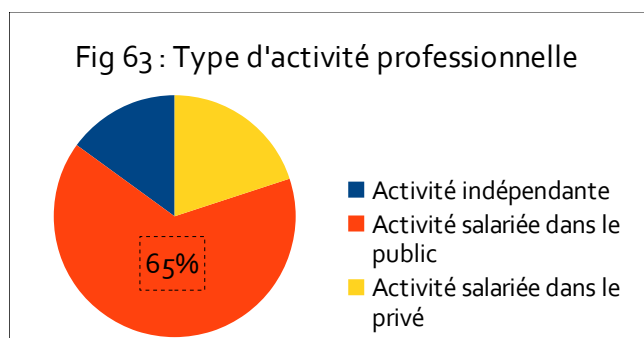
2.5.2. Le contexte personnel du doctorant pendant la période de préparation de la thèse

2.5.2.1. Situation familiale

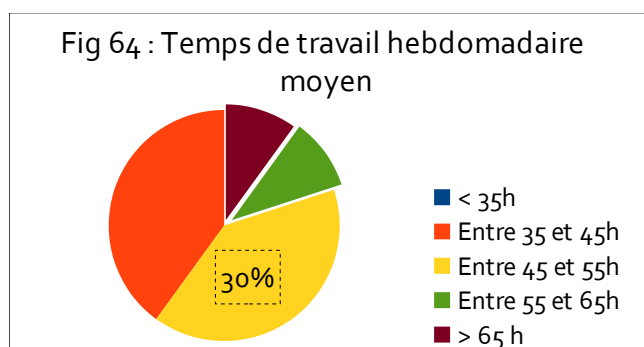
72,4% des doctorants étaient en couple pendant la période de préparation de leur thèse.

Parmi les conjoints, 95,2% avait une activité professionnelle.

Conjoints ayant une activité professionnelle

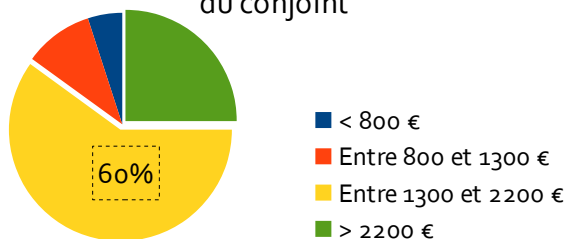


85% des conjoints avaient une activité salariée pendant la période de préparation de la thèse.



20% des conjoints travaillaient plus de 55 heures par semaine en moyenne.

Fig 65 : Revenus mensuels nets moyens du conjoint



85% des conjoints bénéficiaient de revenus mensuels nets moyens supérieurs à 1300 euros.

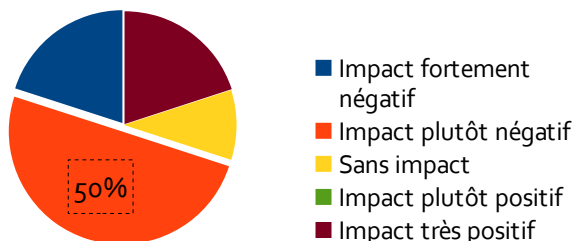
Conjoints sans activité professionnelle

Un seul conjoint aurait été sans activité pendant la période de préparation de la thèse. Il était en charge du foyer (« père au foyer »).

2.5.2.2. Charge familiale

37,9% des répondants déclarent avoir eu au moins une personne à charge pendant la période de préparation de la thèse. Dans 90,9% des cas, les personnes à charge du doctorant sont des enfants.

Fig 66 : Impact de la charge familiale sur l'avancement du travail de thèse

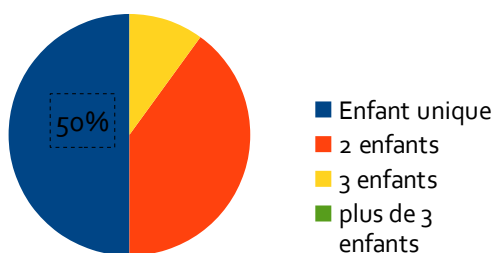


L'impact de cette charge familiale sur l'avancement du travail de thèse est considéré significatif dans 70% des cas.

2.5.2.3. Parentalité

34,5% des répondants avait au moins un enfant à charge pendant la période de préparation de la thèse.

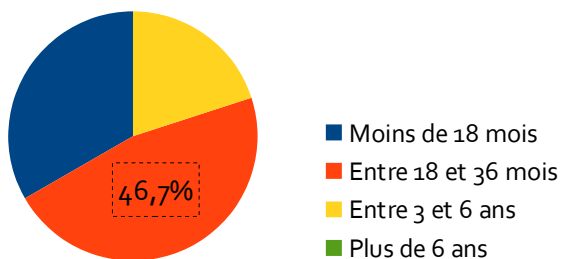
Fig 67 : Nombre d'enfant à charge



Il s'agissait d'un enfant unique dans 50% des cas.

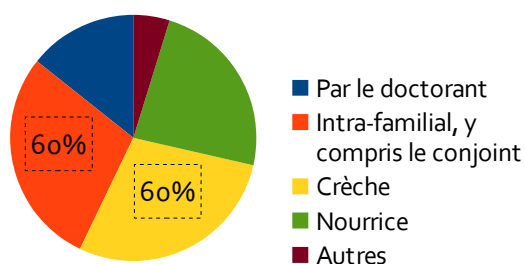
Aucun doctorant n'avait plus de 3 enfants à charge.

Fig 68 : Ages des enfants à charge



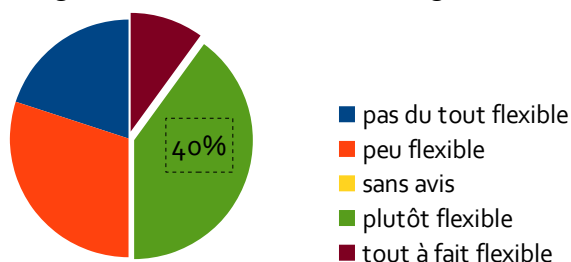
La majorité (soit 80%) des enfants à charge était en âge pré-scolaire.

Fig 69 : Type de mode de garde



Les enfants à charge étaient essentiellement gardés en crèche (60%), et/ou par la famille du doctorant (60%).

Fig 70 : Flexibilité du mode de garde

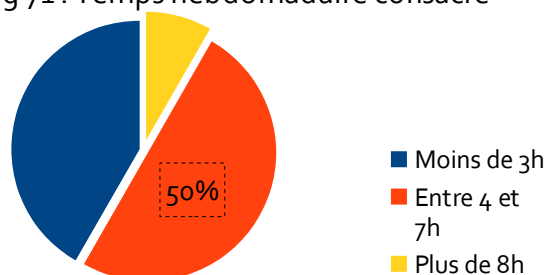


Le mode de garde des enfants était considéré plutôt ou tout à fait flexible dans 50% des cas.

2.5.2.4. Pratique d'une activité extra-professionnelle

41,4% des doctorants pratiquaient une activité extra-professionnelle pendant la période de préparation de leur thèse.

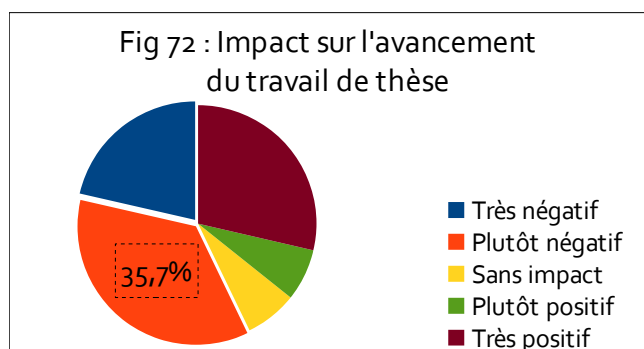
Fig 71 : Temps hebdomadaire consacré



Le temps consacré à cette activité est considéré significatif dans 58,3% des cas.

2.5.2.5. Vécu d'événement(s) majeur(s) de vie pendant la période de préparation de la thèse

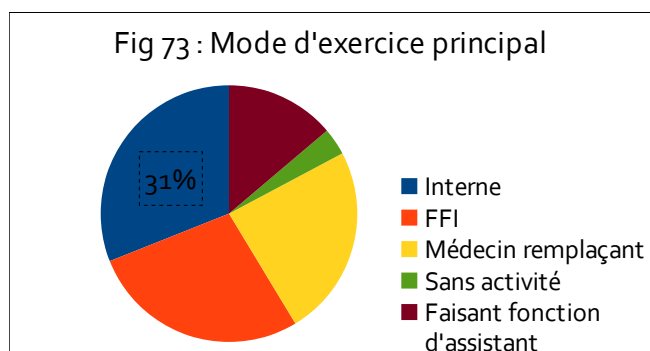
58,6% des répondants déclarent avoir vécu un ou plusieurs événement(s) majeur(s) dans leur vie pendant la période de préparation de leur thèse.



L'impact de ce(s) événement(s) sur l'avancement du travail de thèse est considéré signifiant dans 57,1% des cas.

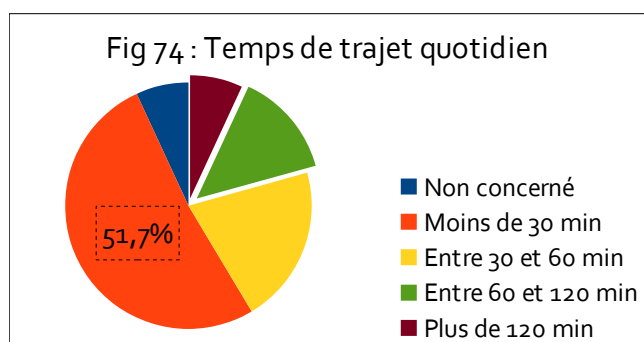
2.5.3. La situation professionnelle du doctorant pendant la période de préparation de la thèse

2.5.3.1. Modalités d'exercice



La majorité (soit 72,5%) des doctorants interrogés avait une activité hospitalière pendant la préparation de leur thèse.

Un seul répondant rapporte n'avoir eu aucune activité professionnelle pendant cette période.

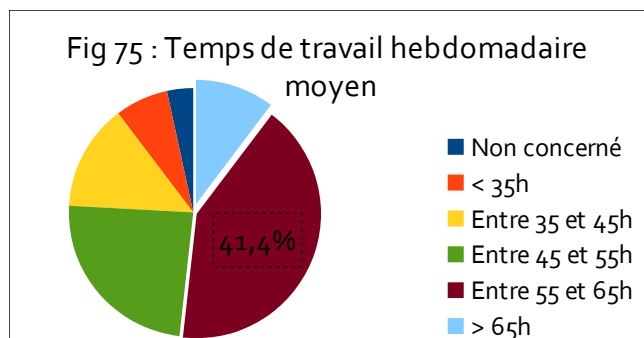


Le temps de trajet quotidien moyen entre le lieu de vie et le lieu de travail est supérieur à 60 min pour 20,7% des doctorants.

Un seul doctorant déclare avoir bénéficié d'un complément de revenus pendant la période de préparation de sa thèse. Il s'agissait d'une activité d'aide à la préparation du concours de l'ECN, rémunérée par un organisme privé. Les revenus concernés ne sont pas évalués comme signifiants.

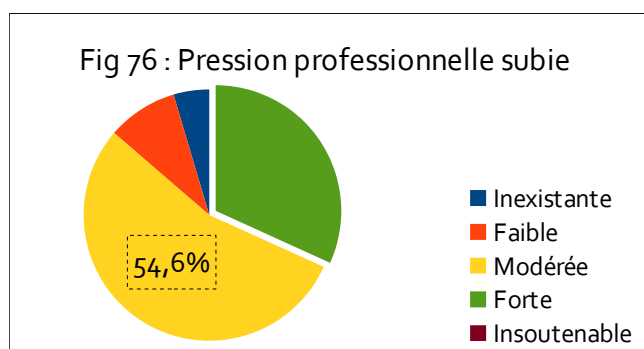
2.5.3.2. Engagement professionnel

Engagement professionnel comportemental



Le temps de travail hebdomadaire moyen des doctorants pendant la période de préparation de leur thèse, illustrant l'engagement comportemental professionnel, est significatif pour 51,7% d'entre eux.

Engagement professionnel émotionnel



Le degré de pression professionnelle ressentie par le doctorant pendant la période de préparation de la thèse, caractérisant pour partie l'engagement professionnel émotionnel, est marquant pour 31,8% des répondants.

3. Les procrastinateurs vrais

Les principales caractéristiques de ce sous-groupe sont présentées ci-après.

3.1. Composition du sous-groupe

Ce groupe représente 17,2% de l'échantillon.

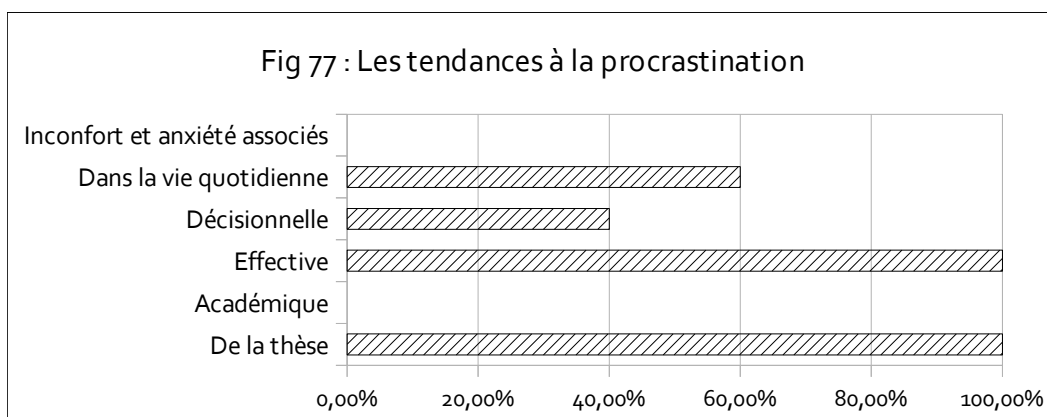
Il présente une prédominance masculine (60% d'hommes).

La moyenne d'âge est de 36,6 ans (écart-type 4,32 ans), les effectifs se répartissant de 33 à 45 ans.

A la date de réalisation du questionnaire, la situation professionnelle des personnes interrogées est majoritairement hospitalière (60%) et de spécialité (60%).

3.2. Les tendances individuelles à la procrastination

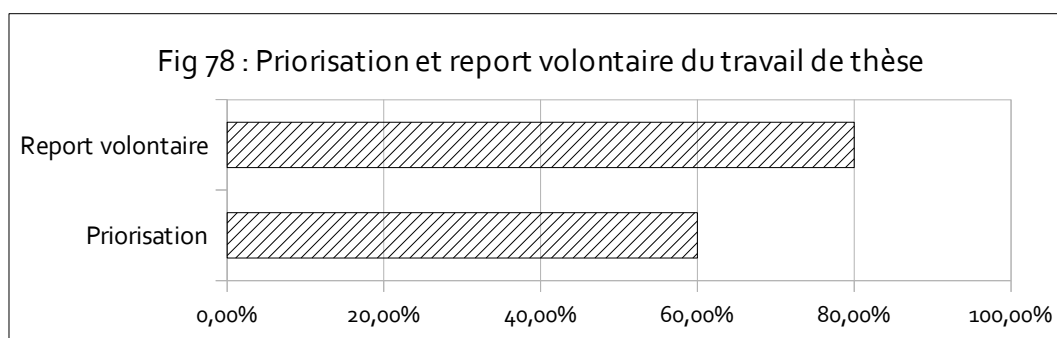
Le sentiment de procrastination du travail de thèse et le report effectif de la soutenance de celle-ci sont utilisés comme critères constitutifs du sous-groupe.



Il est constaté l'absence complète de confirmation de ces tendances par l'Échelle revisitée de Procrastination Académique.

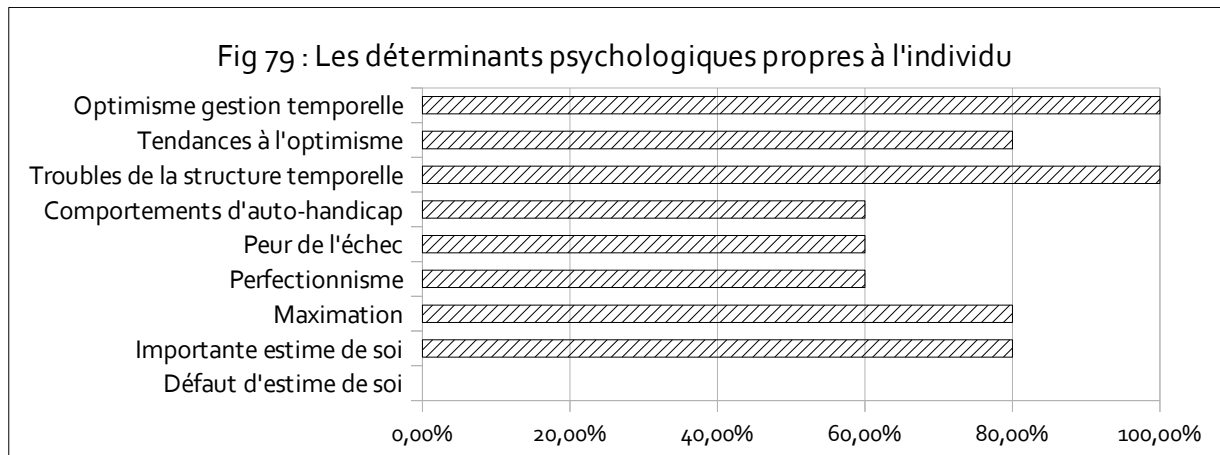
Aucun répondant ne dévoile d'autre part d'inconfort ou d'anxiété relative aux comportements de procrastination.

L'auto-évaluation d'un sentiment de report volontaire du travail de thèse est majoritairement retrouvée dans cette population (80%).



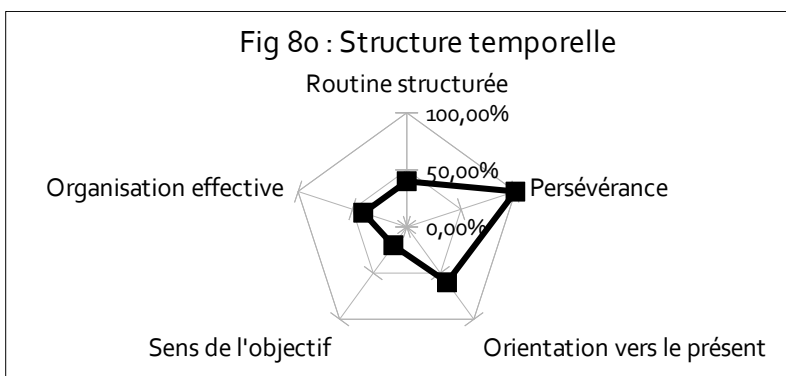
3.3. Les déterminants psychologiques

3.3.1. Les déterminants psychologiques propres à l'individu



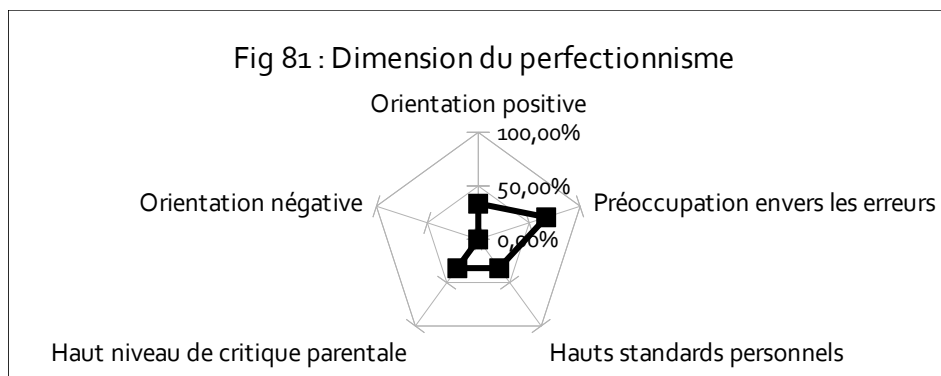
La présence de troubles marqués de la gestion et de la structure temporelles est systématiquement retrouvée dans cette population.

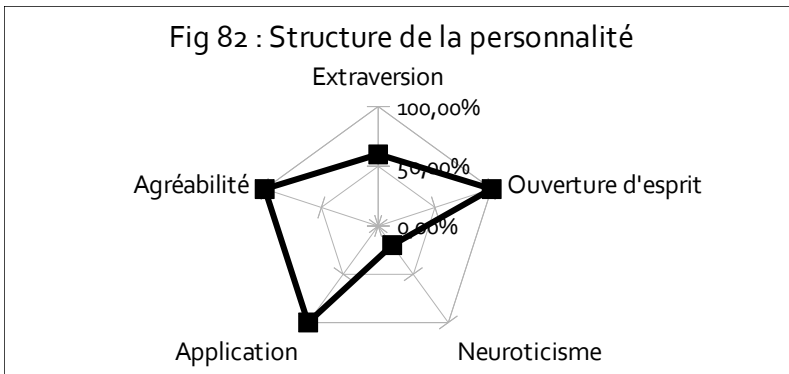
Il n'est d'autre part révélé aucun défaut d'estime de soi chez les répondants concernés.



Le sens de l'objectif chez les « procrastinateurs vrais » est faible (20%), tandis que la dimension de persévérance est systématiquement retrouvée.

L'expression du perfectionnisme dans cette population est essentiellement médiée par un niveau important de préoccupations envers les erreurs (66,7%).

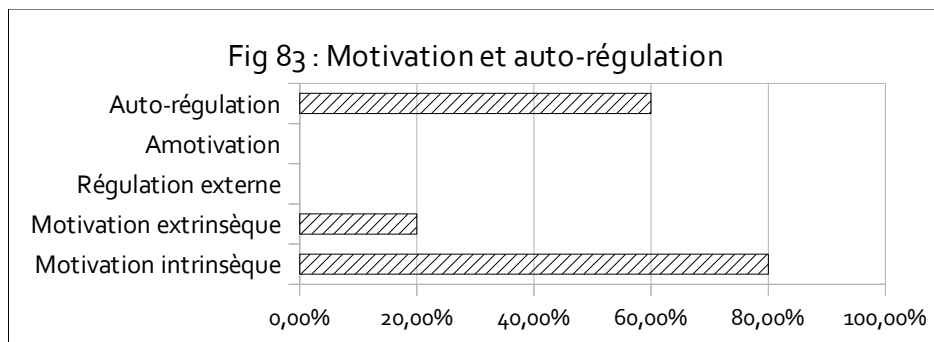




Les « procrastinateurs vrais » montrent une tendance réduite au neuroticisme.

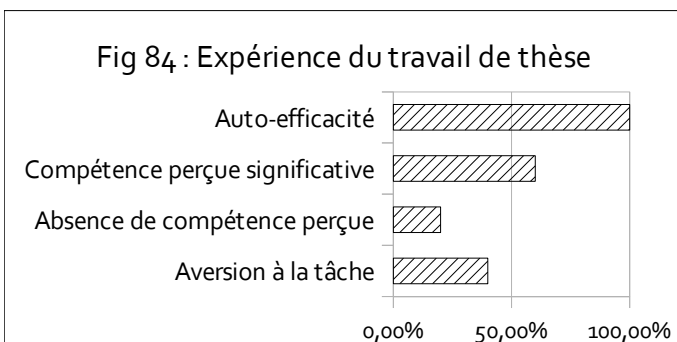
Le trait de personnalité « Application », correspondant à la « Conscience Professionnelle », est au contraire très prégnant.

3.3.2. Les déterminants psychologiques associés à la tâche concernée



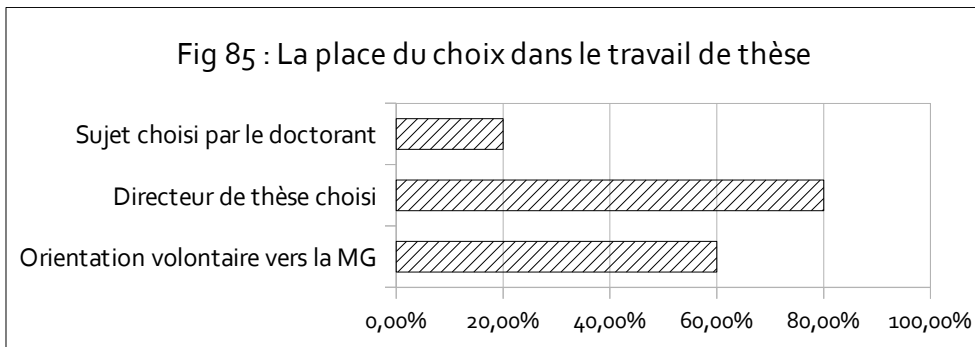
L'orientation intrinsèque de la motivation est exclusivement corrélée à la motivation à la connaissance.

L'orientation extrinsèque est quant à elle réduite à la motivation extrinsèque identifiée, se référant à l'utilité de la thèse pour l'évolution de carrière professionnelle et l'orientation du choix d'exercice.



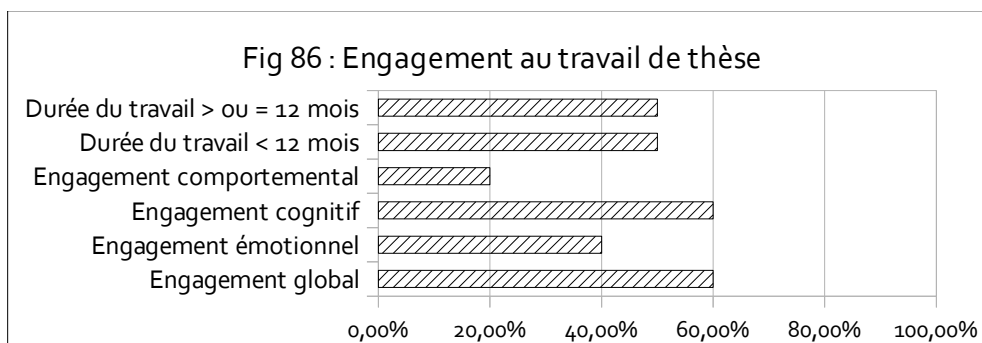
La totalité des « procrastinateurs vrais » est convaincue de son efficacité intrinsèque, dans la réalisation du travail de thèse et pour faire face aux événements et obstacles éventuels.

La perception d'une compétence individuelle suffisante est également notée.



La relation avec le directeur de thèse (80%) est plus fréquemment choisie par le doctorant que le sujet (20%).

L'orientation vers la Médecine Générale est majoritairement issue d'une démarche volontaire (60%).



Un quart des répondants annonce avoir terminé son travail de thèse en moins de 6 mois. Aucun n'aurait étendu son travail au delà de 3 ans.

L'engagement comportemental au travail de thèse est plus restreint (20%) que sa dimension cognitive (60%).

Aucun « procrastinateur vrai » ne dévoile par ailleurs de craintes relatives à l'obtention du titre de Docteur en Médecine.

3.3.3. Les déterminants psychologiques spécifiques du contexte de réalisation

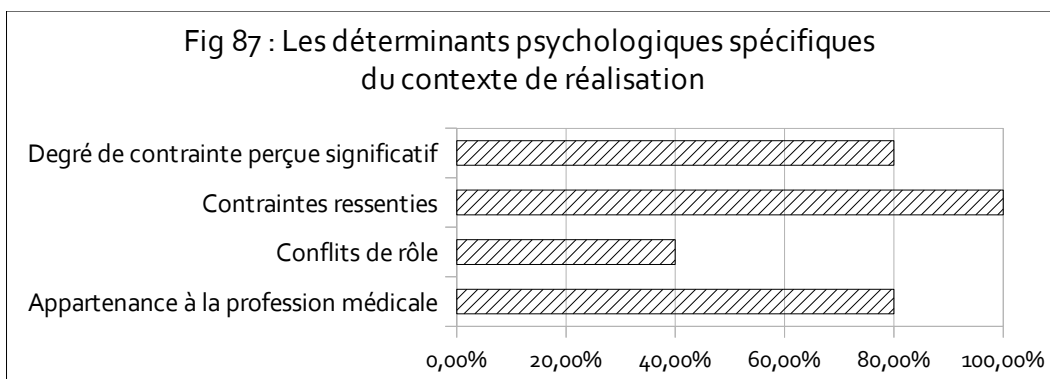
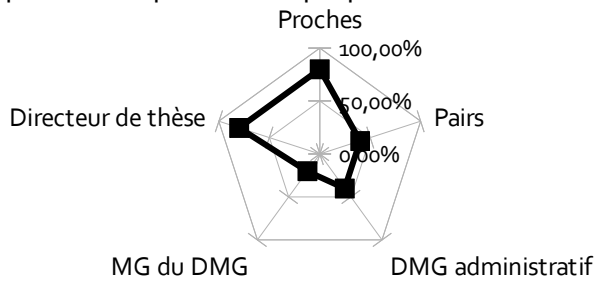
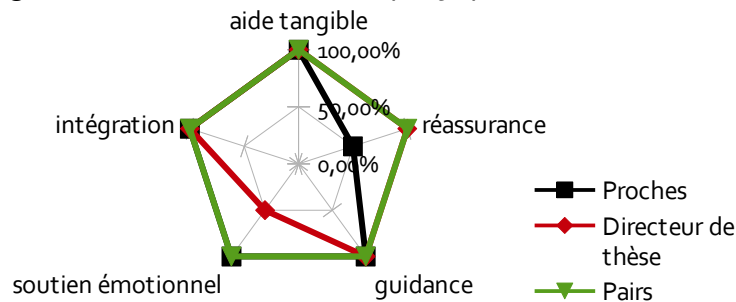


Fig 88 : Sources de soutien perçu par le doctorant pendant la période de préparation de la thèse



Les proches et le directeur de thèse seraient les premiers pourvoyeurs de soutien pour le doctorant procrastinateur, pendant la période de préparation de sa thèse

Fig 89 : Dimensions du soutien perçu par le doctorant

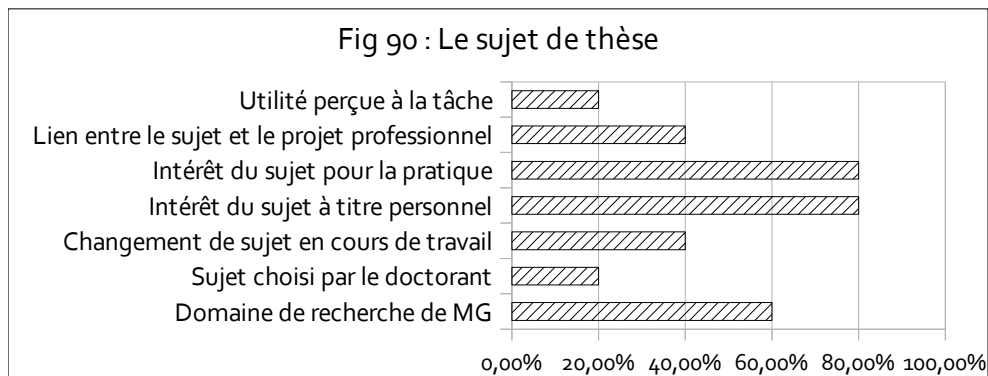


Le soutien émotionnel serait moins présent dans la relation avec le directeur de thèse que les autres formes de soutien.

Le doctorant ne ressentirait d'autre part pas systématiquement de réassurance avec ses proches.

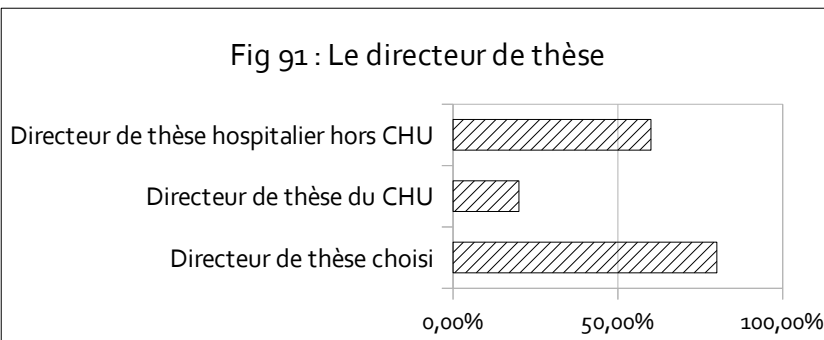
3.4. Les facteurs inhérents au travail de thèse

Fig 90 : Le sujet de thèse



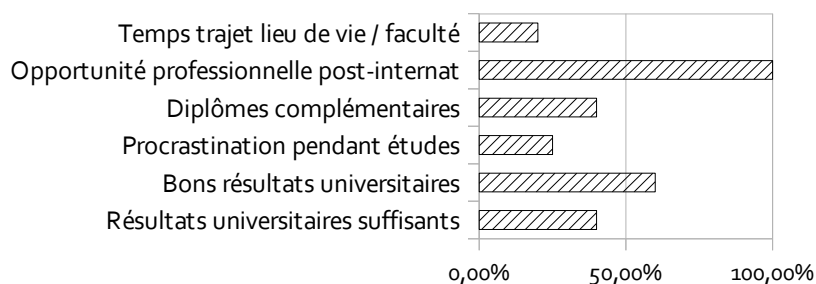
L'utilité perçue du sujet et du travail de thèse par les « procrastinateurs vrais » est restreinte (20%), même si le sujet est majoritairement considéré intéressant à titre personnel (80%) et pour la pratique médicale (80%).

Fig 91 : Le directeur de thèse



Les travaux de thèse des « procrastinateurs vrais » étaient majoritairement dirigés par des directeurs hospitaliers exerçant en dehors des CHU.

Fig 92 : Le contexte universitaire



Tous les « procrastinateurs vrais » déclarent avoir eu une opportunité professionnelle immédiate en post-internat, qu'ils l'aient finalisé ou non.

Les tendances à la procrastination pendant les études médicales n'étaient pas majoritaires (25%).

Fig 93 : Utilisation des ressources universitaires

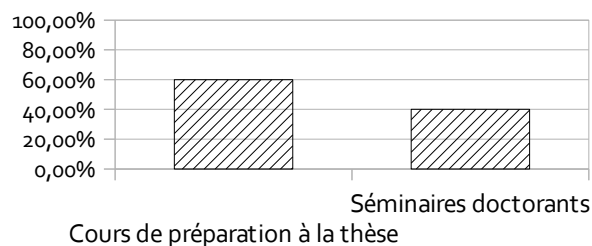
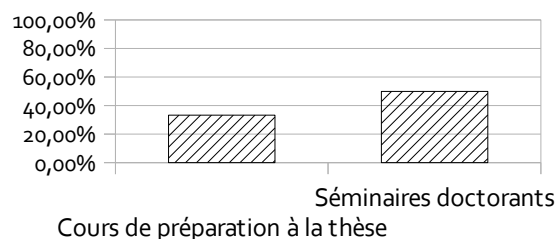


Fig 94 : Intérêt perçu des ressources proposées

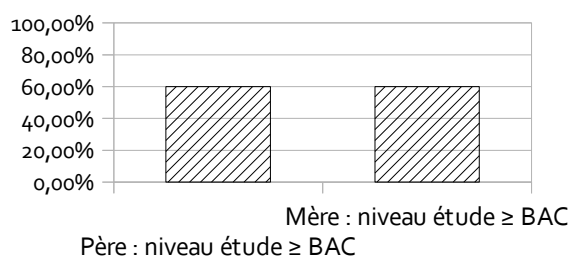


L'intérêt évalué des cours de préparation à la thèse est inférieur à celui des séminaires doctorants (33,3% versus 50%).

3.5. Les données sociodémographiques

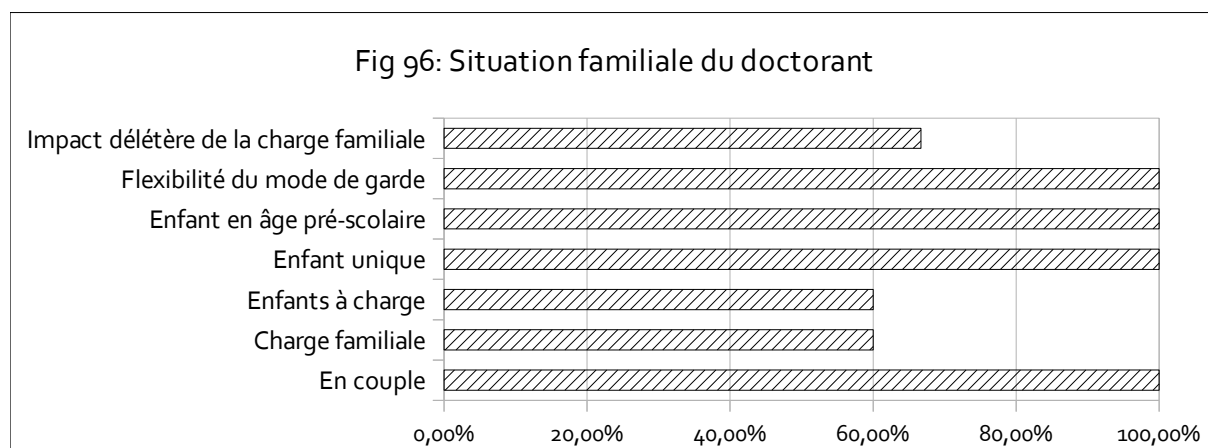
3.5.1. Les données sociodémographiques générales

Fig 95 : Niveau d'étude des parents



Le niveau d'étude de chaque parent est similaire dans cette population.

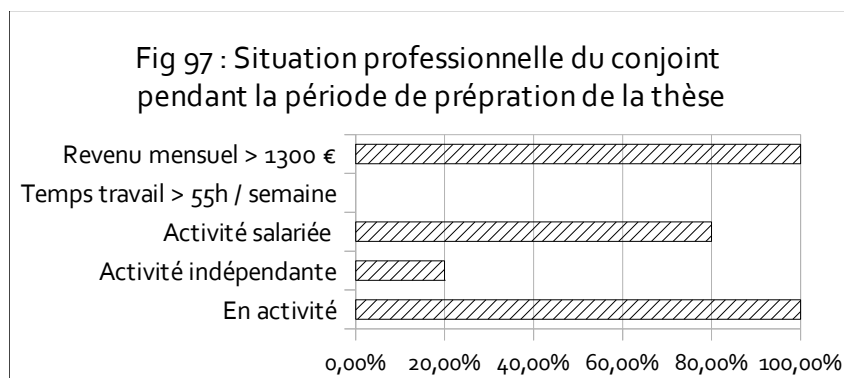
3.5.2. Le contexte personnel du doctorant pendant la période de préparation de la thèse



Tous les répondants de ce groupe étaient en couple et avaient un enfant à charge pendant la période de préparation de leur thèse,

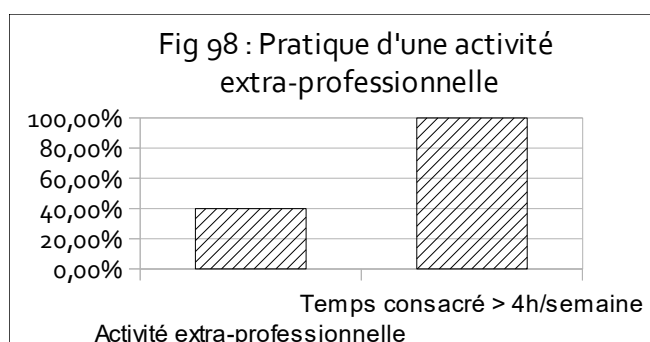
Cet(te) enfant était systématiquement unique, en âge pré-scolaire, et le mode de garde choisi était toujours considéré plutôt ou tout à fait flexible.

La majorité des « procrastinateurs vrais » (66,7%) incriminent leur charge familiale dans les difficultés relatives à leur travail de thèse.

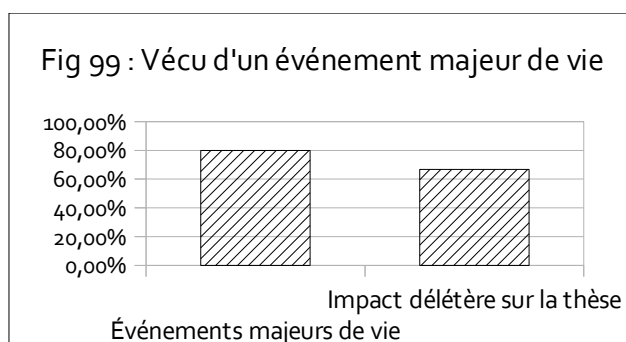


Tous les conjoints participaient significativement financièrement à l'entretien du foyer.

Aucun ne travaillait plus de 55 heures / semaine.

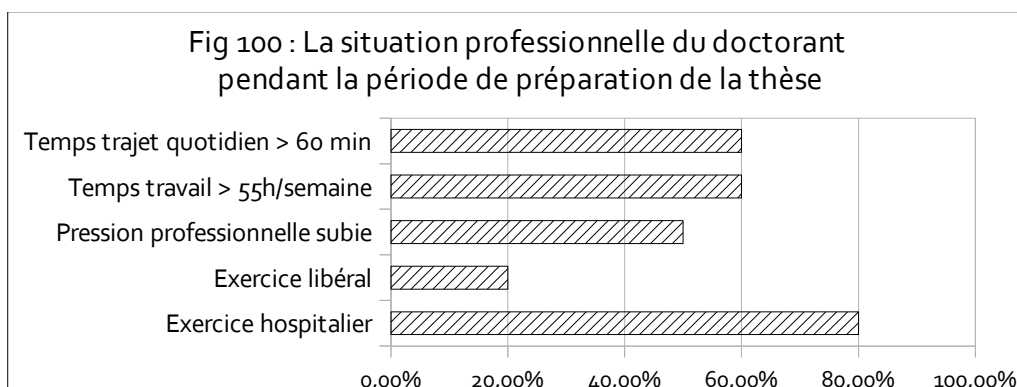


Tous les répondants pratiquant une activité extra-professionnelle lui accordaient plus de 4 heures par semaine.



Les événements de vie ont été vécus comme néfastes pour l'avancement du travail de thèse dans plus de la moitié des cas.

3.5.3. La situation professionnelle du doctorant pendant la période de préparation de la thèse



La majorité des « procrastinateurs vrais » exerçait une activité hospitalière, et était significativement engagée dans leur activité professionnelle, avec un temps de travail hebdomadaire moyen supérieur à 55 heures, et un temps de trajet quotidien supérieur à 60 min.

4. Les procrastinateurs effectifs

Les singularités des répondants rapportant un report effectif de leur travail de thèse ont été examinées.

4.1. Composition du sous-groupe

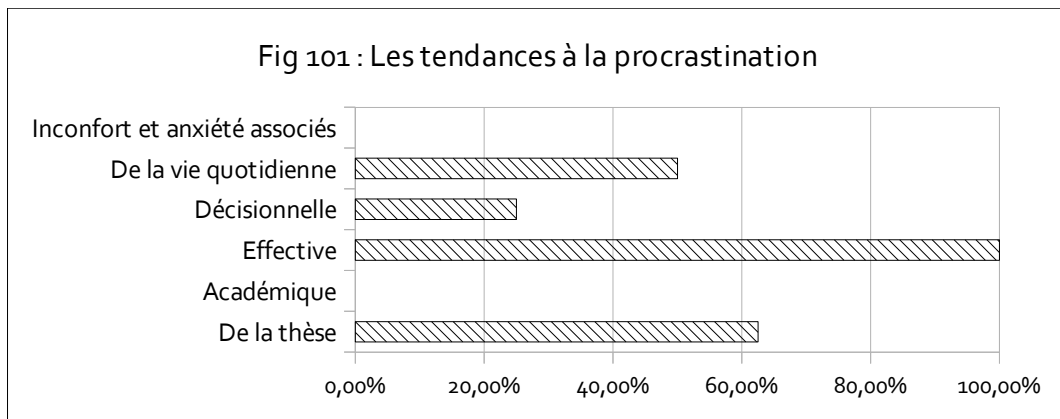
Ce sous-groupe représente 27,6% de la population étudiée. Il présente une prédominance masculine (62,5%).

La moyenne d'âge est de 39,75 ans (écart-type 6,7 ans), les effectifs se répartissant de 33 à 52 ans.

A la date de réalisation du questionnaire, la situation professionnelle des personnes interrogées est majoritairement hospitalière (75%) et de spécialité (63,5%).

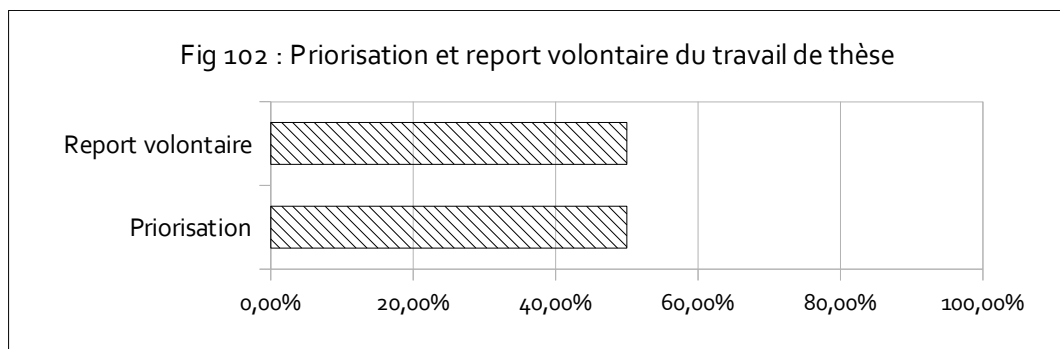
4.2. Les tendances individuelles à la procrastination

62,5% des répondants considèrent avoir plutôt ou tout à fait procrastiné leur travail de thèse. Le report effectif de la soutenance est le critère discriminant de ce sous-groupe.



Il est constaté l'absence de confirmation des tendances à la procrastination académique par l'Échelle revisitée.

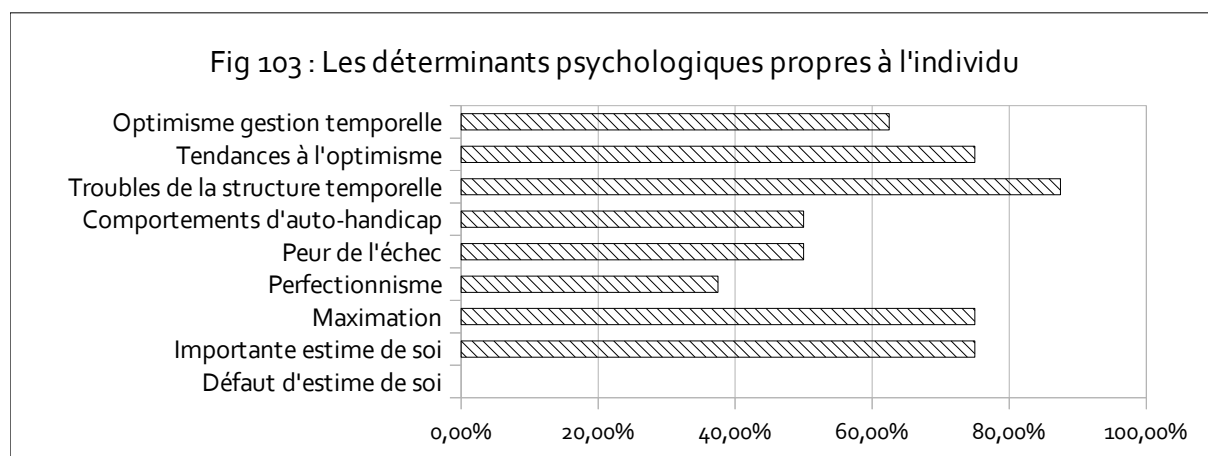
Aucun répondant ne dévoile d'autre part d'inconfort ou d'anxiété relative aux comportements de report.



Le sentiment de report volontaire serait expliqué pour moitié par la recherche d'efficacité cognitive, c'est-à-dire par l'accentuation de l'auto-efficacité lors d'une « mise sous pression » ; mais également par des mécanismes adaptatifs visant à favoriser la concentration (5%) et par la nécessité d'outrepasser l'aversion ressentie pour l'action à mener (25%).

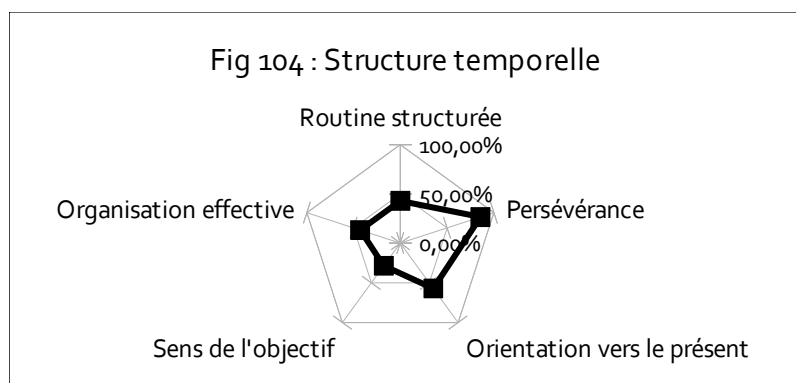
4.3. Les déterminants psychologiques

4.3.1. Les déterminants psychologiques propres à l'individu



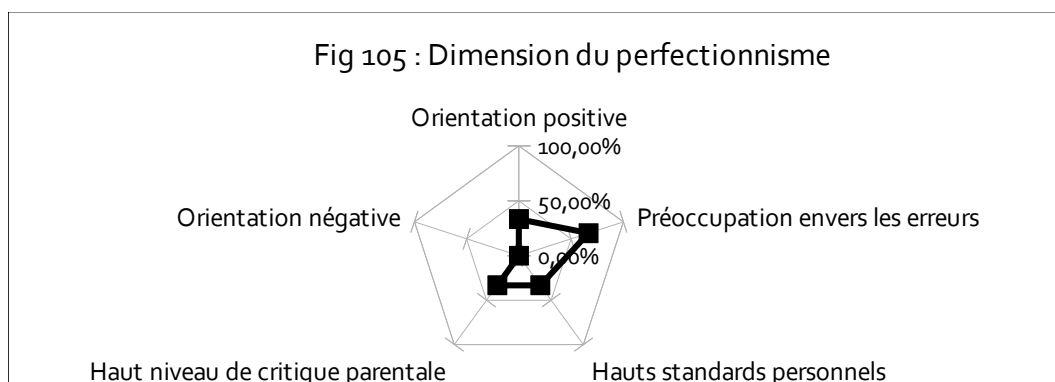
Les troubles de la structure temporelle sont particulièrement présents dans ce sous-groupe (87,5%). Ils s'associent à une prévalence notable des tendances à l'optimisme, mais aussi à la maximisation.

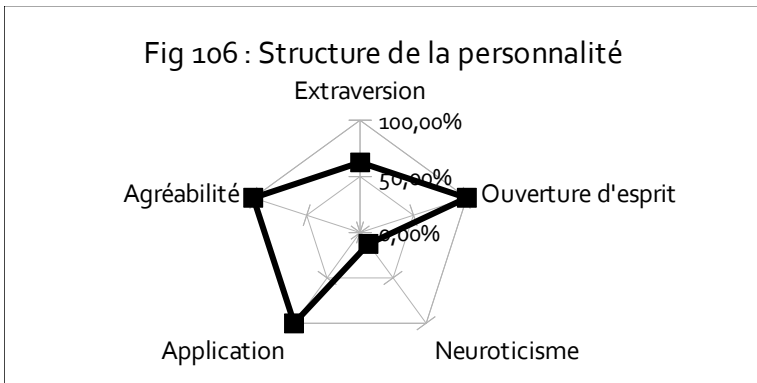
Il n'est révélé aucun défaut d'estime de soi chez les répondants concernés. L'auto-évaluation d'une estime de soi conséquente est, a contrario, constatée (75%).



Le sens de l'objectif chez les « procrastinateurs vrais » est faible (20%), tandis que la dimension de persévérance est systématiquement retrouvée.

L'expression du perfectionnisme dans ce sous-groupe serait sous-tendue par un fort degré de préoccupation envers les erreurs (66,7%) et un niveau important d'attentes et de critiques parentales ressenties (66,7%).

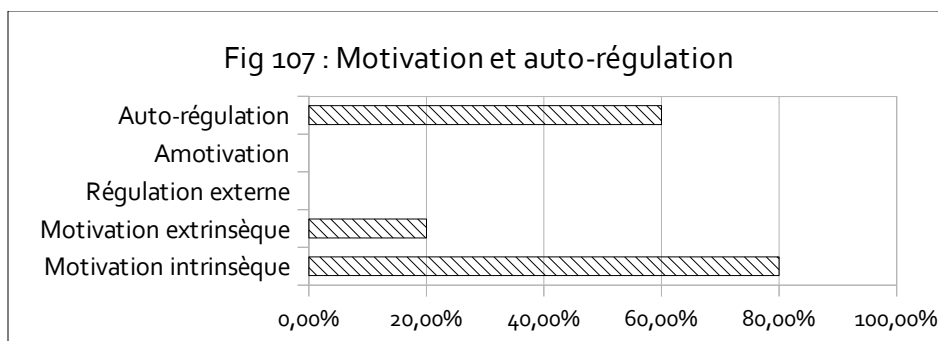




Les répondants ayant reporté leur travail de thèse présenteraient des tendances quasiment inexistantes au Neuroticisme (12,5%).

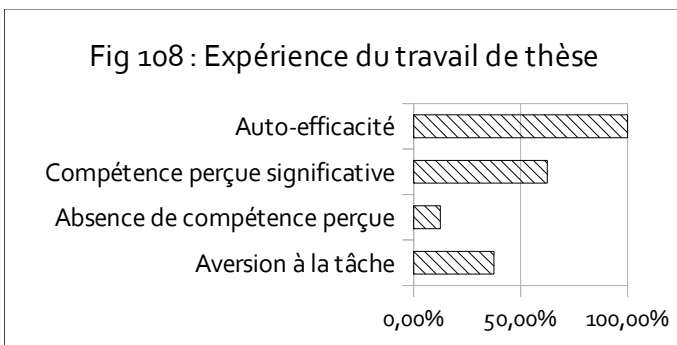
Les traits d'Application, d'Agréabilité et d'Ouverture d'esprit seraient au contraire prégnants.

4.3.2. Les déterminants psychologiques associés à la tâche concernée



L'orientation intrinsèque de la motivation prédominerait chez les répondants ayant retardé la soutenance de leur travail de thèse.

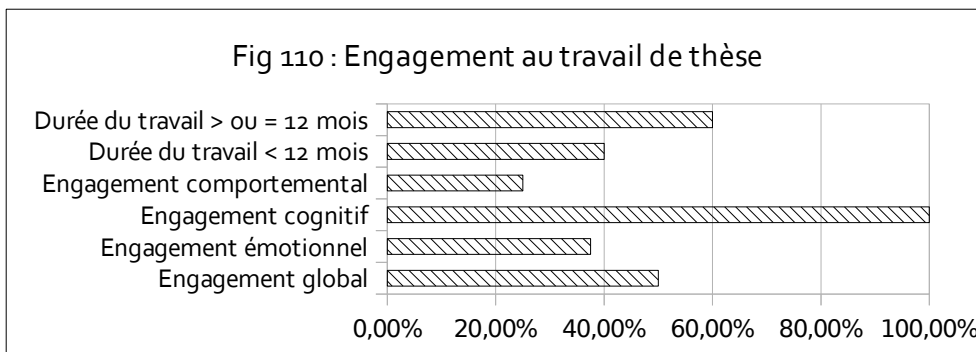
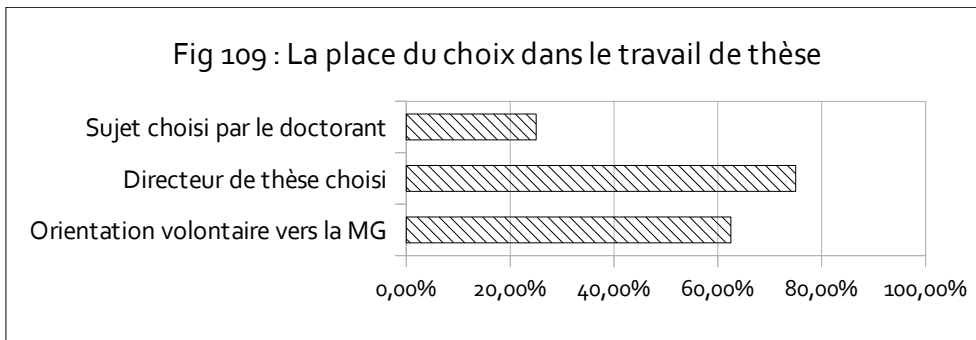
L'orientation intrinsèque de la motivation est exclusivement corrélée à la motivation à la connaissance dans ce sous-groupe, alors que l'orientation extrinsèque est réduite à la motivation extrinsèque identifiée.



Tous les répondants sont convaincus de posséder une efficacité intrinsèque signifiante.

La majorité considère par ailleurs bénéficier d'une compétence suffisante pour mener à bien le travail de thèse.

La relation avec le directeur de thèse était préférentiellement choisie (75%), éventuellement au détriment du choix du sujet lui-même. L'orientation vers la Médecine Générale avait également fait l'objet d'un choix pour la majorité des répondants (62,5%).



La majorité des thèses avait nécessité plus d'une année pour être achevées (60%).

L'engagement comportemental au travail de thèse est plus restreint (25%) que sa dimension cognitive (100%). La moitié des répondants estime avoir été significativement engagés dans le travail de thèse.

Aucun doctorant ayant reporté son travail de thèse ne dévoile de craintes relatives à l'obtention du titre de Docteur en Médecine.

4.3.3. Les déterminants psychologiques spécifiques du contexte de réalisation

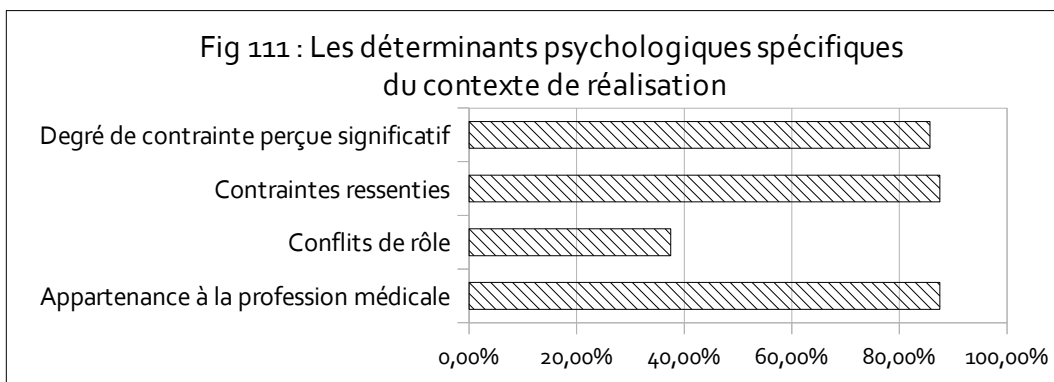
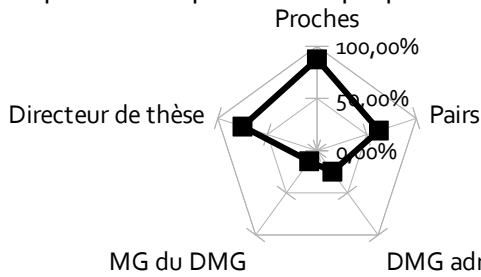


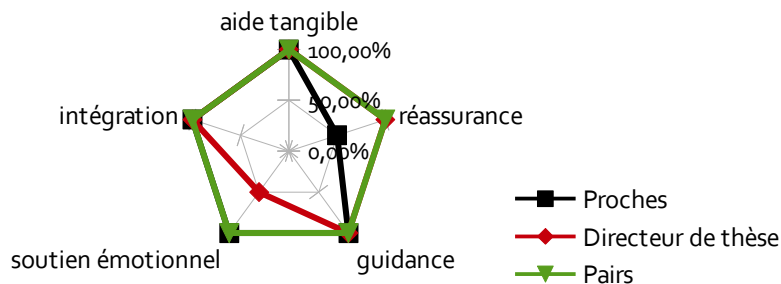
Fig 112 : Sources de soutien perçu par le doctorant pendant la période de préparation de la thèse



Les proches et le directeur de thèse seraient les premiers pourvoyeurs de soutien perçu par le doctorant reportant son travail.

Les encadrants médecins du DMG auraient été souteneurs pour 1 seul des répondants.

Fig 113 : Dimensions du soutien perçu par le doctorant

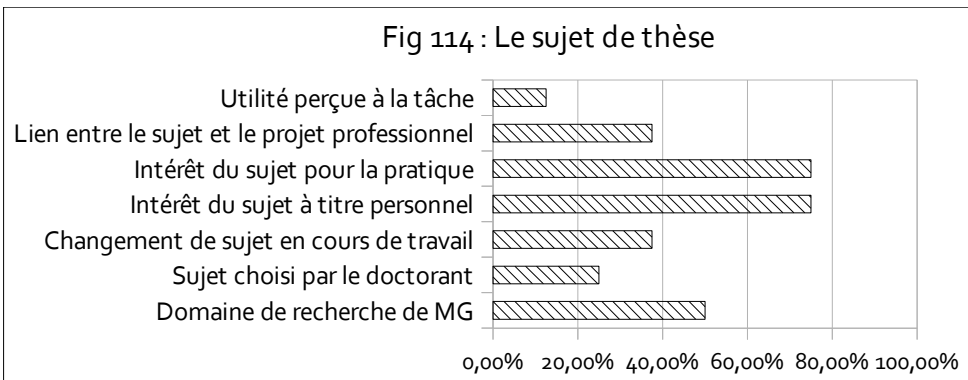


Le soutien émotionnel serait moins présent dans la relation avec le directeur de thèse que les autres formes de soutien.

Le doctorant ne ressentirait d'autre part pas systématiquement de réassurance de ses proches.

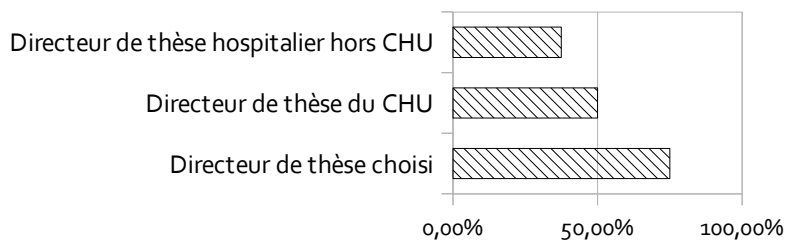
4.4. Les facteurs inhérents au travail de thèse

Fig 114 : Le sujet de thèse



Un seul doctorant ayant reporté son travail de thèse évaluait celui-ci comme utile. La majorité (75%) des répondants de ce sous-groupe considérait cependant que le sujet en lui-même présentait un intérêt significatif à la fois à titre personnel, mais également pour la pratique médicale.

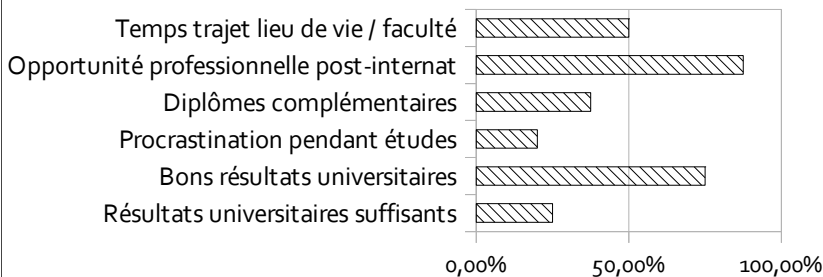
Fig 115 : Le directeur de thèse



Les travaux de thèse reportés avaient été dirigés pour moitié par des directeurs exerçant au CHU.

La relation avec le directeur de thèse est généralement choisie (75%).

Fig 116 : Le contexte universitaire



La majorité (87,5%) des répondants de ce sous-groupe déclare avoir bénéficié d'une opportunité professionnelle immédiate en post-internat.

Les tendances à la procrastination pendant les études médicales n'étaient pas majoritaires (20%).

Fig 117 : Utilisation des ressources universitaires

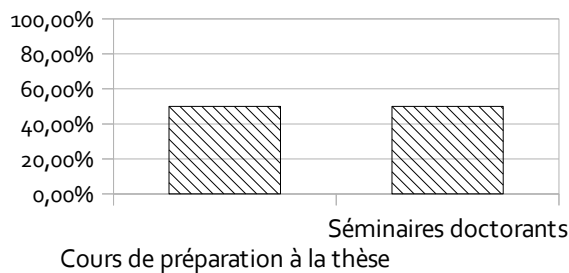
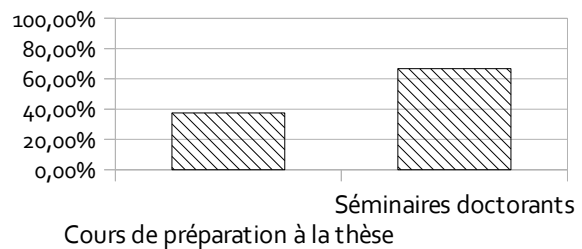


Fig 118 : Intérêt perçu des ressources proposées

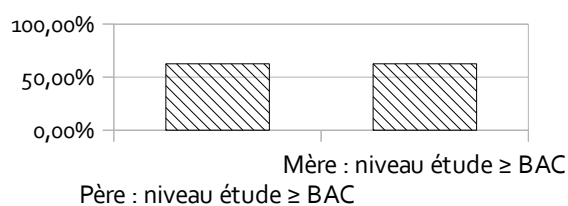


L'intérêt estimé des cours de préparation à la thèse est inférieur à celui des séminaires doctorants (37,5% versus 66,7%).

4.5. Les données sociodémographiques

4.5.1. Les données sociodémographiques générales

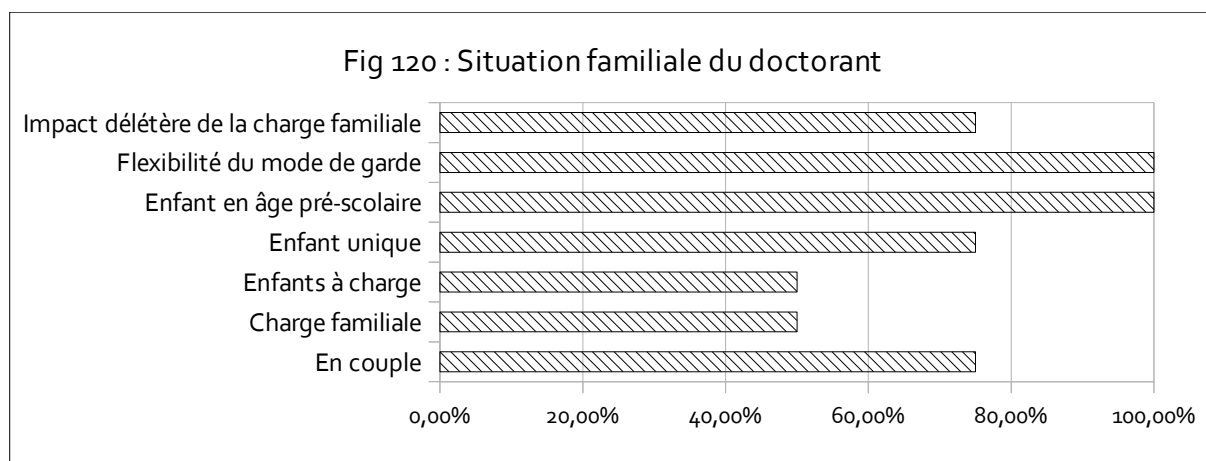
Fig 119 : Niveau d'étude des parents



Le niveau de scolarité de chaque parent est similaire dans cette population.

Il est majoritairement (62,5%) supérieur au Baccalauréat.

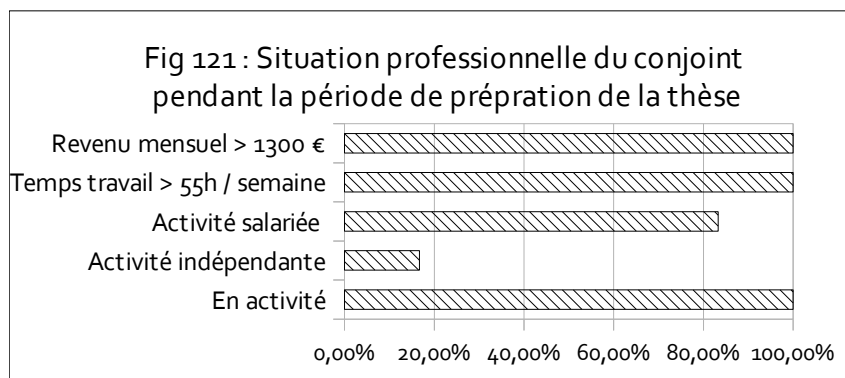
4.5.2. Le contexte personnel du doctorant pendant la période de préparation de la thèse



75% des doctorants attribués à ce sous-groupe étaient en couple pendant la période de préparation de leur thèse.

La moitié des répondants rapportait la présence d'enfant(s) à charge. 25% des parents avaient au moins 2 enfants, qui étaient systématiquement en âge pré-scolaire (moins de 36 mois) et dont le mode de garde était toujours considéré plutôt ou tout à fait flexible.

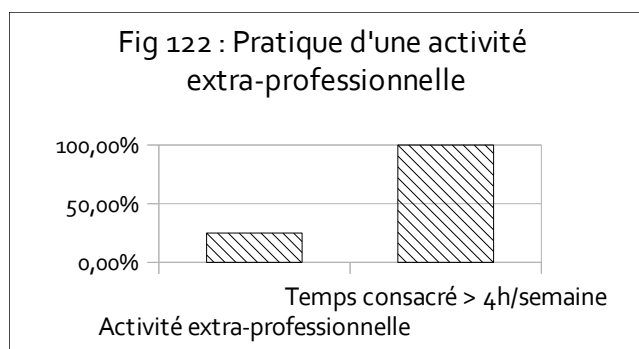
La majorité des doctorants ayant reporté leur travail de thèse (75%) justifie ce phénomène par les difficultés relatives à cette charge familiale.



Tous les conjoints participaient activement et significativement à l'entretien financier du foyer.

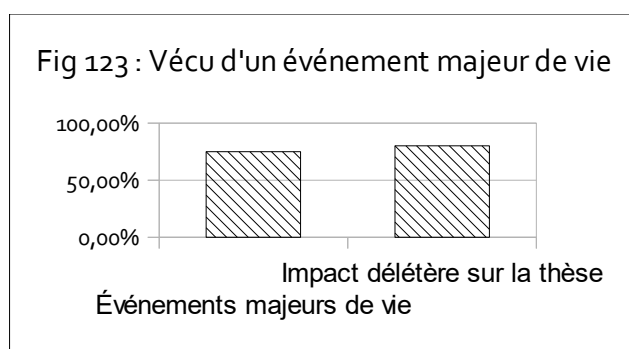
Tous travaillaient plus de 55 heures / semaine.

L'activité salariée prédominait.

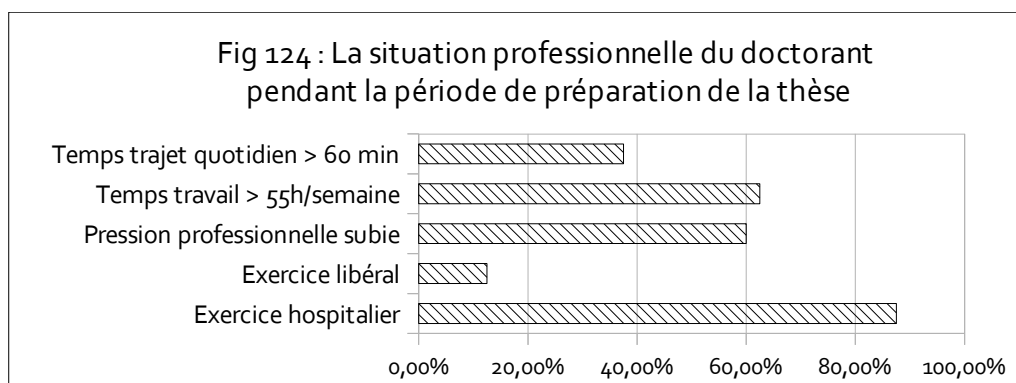


Tous les répondants pratiquant une activité extra-professionnelle lui accordaient plus de 4 heures par semaine.

Les événements de vie ont été majoritairement vécus comme délétères à l'avancement du travail de thèse.



4.5.3. La situation professionnelle du doctorant pendant la période de préparation de la thèse



La majorité des doctorants ayant reculé la soutenance de leur thèse exerçait une activité hospitalière.

62,5% de ces répondants mentionnaient un temps de travail supérieur à 55 heures hebdomadaires. Les temps de trajets quotidiens étaient inférieurs à 60 min dans la majorité des cas.

5. Analyse statistique

L'analyse univariée réalisée a permis de mettre en lumière plusieurs associations statistiquement significatives, dont le détail est proposé en Annexe 3.

Les associations les plus probantes concernent la procrastination effective (p -value = 0,00164) d'une part, et le sentiment de procrastination (p -value = 0,0001616) d'autre part, permettant ainsi d'appuyer l'intérêt et la fiabilité des tests statistiques choisis.

5.1. Étude des variables quantitatives

Les résultats issus du test de Wilcoxon-Mann-Witney permettent d'identifier les éléments suivants comme présentant une association statistiquement significative avec les phénomènes de procrastination :

- un temps de trajet quotidien moyen entre le lieu de vie et le lieu de travail plus important (p -value = 0.0778);
- un temps de trajet plus important entre le lieu de vie et la faculté (p -value = 0.09).

5.2. Étude des variables qualitatives

Les résultats obtenus après réalisation du test exact de Fisher autorisent quant à eux à envisager une association statistiquement significative entre les phénomènes de procrastination et les facteurs suivants :

- l'auto-évaluation plus marquée du sentiment de report volontaire (p -value = 0.0099);

- les tendances auto-évaluées supérieures à la procrastination dans la vie quotidienne (p-value = 0.0147);
- le ressenti de contraintes à la réalisation du travail de thèse (p-value = 0,102) ;
- l'orientation intrinsèque de la motivation à la réalisation du travail de thèse (p-value = 0,1) ;
- des tendances plus importantes à sous-estimer le temps nécessaire pour faire ce qui doit être fait (ou optimisme de gestion temporelle) (p-value = 0.0441) ;
- un directeur de thèse exerçant une activité hospitalière, en CHU (p-value = 0,0599), ou hors CHU (p-value = 0,0525).

5.3. Étude du report effectif du travail de thèse

L'analyse univariée choisie a été appliquée au sous-groupe des doctorants ayant retardé la soutenance de leur travail de thèse.

Les tests statistiques ont permis en premier lieu de confirmer le critère distinctif choisi pour définir ce sous-groupe (p-value < 0,0001).

Les déterminants suivants ont d'autre part été démasqués :

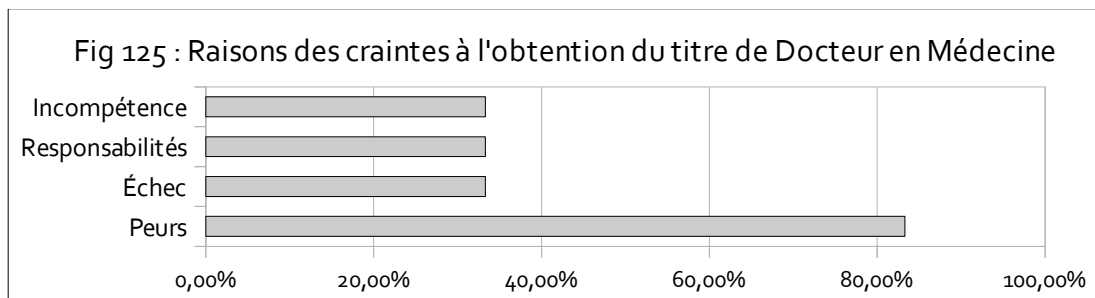
- une faible prévalence de tendances individuelles au Neuroticisme (p-value = 0,069) ;
- un délai supérieur entre l'initiation et l'achèvement du travail de thèse (p-value = 0,00216)
- des tendances individuelles plus marquées à la procrastination dans la vie quotidienne (p-value = 0,0144) ;
- une auto-évaluation supérieure des tendances à la procrastination du travail de thèse (p-value = 0,0036).

6. Analyse des données lexicales

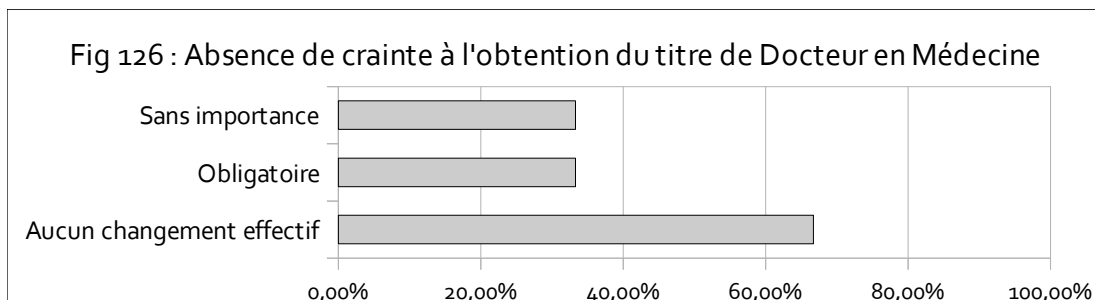
L'étude des commentaires libres concerne les remarques recueillies pour l'ensemble de la population.

6.1. Craintes relatives à l'obtention du titre de Docteur en Médecine

Les arguments avancés pour appuyer les craintes ressenties en rapport avec l'obtention du titre de Docteur en Médecine ont été regroupés sous les « syntagme » : « Peurs » et craintes, « Échec », « Responsabilités » et « Incompétence ».



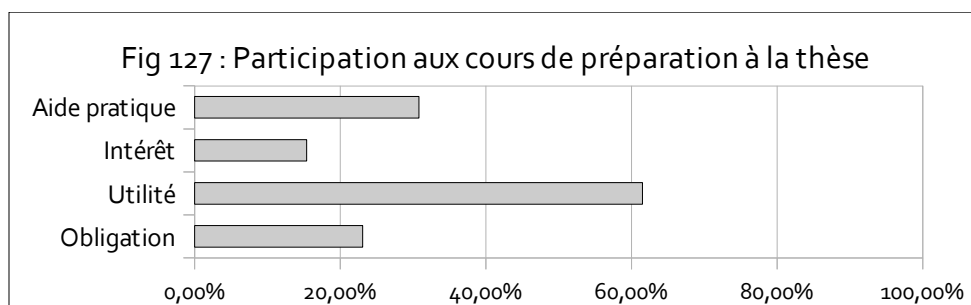
Les justifications énoncées pour défendre l'absence de craintes relatives à l'obtention du titre de Docteur en Médecine ont été réparties en 3 segments : « l'absence de changement par rapport à l'état antérieur », le caractère « obligatoire », la « non significativité du diplôme ».



6.2. Cours de préparation à la thèse

Les raisons de la participation aux cours de préparation à la thèse organisés par la faculté ont été classées sous les vocables suivants :

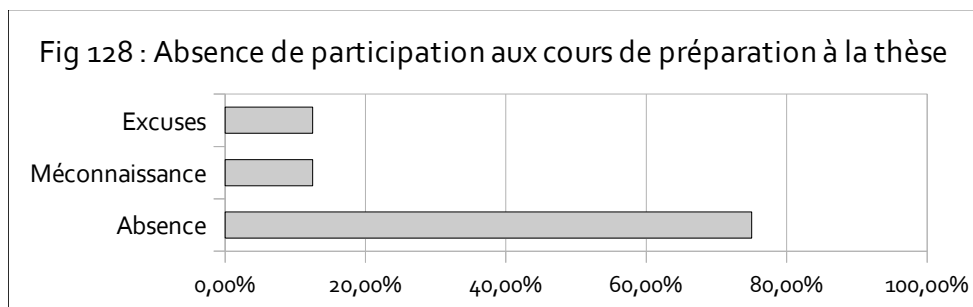
- « Aide pratique », correspondant à la recherche d'aide effective à la construction et à la mise en œuvre du travail de thèse ;
- « Intérêt », évoquant l'appétence pour ces cours a priori, et leur caractère conseillé par des tiers ;
- « Utilité », en relation avec les informations obtenues et aides apportées ;
- « Obligation »



Les explications avancées devant l'absence de participation à ces cours ont été agencées selon les thèmes suivants :

- « Excuses » ou raisons acceptables (par « manque de temps ») ;

- par « Méconnaissance » de leur existence ;
- par « Absence » de disponibilité de ceux-ci.

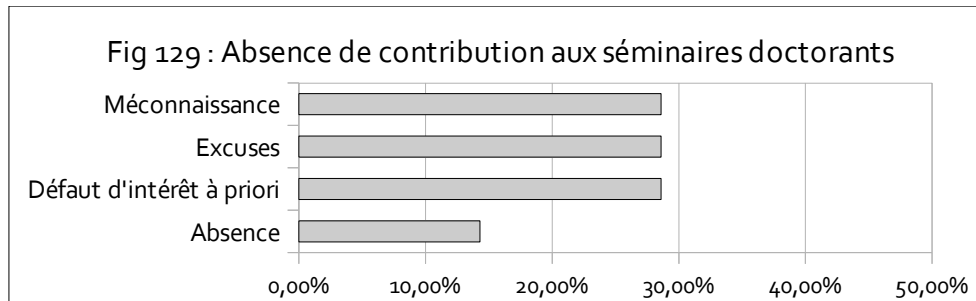


6.3. Séminaires doctorants

Les éléments ayant motivé la participation aux séminaires doctorants se limitaient à leur caractère obligatoire.

Les arguments excusant l'absence de contribution à ceux-ci ont été rassemblés sous les termes suivants :

- « Excuses » ou raisons acceptables (par « manque de temps », « excès de travail ») ;
- « Méconnaissance » de leur existence ;
- « Absence » de ces séminaires
- « Défaut d'intérêt » ou d'utilité à priori.



DISCUSSION

1. Limites méthodologiques

1.1. Difficultés dans la mise en œuvre du travail

1.1.1. Ajustements du projet initial

Le projet initial visait à apporter un éclairage des facteurs déterminants de la procrastination du travail de thèse chez les jeunes médecins généralistes du Languedoc Roussillon.

Plusieurs obstacles ont entravé la mise en œuvre de ce travail.

La distribution du questionnaire dans la population cible n'a, en premier lieu, pas été possible.

La Loi « *Informatique et Libertés* » rendrait impossible la diffusion, par les organismes et instances, des informations et coordonnées personnelles dont elles ont connaissance²⁵³. La sollicitation directe de la population envisagée, que ce soit par voie informatique ou téléphonique, n'a donc pas pu être réalisée.

Les instances sollicitées (scolarité générale et DMG de la Faculté de Médecine de Montpellier, Conseil départemental de l'Ordre des Médecins de l'Hérault, Syndicat des Internes du Languedoc-Roussillon) ont d'autre part refusé de participer à cette diffusion. Les arguments mis en avant étaient le manque de moyens humains et financiers, dont le temps alloué à l'accompagnement des doctorants, ainsi que des impossibilités techniques, comme l'absence de « mailing list » disponible.

Des alternatives telles que l'utilisation des réseaux sociaux (par exemple la page Facebook® des internes) ont été évoquées. Elles ont été écartées du fait de biais prévisibles, notamment découlant de la surreprésentation de répondants à haut niveau de motivation.

La distance entre le lieu de recueil des données et le lieu de vie de l'impétrante, de même que les contraintes professionnelles et personnelles concomitantes du travail de thèse, ont d'autre part complexifié la mise en œuvre du projet, en rendant notamment inenvisageable le démarchage des praticiens à leur cabinet ou lors des réunions de type Formation Continue (FMC).

Les limites de l'outil informatique, notamment la nécessité d'un recueil et d'une analyse manuels des données, n'ont pour finir pas permis d'envisager de traiter un échantillon d'effectif suffisant pour obtenir une significativité statistique.

Au vu de la multiplicité des questions posées et des hypothèses inhérentes à celles-ci, 385 réponses auraient été nécessaires (niveau de confiance selon la loi normale centrée réduite: 95%, proportion estimée de la population présentant le critère voulu : 0,5 puisque inconnue, marge d'erreur tolérée: 5%). En envisageant un taux de réponse de 50% , la population cible minimale aurait donc été de 770 interrogés.

Ces difficultés ont fait reconsidérer la population d'étude.

Un échantillon plus accessible, mais également de moindre volume, a été choisi, rendant la mise en œuvre plus réaliste et réduisant le risque d'erreurs et d'abandon.

1.1.2. Nécessité d'une assistance statistique

Le défaut de compétence personnelle en modélisation et traitement statistiques a ralenti et limité la réalisation du présent travail.

Une assistance statistique a été recherchée par différentes voies:

- une demande de consultation méthodologique a été précocement réalisée auprès du DIM (Département d'Information Médicale) du CHU de Montpellier – Lapeyronie, afin d'accompagner la conception du questionnaire, la méthodologie de recueil des données, le traitement et l'interprétation de celles-ci.
Après analyse des documents transmis, la requête a été refusée. Les motifs avancés ont été la présentation d'une thèse de Médecine Générale et l'accompagnement par un directeur de thèse extérieur au CHU de Montpellier.
- les départements équivalents, rattachés aux CHU de Lyon et St Étienne, ont également été contactés. La demande a également été refusée, de par l'absence de lien du doctorant avec les Universités concernées.
- deux intervenants extérieurs ont par ailleurs été sollicités (une attachée de recherche clinique et un médecin chercheur). La démarche est, à ce jour, toujours sans réponse.

Un support et un étayage statistique ont finalement été obtenus auprès du Dr GRAS-AYGON, Assistant Chef de Clinique du DMG de la Faculté de Montpellier, qui a discuté la méthodologie choisie, mais également accompagné et orienté le travail statistique.

1.2. Caractéristiques psychométriques de l'outil

L'instrument utilisé pour le présent travail a été construit à partir de plusieurs outils pré-existants, choisis notamment pour avoir fait l'objet d'une validation préalable de leurs caractéristiques psychométriques. Celles-ci n'ont cependant pas été vérifiées après modification de la teneur, du nombre et de l'ordre des items.

Les questions originales n'ont, par ailleurs, pas bénéficié d'évaluation spécifique, en dehors de la vérification de leur compréhensibilité.

L'évaluation de la consistance interne n'a pas été menée, le coefficient α n'ayant pas été calculé pour chaque section. La longueur globale du questionnaire est supposée responsable d'une inflation de ce coefficient.

La construction de l'étude n'a pas, d'autre part, permis de répéter les mesures et de mettre en évidence la stabilité de l'outil et des construits étudiés.

L'estimation de la validité théorique de l'outil se base essentiellement sur la validation préalable des construits étudiés et de certains instruments d'évaluation.

La validité des items originaux et de la traduction autonome des outils en langue anglaise n'a pas été recherchée.

La validité de construit convergente pourrait également être envisagée par le biais des questions de vérifications et redondances internes de l'outil. Celles-ci ont cependant été minimisées dans le but de réduire la longueur du questionnaire.

La validité empirique peut être envisagée en comparant les tendances auto-évaluées à la procrastination du travail de thèse et le report effectif de celui-ci. La chronologie des mesures ne s'accorde néanmoins pas avec celles habituellement décrites.

La compréhensibilité des items fait l'objet de plusieurs vérifications. La validité de contenu peut cependant être discutée, devant notamment la faible occurrence de scores significatifs pour l'Échelle de Procrastination académique revisitée.

1.3. Biais

Tout processus de recherche, quel qu'en soit l'objet, la nature ou la structure, dans la mesure où il est mené par un individu et orienté par les velléités de celui-ci, est entaché de biais. Ceux-ci sont habituellement dissociés en erreurs de sélection, d'information et de confusion. Ils peuvent concerner l'outil, mais également l'examineur et le répondant. Ils peuvent être pratiques, cognitifs et statistiques.

La perception et la compréhension des limitations et biais éventuels a été pour partie secondaire à la mise en œuvre de l'outil d'évaluation, ne permettant de fait pas de contrer ces erreurs.

1.3.1. Limites constitutives

1.3.1.1. Limites inhérentes au design de l'étude

Une étude observationnelle vise à documenter un phénomène, pour en affiner la compréhension. Sa valeur intrinsèque et son intérêt sont considérés plus restreints que ceux d'une étude expérimentale (critères de Bradford-Hill²⁶³).

L'analyse de variance se limite, par définition, à l'étude des relations statistiques éventuelles entre les variables concernées. Elle ne peut, en aucun cas, mettre en évidence de relation causale entre celles-ci. Bien que certaines associations sont statistiquement significatives, il n'est donc pas possible de conclure sur l'influence effective des déterminants examinés.

La faiblesse de l'effectif limite d'autre part la puissance statistique du travail, en empêchant l'utilisation de tests statistiques paramétriques et en accroissant les marges d'erreurs²⁵⁹. La petitesse de l'échantillon fait ainsi supposer des biais d'analyse et d'interprétation.

La multiplication des questions posées et des tests réalisés est par ailleurs responsable d'une inflation du risque de première espère α , c'est-à-dire de la probabilité de conclure à tort à l'influence statistique d'un déterminant sur les phénomènes de procrastination, par effet du hasard. Ce biais est parfois dénommé « l'illusion des séries ». Le seuil de significativité de la p-value n'a pas été limité pour contrer l'inflation du risque α .

²⁶³ Tournoux-Facon, 2008

1.3.1.2. Limitations consécutives au choix de la population

Il a été choisi d'interroger des médecins généralistes déjà thésés et non des internes, afin de limiter l'influence sur les réponses obtenues du stress et des croyances irrationnelles concernant le travail de thèse et la soutenance. L'impact des conditions de passation et/ou de l'état d'esprit du répondant, ou « effet de contexte » pourrait en effet induire des variations intraindividuelles.

Le risque d'un biais de mémorisation est cependant plus important dans cette population, du fait du caractère rétrospectif des phénomènes analysés et du délai entre la période de préparation de la thèse et la passation du questionnaire. Il aura pu causer pertes d'information et imprécisions.

Le ressenti et l'image de la thèse peuvent également être transformés, par le soulagement d'en avoir terminé avec celle-ci, par réécriture mnésique, ou par souci de conformisme social. Cette représentation normative, traduisant l'idéal social et moral du répondant, ainsi que son désir de se conformer aux normes sociales, a pu affecter plus particulièrement la passation directe des questionnaires.

Le seuil de 60 ans a été posé arbitrairement, pour répondre à l'évolution des contextes universitaires et professionnels, mais également des données sociodémographiques sur les dernières décennies. L'engagement professionnel, les modalités d'exercice, la prédominance masculine parmi les professionnels de santé²⁶⁴, mais également les caractéristiques de la thèse, les attentes universitaires ou les ressources disponibles, ont en effet connu des modifications notables.

La population étudiée est monocentrique et l'échantillon constitué ne permet d'envisager aucune sorte de représentativité.

Le biais de sélection est par ailleurs probablement accentué par la prévalence supposée de procrastinateurs chez les non répondants, qui ont pu procrastiner la passation du questionnaire. La prévalence et l'importance des phénomènes de procrastination dans l'échantillon étudié sont ainsi possiblement sous-estimées par rapport à la population cible.

Les données obtenues ne feront donc l'objet d'aucune extrapolation.

1.3.1.3. Limites relatives à la passation du questionnaire et au recueil des données

La période, mais aussi les modalités de passation et de recueil des données ont été différentes selon les répondants. Ces variations ont pu impliquer là encore un « effet de contexte », responsable de variations interindividuelles.

La présence d'un observateur, que ce soit physiquement ou par téléphone a pu influencer sur les réponses apportées, faisant questionner l'impact des biais d'attente, de conformisme social, ou celui du facteur de désirabilité sociale.

Le biais d'attente se définirait comme la recherche, par le répondant, d'adéquation entre ses propres réponses et les attentes, présumées ou réelles, de l'examineur. Il serait amoindri par

²⁶⁴ Denoyel-Jaumard et Bochaton, 2015

l'absence d'informations internes à l'outil concernant les concepts étudiés. Son impact se doit d'être envisagé pour l'ensemble des évaluations d'orientation psychologique.

La désirabilité sociale représenterait le souhait de l'individu de projeter vers autrui une image positive et valorisante. Il pourrait l'amener à feindre différentes habitudes et opinions, afin d'être valorisé socialement. Les études réalisées en psychologie cherchent à se prémunir de l'influence de ce phénomène en travaillant la formulation des items, ou en intégrant une échelle de désirabilité sociale²²⁴. Le caractère anonyme des mesures ne suffirait pas à se garder de ces effets.

L'impact de ces biais spécifique a pu être approché lors des entretiens physiques ou téléphoniques, pendant lesquels les répondants ont plusieurs fois tenté de confirmer la « juste » réponse. Le déroulé de l'étude étant déjà avancé, aucune mesure corrective spécifique n'a été envisagée.

La possibilité de questionner l'examineur en parallèle de la passation a également pu réduire les incompréhensions et ainsi favoriser le bon déroulement et la complétude du questionnaire.

La retranscription manuelle des données a pour finir pu être source d'erreurs, et ce malgré plusieurs relectures attentives.

1.3.2. Biais cognitifs

Un biais cognitif, ou psychologique, est un mécanisme, ou une forme de pensée, responsable d'une déviation de la pensée rationnelle et de distorsions systématiques dans le traitement de l'information. Ils seraient constitutifs du fonctionnement cérébral normal et s'exprimeraient le plus souvent inconsciemment. Ils seraient la cause d'erreurs de jugement et d'évaluation, mais également de comportements inadaptés²²⁴.

1.3.2.1. Biais cognitifs spécifiques de la personne interrogée

L'importante longueur du questionnaire et le temps de passation qui en découle ont pu provoquer une perte de motivation et de concentration. Les questions en fin d'outil ont ainsi pu se voir considérer différemment par le répondant, limitant par exemple la précision de la réponse apportée. Cette variation de « qualité » entre les réponses obtenues au sein d'un même questionnaire sera qualifiée de biais attentionnel²²⁴.

Celui-ci a pu être renforcé par l'inadéquation entre l'implication initiale du répondant et la longueur du questionnaire, mais également par les redondances internes, bien qu'elles aient été volontairement limitées.

L'impact de la personnalité du répondant serait d'autre part à considérer.

La projection d'excuses, comme arguments face aux comportements de procrastination, pourrait être vue comme l'expression de tendances individuelles à l'attribution causale ou à l'auto-complaisance²²⁴, c'est-à-dire comme une prédisposition à faire peser la responsabilité d'une situation sur autrui plutôt que sur soi-même.

La non conscience, réelle ou affichée, des phénomènes de procrastination chez les répondants ayant effectivement reporté la soutenance de leur travail de thèse, pourrait d'autre part être synonyme d'égoïsme (recherche par le répondant à montrer le meilleur visage possible), ou manifester une incapacité à voir ou à reconnaître les erreurs (biais « d'immunité à l'erreur »²²⁴).

L'évaluation de la compétence perçue à la réalisation du travail de thèse a pu être faussée par l'effet « Dunning-Kruger »²²⁴, qui représente l'habitude, pour les plus compétents de minimiser leurs capacités, et pour les moins compétents de les surestimer.

De même, la recherche d'informations identitaires a pu être impactée par le biais de protection de l'estime de soi.

Plusieurs limitations pour finir pourraient siéger dans la relation entre le répondant et l'examineur.

L'expression d'un biais de prestance²²⁴, responsable d'une minimisation des opinions et d'une surreprésentation des stéréotypes socialement admis, par crainte du jugement d'autrui, pourrait être envisagée. Cette limite a pu être illustrée individuellement par la prévalence inhabituelle des réponses neutres (3. « *sans avis* »). La précision, en introduction, de l'absence de réponse « attendue » ou « bonne », visait notamment à libérer le répondant de cette crainte.

Le caractère personnel ou intime des questions posées, ou la crainte que les réponses données puissent être utilisées à mauvais escient, pourraient également engager le répondant dans une « contracture défensive »²²⁴. Elle s'exprimerait par une surreprésentation des réponses intermédiaires. Elle a pu entraver par exemple l'estimation réelle du soutien ressenti, notamment par le directeur de thèse, par crainte que cette information puisse être ensuite transmise.

1.3.2.2. Biais cognitifs relatifs à la personne rédigeant et menant le travail

L'effet dit « de halo »²²⁴ serait responsable d'une perception et/ou d'une interprétation sélective des informations, en cohérence avec la première impression perçue. Elle a pu influencer aussi bien la construction de l'outil et les réponses obtenus, par exemple devant la succession de réponses ou de questions de forme similaire, que sur l'interprétation des résultats.

Plusieurs biais spécifiques ont pu être impliqués lors de la mobilisation des connaissances théoriques et la construction du support d'étude²²⁴ :

- l'illusion du savoir, représentée par un défaut d'approfondissement de la connaissance, à visée protectrice des croyances préétablies ;
- les tendances à la pensée positive (ou biais de confirmation d'hypothèses), décrivant la tendance à chercher préférentiellement la confirmation de la pertinence de la description personnelle, et non son infirmation. Elles pourraient s'exprimer au travers d'attitudes de polarisation, de persévérance de la conviction, d'un effet de primauté intellectuelle ou d'illusions éventuelles de corrélation ;
- l'effet de cadrage, caractérisant l'influence de la représentation théorique sur la

construction du travail ;

- le biais de disponibilité, présent lorsque les sources d'information choisies se limitent à celles immédiatement disponibles ;
- le biais de publication, ou biais de complaisance, qui correspondrait à la tendance des auteurs à ne publier que les résultats positifs.

La réalisation d'une recherche bibliographique extensive a notamment visé à limiter ces biais.

L'interprétation des données a pu donner lieu à plusieurs distorsions de pensée.

Un biais d'évaluation des probabilités²²⁴ est ainsi envisageable, de même qu'une perception et qu'une interprétation sélectives des données selon l'expérience de l'examineur, ou qu'une dissonance cognitive, correspondant à la réinterprétation des résultats pour éliminer les contradictions.

La recherche méthodologique concomitante, l'assistance statistique obtenue, ainsi que l'attention portée à la rigueur du travail, ont visé à limiter ces sources d'erreurs.

1.3.2.3. Biais cognitifs inhérents à l'outil

Le choix d'auto-mesures psychologiques serait également responsable de biais cognitifs, plus spécifiquement par la contamination des mesures réalisées par les concepts du soi. Celle-ci serait particulièrement intense lors de la réalisation d'auto-évaluations comportementales²⁶⁵.

Plusieurs biais cognitifs ont pu être mobilisés par la construction et l'organisation de l'instrument.

Les questions d'en-tête pourraient être responsables d'un ancrage mental²²⁴ (ou effet de 1ère impression), qui viendrait contaminer les réponses suivantes (ou effet de contamination²²⁴), par besoin de cohérence. Cet effet pourrait concerner une question « irritante » et avoir un effet négatif étendu sur la suite de la passation, ou encore illustrer une auto-censure. La dispersion des items à risque d'inter-contamination, habituellement utilisée pour limiter l'influence de ces effets, n'a pas été réalisée²²⁴.

La formulation des questions a pu être responsable de biais.

Ils seraient alors définis comme l'expression des effets et réactions psychologiques induits par la forme des questions posées²²⁴, et correspondraient à la mise en œuvre de mécanismes de défense visant à protéger l'estime de soi et l'image de soi publique

Les questions issues d'outils pré-existants ont le plus souvent été conservées en l'état, les modifications réalisées ayant pour unique objectif de faciliter la lecture et la compréhensibilité de celles-ci. Une attention particulière a par ailleurs été portée à la formulation des items originaux, afin d'éviter notamment la suggestion des réponses²²⁴.

Les items évoquant la personnalité de l'individu ont par exemple pu être sensibles à l'effet

²⁶⁵ Steel, 2001

Barnum²⁶⁶. Celui-ci stipule qu'une description vague des caractéristiques de la personnalité trouverait systématiquement écho à l'échelle individuelle, en renforçant par la-même les croyances du répondant concernant sa propre structure de personnalité. Ce phénomène pourrait ainsi expliquer les différences constatées entre la prévalence de réponses positives pour chaque trait de personnalité et les confirmations effectives, bien que l'influence de la personnalité sur le choix d'orientation professionnelle puisse également être discutée.

La construction des réponses envisagées influencerait également les réponses obtenues. Les questions et options imprécises pourraient provoquer un réflexe d'évitement, ou « effet d'ambiguïté »²²⁴.

Un effet de consentement, ou biais d'acquiescement²²⁴, pourrait également être supposé. Celui-ci serait défini par l'attraction du répondant envers les réponses positives, quelle que soit la question posée. Il serait une forme d'expression de la suggestivité, et illustrerait la sympathie du répondant envers l'examineur, le souhait de ne pas lui déplaire ou le contrarier, la recherche d'intégration, et la crainte d'avoir à justifier une réponse négative²²⁴. Ce biais serait inhérent à la recherche psychosociale, mais pourrait être contourné pour partie en limitant les réponses en dichotomie « OUI / NON », et en alternant aussi bien les questions que l'ordre des réponses proposées. La présence de questions de vérification, de formulation différente, serait également utile pour en réduire l'impact.

L'effet de cadrage et l'effet de primauté²²⁴ induiraient d'autre part une surreprésentation des réponses situées aux extrêmes d'une liste d'options, alors que le biais spatial se référerait à la localisation spatiale préférentielle de l'individu. Il aurait par exemple été montré que la construction des axes des échelles d'attitude ascendantes de droite à gauche favoriserait les réponses positives. Ces effets pourraient s'estomper lorsque les réponses sont présentées de manière aléatoire, ce qui n'a pas été envisagé ici.

L'utilisation d'échelle des Likert majoritairement asymétriques, laissant le choix d'une réponse centrale, a pu être responsable d'une perte d'information, par l'évitement à la fois de l'exposition identitaire et des réponses localisées aux extrémités (ou biais de tendance centrale²²⁴).

1.3.3. Biais statistiques

La mise en œuvre de l'outil et l'analyse des résultats ont pu être entachées par des erreurs statistiques²⁶⁷. Même si la construction de l'outil et le choix des tests statistiques utilisés ont fait l'objet d'une particulière attention, des biais de mesure, d'estimation, d'interprétation et de confusion peuvent être envisagés.

Les méthodologies habituellement utilisées pour limiter les facteurs confondants n'étaient pas applicables pour le présent travail. Un des facteurs de confusion supposé, en cohérence avec ceux cités par Barbarin⁹⁴, a pu siéger dans la relation entre le domaine de recherche du sujet de thèse choisi et le mode d'exercice professionnel du directeur de thèse. L'interprétation de l'influence du projet professionnel à courte échéance sur la relation perçue entre celui-ci et le sujet choisi a pu donner lieu à une erreur similaire.

Un biais de communication^{224 267} peut être envisagé devant la faible participation des

²⁶⁶ Les sceptiques du Québec [en ligne]

²⁶⁷ Almont [en ligne]

praticiens du Centre Hospitalier, en envisageant un lien avec les difficultés d'envois des questionnaires mises en évidence lors du pré-test.

Ces limitations pourraient s'accompagner d'un biais d'estimateur²²⁴, ou différence entre les résultats obtenus et la valeur réelle mesurée.

2. Discussion des résultats

2.1. Discussion de la définition choisie

Le choix d'une définition composite de la procrastination peut être questionné. Les concepts utilisés pour la constituer peuvent en effet être diversement associés aux déterminants envisagés, et gêner la mise en lumière et la significativité des associations statistiques.

Le choix d'une mesure objective de la procrastination, par la recherche du délai entre la soutenance de la thèse et la date butoir légale, visait à légitimer l'auto-évaluation des tendances à la procrastination du travail de thèse.

Le délai de 6 mois avant cette date butoir a cependant été fixé arbitrairement, et est, de ce fait, discutable.

Le choix de cette date comme échéance du travail de thèse est également sujet à controverse. La présence d'échéances individuelles, telles que la poursuite d'un cursus diplômant (par exemple le DESC d'urgence) ou l'obligation d'une prise de poste, pourrait, par exemple, avoir plus de sens pour l'impétrant.

La connaissance de la date butoir légale par les doctorants n'est d'autre part pas assurée.

Questionner les doctorants, mais également les instances universitaires et éventuellement sanitaires (Haute Autorité de Santé – HAS), pourrait s'avérer utile pour préciser l'intérêt de cette mesure, proposer une alternative éventuelle et affiner le délai permettant d'affirmer le report du travail de thèse.

2.2. Données manquantes

Plusieurs erreurs, oublis et omissions ont été constatés lors du traitement des données.

Le renseignement de la date de naissance, s'il permet de connaître l'âge des répondants lors de la passation du questionnaire, n'apporte pas d'informations concernant l'âge auquel ceux-ci ont soutenu leur thèse. Il n'a donc pas été possible d'envisager le lien entre l'âge du doctorant et les phénomènes de procrastination.

Les ressources universitaires mises à disposition par la faculté de rattachement n'ont pas été exhaustivement envisagées. L'aide à la recherche documentaire, l'organisation de groupes de thèse tutorés ou encore la mise à disposition de catalogues référençant des sujets ou directeurs de thèse, sont autant d'initiatives retrouvées (Faculté de Médecine de Montpellier, Lyon, St Étienne et Grenoble par exemple).

Des doutes peuvent par ailleurs être émis sur la compréhension de l'item relatif aux craintes de l'obtention du titre de Docteur en Médecine. Plusieurs réponses laissent en effet supposer que cette question aurait été perçue comme recherchant les craintes en lien avec la soutenance et la réussite de cette-ci. Seules les réponses cohérentes avec l'objectif réel ont été analysées.

De nombreux items enfin peuvent être vus comme des excuses potentielles, présentées par les procrastinateurs pour justifier le report de leur travail de thèse, tout autant que comme des facteurs explicatifs éventuels. Cette dimension n'a cependant pas été explorée spécifiquement, et pourrait faire l'objet d'un travail complémentaire.

2.3. Comparaison des résultats obtenus avec les données de la littérature

2.3.1. Résultats principaux

L'objectif du présent travail était de mettre en évidence les déterminants de la procrastination du travail de thèse chez les médecins généralistes du Bassin Annonéen, afin d'apporter une compréhension et une perspective intégrative de ce phénomène.

Trois des facteurs explicatifs retenus dans la littérature ont été considérés comme statistiquement corrélés à la procrastination, telle qu'elle a été définie dans le présent travail :

- l'association entre les phénomènes de procrastination du travail de thèse et la prévalence d'un temps de trajet quotidien important⁹⁴ ;
- le lien entre procrastination et tendances individuelles à sous-estimer le temps nécessaire pour atteindre les objectifs (ou optimisme de gestion temporelle)¹⁶⁰;
- le rapprochement entre l'orientation intrinsèque de la motivation et les tendances à la procrastination²².

2.3.2. Résultats secondaires

2.3.2.1. La procrastination

Les caractéristiques de la procrastination du travail de thèse

Aucun des répondants identifiés comme « procrastinateurs vrais » ne correspond précisément à la définition de la procrastination choisie pour le présent travail. La dimension d'inconfort et/ou d'anxiété relative aux comportements de report n'a en effet jamais été mise en évidence.

Son absence pourrait illustrer l'effet d'apaisement initial de la procrastination sur l'anxiété relative

à la tâche²⁶⁸ (« *Procrastinate now and panic later* »), qui, allié au soulagement ressenti après la soutenance de la thèse et aux processus de réécriture mnésique, pourraient fausser le souvenir de cette période.

Aucun répondant de ce sous-groupe ne présente par ailleurs de tendances auto-évaluées à la procrastination académique, telles qu'envisagées par Vallerand et Al.⁸². Cette inadéquation fait questionner la validité des modifications apportées à l'Échelle de Motivation en Éducation, mais également l'apport et l'intérêt de cet outil pour l'évaluation de la procrastination spécifique de la thèse.

L'association entre les différentes formes de procrastination

La procrastination du travail de thèse est considérée associée à une plus forte propension aux comportements de report dans la vie quotidienne (p-value = 0.0147), bien que la procrastination dans le champ scolaire soit habituellement plus marquée que dans les autres domaines de la vie de l'individu^{22 43 79}.

La procrastination décisionnelle, présente chez moins de 50% des « procrastinateurs vrais », ne serait pas spécifiquement corrélée à la procrastination de la thèse. L'implication des différents facteurs explicatifs dans son développement et son impact spécifique n'ont pas été recherchés.

La relation entre procrastination et comportements de report volontaire

La procrastination est statistiquement et significativement associée à une plus forte prévalence du report volontaire du travail de thèse (p-value = 0.0099). Cet aspect peut être vu comme une excuse avancée par les doctorants pour expliquer les délais constatés. L'unique raison évoquée pour expliquer ce mécanisme est l'accentuation de la motivation à l'approche de l'échéance¹, qui pourrait renvoyer aux difficultés ressenties par les doctorants face à un travail dont l'intérêt et les objectifs sont peu parlants ou insuffisants. Ces reports pourraient également être interprétés comme émanant d'un trait constitutif, ou comme l'expression d'habitudes de travail prises pendant le cursus universitaire. Ils pourraient pour finir illustrer l'apprentissage de la gestion et de l'urgence, nécessaire à la pratique médicale.

La prévalence de la priorisation, bien qu'importante dans cette population (60%), n'a permis de formuler aucune conclusion significative.

2.3.2.2. Les déterminants psychologiques

L'impact des déterminants psychologiques propres à l'individu

Seul l'optimisme de gestion temporelle, c'est-à-dire la tendance à sous-évaluer le temps nécessaire pour faire ce qui doit être fait, ou la sur-estimation des actions réalisables dans un temps donné, est retrouvé statistiquement associé à la procrastination du travail de thèse (p-value = 0.0441).

²⁶⁸ Lay et Silverman, 1996

Les conséquences de cet optimisme de jugement temporel pourraient être renforcées, entre autres, par :

- une méconnaissance par le doctorant des étapes du travail de thèse et du temps nécessaire pour mener à bien chacune d'entre elles ;
- une méconnaissance des échéances et/ou un défaut de programmation du travail en rapport avec celles-ci ;
- la sous-estimation des écueils et contraintes possibles, notamment administratives ;
- une inadéquation entre les objectifs du doctorant et les attentes du directeur de thèse et des instances universitaires ;
- un défaut de formation, d'information, d'accompagnement et d'encadrement ;
- la présence de conflits de rôle, notamment professionnels, réduisant le temps alloué à la thèse, et limitant l'engagement et à la motivation relatifs à celle-ci⁹⁸ ;
- la croyance profonde en l'efficacité personnelle intrinsèque, c'est-à-dire dans la capacité individuelle à faire face aux événements et aux obstacles éventuels ;
- un niveau de compétence perçue en inadéquation avec les capacités effectives.

Cette tendance pourrait d'autre part être reliée aux troubles de la structure temporelle, qui, bien que systématiquement retrouvés chez les « procrastinateurs vrais », ne sont pas considérés signifiants. Ces difficultés temporelles seraient essentiellement sous-tendues par le défaut de sens de l'objectif, qui pourrait mettre en lumière le manque de sens donné par le doctorant aux travaux réalisés au quotidien.

L'estime de soi est particulièrement présente chez les « procrastinateurs vrais » (80%), mais également dans l'ensemble de la population étudiée (55,2%). L'expression d'un défaut d'estime de soi est au contraire rare (6,9% dans l'échantillon).

L'absence complète de défaut d'estime de soi rapportée par les « procrastinateurs vrais » pourrait illustrer les difficultés individuelles à exprimer cette impression, par un mécanisme de protection de l'estime de soi et de l'image sociale du soi. Elle pourrait également être vue comme spécifique de la psyché des professionnels de santé, dont les réussites scolaires itératives, mais également la situation professionnelle, pourraient forger la confiance en soi et stimuler l'estime portée à soi-même.

La représentation majoritaire de l'optimisme dans la population cible pourrait répondre aux mêmes phénomènes.

Les tendances à la maximisation et au perfectionnisme, et la présence d'un fort degré de préoccupation envers les erreurs, pourraient également être vues comme constitutives de la structure psychique des professionnels médicaux, mais également comme inhérentes aux obligations et responsabilités intrinsèques de cette profession.

La prévalence de déterminants distinctifs renforce ainsi la non représentativité de la population étudiée.

La peur de l'échec, bien que significative pour la majorité des « procrastinateurs vrais », semble peu contributive, dans la mesure où elle concernerait l'ensemble des étudiants, qu'ils soient ou non enclins à la procrastination⁴¹.

L'évaluation des comportements d'auto-handicap, présents chez plus de la moitié des « procrastinateurs vrais », n'est pas confirmée par les items de vérification.

Ces comportements pourraient revêtir de fait une signification uniquement déclarative¹⁴⁸, dans une recherche de protection de l'estime de soi^{149 150} et de l'image de soi publique¹⁴⁹. Cette revendication s'apparenterait alors davantage à une recherche « d'excuses » face aux retards ou à l'échec de complétude du travail.

La structure de personnalité de doctorants « procrastinateurs vrais » se baserait sur une forte Application (ou Conscience professionnelle) prétendue, mais également sur une disposition à l'Ouverture aux expériences et à l'Agréabilité. A contrario, les tendances auto-évaluées au Neuroticisme sont faiblement représentées.

Les résultats obtenus pour ce sous-groupe sont donc en désaccord avec les données habituellement retrouvées dans la littérature, l'Application étant considérée protectrice des tendances à la procrastination^{49 61} et le Neuroticisme étant au contraire connu pour favoriser ces phénomènes⁴³.

L'expression de ces traits à l'échelle individuelle pourrait être entravée par les facteurs de conformisme et de désirabilité, l'aveu d'une faible Conscience Professionnelle ou d'une structure personnelle de type névrotique pouvant être pensé comme inacceptable pour un professionnel de santé.

L'impact des déterminants psychologiques associés à la tâche concernée

Un haut degré d'auto-régulation des apprentissages semble être un pré-requis indispensable à la réalisation d'études supérieures longues, de par la durée, la difficulté, et la teneur de l'encadrement proposé au cours de celles-ci. Le cursus universitaire médical, qui nécessite l'acquisition continue et dense de connaissances, et ce dès la première année, requiert à priori des étudiants qu'ils possèdent et développent un niveau conséquent d'auto-régulation de leurs comportements d'apprentissage. Celui-ci est d'autant plus nécessaire que la formation, qu'elle soit théorique ou pratique, se doit d'être poursuivie tout au long de la vie professionnelle, du fait de l'évolution perpétuelle de la science médicale.

L'évaluation de l'auto-régulation, issue d'un indice composite original, est significative pour 17,2% seulement des répondants. Elle est notable chez les « procrastinateurs vrais » (60%), bien que non significative, et ne semble donc pas protéger de la procrastination du travail de thèse.

La fidélité et la validité de l'indice conçu sont ainsi questionnées.

L'implication de l'auto-régulation des apprentissages dans la mise en œuvre du travail de thèse peut également être discutée. L'orientation, par exemple, de cette auto-régulation vers l'évitement de l'échec et non vers la réalisation elle-même, corrélée au degré d'aversion ressentie pour la thèse, pourrait, en limitant la mise en œuvre et l'efficacité des stratégies métacognitives¹⁵¹, favoriser les comportements de report.

La compréhension des processus sous-tendant la motivation au travail de thèse pourrait être biaisée par le caractère obligatoire de celle-ci, ne permettant pas au répondant d'envisager librement les éventuels autres facteurs impliqués.

Dans la population étudiée, la prévalence des orientations intrinsèque et extrinsèque de la motivation est similaire. La place de la motivation extrinsèque dite identifiée, relative aux conditions d'exercice et au choix de l'orientation professionnelle, est prégnante.

Chez les « procrastinateurs vrais », l'auto-détermination des comportements, représentée par l'orientation intrinsèque de la motivation (80%), serait statistiquement associée aux tendances individuelles à la procrastination (p -value = 0,1). La motivation au plaisir de la connaissance est la

seule dimension rapportée. Ce plaisir d'apprendre de nouvelles choses pourrait faire écho au bagage théorique issu des études universitaires.

La croyance de chaque répondant en son efficacité intrinsèque pourrait illustrer la confiance en soi progressivement développée par la formation médicale, afin de permettre la prise de décision dans toute situation, et plus particulièrement dans l'urgence.

La réalisation du questionnaire auprès de médecins thésés, exerçant, pour la plupart, une activité médicale depuis plusieurs années, a pu renforcer ce phénomène.

La perception répandue d'une compétence suffisante à la réalisation du travail de thèse (41,4% dans la population cible et 60% chez les « procrastinateurs vrais ») peut être perçue comme une réécriture a posteriori, éventuellement teintée par la représentation sociale.

De même, le niveau d'aversion à la réalisation de la thèse, rapporté significatif par moins de 50% des répondants, a pu s'estomper avec le temps.

La liberté laissée au doctorant dans le choix de son sujet de thèse et de son encadrement a été explorée. Une préférence pour le choix de la relation avec le directeur de thèse a été montrée. Cette tendance est cohérente avec ce qui est habituellement constaté en pratique, le doctorant requérant auprès d'un praticien de sa connaissance, habilité à diriger un travail de thèse, un sujet ou un projet à réaliser.

Cette pratique est décrite dans l'ensemble de la population étudiée, et ne semble pas favoriser spécifiquement les comportements de procrastination.

La libre orientation vers la Médecine Générale se doit d'être analysée en tenant compte des modifications apportées au troisième cycle des études médicales par la réforme de l'internat en 2004. Avant cette date, le choix de la Médecine Générale pouvait être motivé par la non obligation de passer le concours de l'internat, permettant de débiter une activité professionnelle dès la fin de la 6ème année. Suite à cette réforme, le choix de la Médecine Générale pouvait être entaché d'une réussite considérée imparfaite à l'Examen Classant National (ECN), et avoir des conséquences motivationnelles sur l'ensemble de l'internat, et sur la thèse elle-même.

L'engagement au travail de thèse est rapporté par moins de 50% des répondants. Il est présent pour 60% des « procrastinateurs vrais ». La dimension comportementale serait cependant bien moins marquée (20%) que dans la population cible (83,3%), ce qui s'avère cohérent avec les comportements de report effectifs. L'évaluation de l'engagement comportemental pourrait donc être un marqueur intéressant des risques individuels de procrastination.

22,7% des répondants, et 25% des « procrastinateurs vrais », auraient terminé leur travail de thèse en moins de 6 mois. Cette durée annoncée questionne sur sa propre véracité, mais surtout sur les caractéristiques et les conditions de réalisation de ces thèses, ainsi que sur la relative rareté d'une situation qui semble idéale, au regard des contraintes et conflits associés à cette période.

Rares sont d'autre part les doctorants qui auraient travaillé leur sujet pendant plus de 3 ans. Aucun n'appartient à la catégorie des « procrastinateurs vrais ».

La faible évaluation des craintes relatives à l'obtention du titre de Docteur en Médecine pourrait témoigner de mécanismes de protection de l'estime de soi, ou du degré de confiance en

soi vécu par les doctorants.

L'impact des déterminants psychologiques spécifiques du contexte de réalisation

Le soutien perçu par le doctorant pendant la période de préparation de la thèse serait essentiel au bon déroulement, mais également au vécu et au ressenti de celle-ci.

Les praticiens interrogés se sont majoritairement sentis soutenus par leurs proches, mais également par leur directeur de thèse (75,9%). Cette tendance est également retrouvée chez les « procrastinateurs vrais » (80%). Les formes de ce soutien varieraient selon son origine, le soutien émotionnel perçu du directeur de thèse étant moins marqué, et la réassurance de la valeur individuelle moins ressentie des proches.

L'influence de l'aide apportée par les instances universitaires est deux fois plus représentée par les instances administratives que par les enseignants du Département de Médecine générale. Ce constat permettra d'envisager l'impact, sur le ressenti de la thèse, de la progression dans l'encadrement universitaire.

Le ressenti de contraintes et de conflits de rôle à la réalisation du travail de thèse est évoqué par près des trois quarts des répondants.

Le vécu de ces contraintes est statistiquement associé à la procrastination (p -value = 0,102). Elles seraient significatives dans 80% des cas. Elles seraient avant tout professionnelles, puis tout autant temporelles, que personnelles et familiales, ou pratiques. Elles illustrent les difficultés vécues par les doctorants en médecine, pour concilier une activité professionnelle, le plus souvent prenante, l'épanouissement de leur vie personnelle, et leurs obligations universitaires. Ces considérations sont le plus souvent différentes de celles des doctorants en Sciences, qui bénéficient d'émoluments et surtout d'un temps spécifique pour se consacrer à leur thèse.

Les conflits de rôle en lien avec la pratique de loisirs sont par ailleurs systématiquement évoqués. Ils pourraient résonner avec les contraintes professionnelles, réduisant le temps disponible pour se détendre, et avec le vécu des contraintes universitaires et hospitalières ayant émaillé les études médicales.

Le sentiment d'appartenance à la profession médicale serait présent chez 72,4% des répondants et 80% des « procrastinateurs vrais ».

La réalisation rétrospective du questionnaire, en confondant l'appartenance ressentie pendant la période de préparation de la thèse et lors de la passation du test, a pu fausser cette évaluation. L'impression d'appartenir à une catégorie professionnelle ne protégerait cependant pas des phénomènes de report.

2.3.2.3. Les facteurs inhérents au travail de thèse

Le sujet de thèse

Le sujet de thèse aurait une influence sur les phénomènes de procrastination de la thèse⁹⁴.

Le domaine de recherche du sujet aurait concerné la Médecine Générale dans la majorité des cas. L'encadrement apporté en réponse au choix de participer à la recherche en Médecine Générale ne permettrait pas de limiter les comportements de report.

Le sujet aurait été plus souvent imposé que choisi, que ce soit dans la population étudiée (69%) ou chez les « procrastinateurs vrais » (80%). Les sujets de spécialité auraient été plus largement imposés (86,7%) que les sujets de Médecine Générale.

La majorité des personnes interrogées s'est sentie accompagnée ou entendue dans le choix et la définition du sujet.

L'intérêt du sujet, pour le doctorant à titre personnel et pour la pratique médicale, ne protégerait pas des phénomènes de procrastination. Les sujets étudiés paraissent, a posteriori, captivants pour l'impétrant à titre personnel dans 75,9% des cas, et intéressants pour la pratique médicale pour 62,1% des doctorants.

Moins de la moitié des doctorants a, a contrario, trouvé un lien entre le sujet et le projet professionnel. Une recherche d'adéquation entre le sujet traité pour la thèse d'exercice et le projet professionnel du doctorant pourrait favoriser la réalisation du travail de thèse, mais également en améliorer le vécu.

La prévalence d'un changement de sujet en cours de travail est réduite dans l'échantillon étudié (13,8%). Elle serait supérieure chez les « procrastinateurs vrais » (40%). Ce changement a pu être responsable d'une perte de temps, d'énergie, de motivation, mais également de confiance en soi du doctorant, contaminant et entravant la mise en œuvre mais également l'achèvement du nouveau projet. Il n'a pas été établi de relation statistique avec les phénomènes de procrastination.

L'utilité perçue du travail de thèse est faiblement représentée (« procrastinateurs vrais » 20%). Elle a été évaluée à partir d'un indice original, dont la fiabilité et la fidélité devront être définies. Il n'a pas été retrouvé de différence significative entre les sous-groupes.

Le directeur de thèse

La relation avec le directeur de thèse était choisie dans plus de 80% des cas.

Les praticiens encadrants exerçaient majoritairement une activité hospitalière. Les directeurs de thèse des « procrastinateurs vrais » étaient cependant plus fréquemment issus de centres hospitaliers périphériques (p-value = 0,0525) et moins des CHU (p-value = 0,0599). Cette spécificité se doit d'être corrélée aux caractéristiques sociodémographiques spécifiques du sous-groupe. Elle interroge cependant sur les divergences de prise en charge, et éventuellement d'accès aux ressources, opposées aux doctorants qui ne sont pas soutenus par un praticien universitaire.

La formation d'un plus grand nombre de directeurs de thèse de Médecine Générale, parmi les médecins libéraux, permettrait d'ancrer plus facilement la thèse d'exercice dans la pratique médicale. S'attacher à développer la science médicale relative à la Médecine Générale telle qu'elle est exercée en ambulatoire, et rapprocher les objectifs universitaires de cette pratique, pourrait permettre à la fois de renforcer l'intérêt des doctorants pour leur travail de thèse et pour la recherche en Médecine Générale, mais également d'appuyer l'orientation vers la médecine ambulatoire en favorisant le lien entre les praticiens et leurs futurs confrères.

Le contexte universitaire

La performance scolaire habituelle est appréciée grâce aux résultats universitaires,

considérés bons par les répondants dans la majorité des cas, et par l'auto-évaluation des tendances à la procrastination pendant les études médicales, elles-mêmes supposées réduites. Le caractère auto-rapporté de ces données fait discuter leur véracité, au regard notamment du risque d'effet « Dunning-Kruger » et de l'expression de biais de prestance²²⁴. L'évaluation de l'ancienneté des comportements de procrastination et de leur retentissement universitaire pourrait être menée sur des données objectives, telles que la prévalence des sessions de rattrapage à l'échelle individuelle.

L'engagement dans les études médicales peut être illustré par l'obtention de diplômes complémentaires, en parallèle de la thèse. Cette situation n'est cependant pas majoritaire (34,5%), et d'autres indicateurs comme l'évaluation présenteielle, pourraient être exploités. Cet aspect ne semble avoir aucun impact sur les phénomènes de procrastination. Cependant, favoriser précocement l'implication universitaire pourrait permettre de familiariser les étudiants avec le fonctionnement et la composition de leur faculté, et faciliter ensuite l'accès aux ressources disponibles.

L'engagement scolaire serait par ailleurs influencé par la présence d'une opportunité professionnelle immédiate en post-internat. Celle-ci, majoritairement présente (82,8%), ne semble pas impacter la procrastination du travail de thèse. La précision du type d'opportunité présentée et de l'intérêt de celle-ci pour le doctorant pourrait compléter ce point.

Un trajet supérieur à 60 min entre le lieu de vie et la faculté de rattachement serait significativement associé à une procrastination plus importante (p-value = 0.09). Ce temps de trajet restreint logiquement l'accès aux ressources universitaires physiques, et peut également complexifier les rapports aux instances, notamment administratives.

L'utilisation des ressources universitaires pourrait faciliter la mise en œuvre et la complétude du travail de thèse. La participation aux cours de préparation à la thèse est plus fréquente que la présence en séminaire doctorant (55,2% versus 27,6%). Ceux-ci semblent moins connus et n'être fréquentés que par obligation. Ils sont toutefois plus fréquemment évalués comme utiles par les doctorants que les cours (50% versus 33%). Les attentes rapportées concernant les cours sont essentiellement pratiques (recherche d'informations, d'aide et de conseils).

Le développement de ressources universitaires répondant aux attentes des doctorants et éventuellement pensées avec eux, dans leur forme et dans leur contenu, pourrait favoriser l'implication et la participation. Leur intérêt pourrait être adapté à l'avancée de chacun. L'étude de l'impact de ces ressources sur la procrastination fournirait un moyen de lutte rapidement mobilisable contre les comportements de report.

2.3.2.4. Les données sociodémographiques

Les données sociodémographiques générales

Le niveau de formation du père serait plus avancé que celui de la mère dans l'échantillon étudié (62% versus 44,8% de formation BAC et au delà). Il n'existerait au contraire aucune différence chez les « procrastinateurs vrais ».

Le type de formation réalisée et la profession exercée pourraient en outre avoir un impact sur la transmission des valeurs du travail et des méthodologies d'apprentissage. La connaissance de ces paramètres pourrait participer au dépistage des tendances individuelles à la procrastination.

Le contexte personnel du doctorant pendant la période de préparation de la thèse

La situation familiale du doctorant pendant la période de préparation de la thèse, même si elle peut expliquer les processus et comportements de report, ne saurait être accessible à la prévention et à la prise en charge.

La majorité des répondants (72,4%), et la totalité des « procrastinateurs vrais » étaient en couple pendant la période de préparation de leur thèse. La quasi totalité des conjoints avait une activité professionnelle, la plupart d'entre eux étant salariés du public. L'activité professionnelle était majoritairement inférieure à 55 heures hebdomadaires et les revenus étaient considérés significatifs dans la majorité des cas (85%).

37,9% des répondants étaient chargés de famille, et avaient des enfants pour 90,9% d'entre eux. L'impact de cette charge familiale sur l'avancement du travail de thèse était vu comme délétère dans 70% des cas environ.

La charge familiale serait à la fois effectivement responsable de conflits de rôle pour le doctorant, mais représenterait également une excuse socialement acceptable au report des obligations universitaires. Cette charge aurait un impact plus marqué chez les femmes, du fait notamment des corollaires du concept de charge mentale⁶⁰. La prévalence de la parentalité augmenterait d'autre part avec l'âge du doctorant, et donc avec le temps mis pour passer la thèse.

L'enfant à charge était unique dans 50% des cas dans l'échantillon étudié, et systématiquement chez les « procrastinateurs vrais ». La majorité des enfants à charge étaient en âge pré-scolaire. Ils étaient essentiellement gardés en crèche ou par la famille du doctorant (60%). Le mode de garde choisi était considéré flexible par 50% des répondants et par tous les « procrastinateurs vrais », sans que cette différence ne soit significative.

40% environ des doctorants pratiquaient une activité extra-professionnelle pendant la période de préparation de la thèse. Le temps consacré à cette activité serait significatif dans la plupart des cas (58,3% versus 100%).

Cette pratique pourrait révéler une recherche d'échappement aux contraintes universitaires, puis professionnelles imposées à l'étudiant et au doctorant. Elle pourrait être la source de conflits de rôle impliquant les loisirs.

La majorité des doctorants rapporte avoir vécu au moins un événement personnel marquant au cours de la période de préparation de la thèse (58,6% versus 80%). L'impact de celui-ci aurait été défavorable dans 60% des cas environ. Cet aveu peut être perçu comme une recherche d'excuse. Il illustre cependant également le poids de la vie personnelle et intime du doctorant sur les impératifs extérieurs, et notamment universitaires.

La situation professionnelle du doctorant pendant la période de préparation de la thèse

La majorité (72,5% versus 80%) des doctorants exerçait en milieu hospitalier pendant la période de préparation de leur thèse. 60% environ d'entre eux étaient internes ou assimilés.

Le temps de trajet quotidien entre le lieu de vie et le lieu de travail était modéré dans l'échantillon étudié, mais spécifiquement élevé pour les « procrastinateurs vrais » (p -value = 0.0778). Le temps perdu dans les transports peut ainsi être vu comme une contrainte temporelle supplémentaire entravant la réalisation du travail de thèse.

Un seul doctorant signalait un complément de revenu pendant la période de préparation de la thèse. La pertinence de la recherche de ce paramètre pourra donc être discutée.

L'engagement professionnel pourrait être évalué au travers du temps de travail hebdomadaire, majoritairement supérieur à 55 heures, et de la pression professionnelle ressentie. Celle-ci était plus prégnante pour les « procrastinateurs vrais », même si cette différence n'était pas significative.

Le conseil de favoriser une activité professionnelle nécessitant une implication et un engagement modulables et/ou modérés pourrait permettre de limiter l'importance et l'impact des conflits de rôle professionnels sur la réalisation et l'achèvement de la thèse.

2.3.3. Les facteurs explicatifs spécifiques du report du travail de thèse

Le report du travail de thèse a été retrouvé significativement corrélé aux tendances individuelles à la procrastination du travail de thèse (p -value = 0,0036), mais également à celles présentes dans la vie quotidienne (p -value = 0,0144). Ce constat renforce la fidélité de cette mesure objective, ainsi que son intérêt dans l'appréciation des phénomènes de procrastination.

L'association statistique entre le temps de réalisation de la thèse et le report de la soutenance de celle-ci est également considérée significative (p -value = 0,00216).

Le temps écoulé entre l'initiation et l'achèvement du travail de thèse pourrait influencer le vécu de celui-ci, au travers notamment des dynamiques motivationnelles, du sentiment de compétence perçue, ou de l'aversion ressentie.

L'évolution des perspectives personnelles, qu'elles soient familiales, avec le souhait par exemple de fonder une famille, ou professionnelles, en rapport avec la modification progressive des responsabilités, pourrait favoriser la prolongation du délai entre l'initiation du travail et la soutenance.

Les phénomènes de procrastination et le retard à l'achèvement du travail de thèse seraient d'autre part responsables d'un auto-entretien de ces processus.

Une plus faible prévalence des tendances individuelles au Neuroticisme serait pour finir associée au report du travail de thèse (p -value = 0,069). Cette donnée est en opposition avec les résultats retrouvés dans la littérature^{43 49 61}. Les dimensions habituellement corrélées au Neuroticisme, telles que l'anxiété et le vécu d'émotions négatives, ou encore le concept de dépendance, n'ont pas été spécifiquement investigués, ne permettant pas d'apporter une compréhension plus fine.

La faible représentation du trait Neuroticisme pourrait être associée à de moindres niveaux d'anxiété et de vécus négatifs. Les reports effectifs ne seraient ainsi plus limités par l'anxiété

réactionnelle.

2.3.4. Corrélations et interrelations des facteurs explicatifs de la procrastination

La recherche bibliographique a permis d'évoquer de nombreuses interactions entre les facteurs déterminants de la procrastination.

Leur étude ne répondant pas à l'objectif de ce travail, et afin de ne pas accentuer davantage l'effet d'inflation du risque α , celles-ci n'ont pas été analysées.

3. Ouvertures et perspectives

3.1. Proposition de travaux complémentaires

L'outil construit et testé tout au long de ce travail pourrait faire l'objet de transformations et d'adaptations, permettant en particulier d'obtenir sa validation psychométrique.

La mise en œuvre d'études observationnelles de plus grande ampleur permettrait ensuite d'affiner et de confirmer les associations statistiques esquissées ici, mais également d'envisager d'autres pistes de réflexion.

La distribution de cet outil dans une population plus variée, en terme d'origines géographiques, de faculté de rattachement, de spécialités et de modes d'exercice, permettrait d'accroître la représentativité des résultats obtenus.

Le recensement des déterminants accessibles à la prise en charge pourrait compléter judicieusement ces recherches.

La réalisation de travaux basés sur une méthodologie expérimentale pourrait par ailleurs être envisagée.

Ils pourraient par exemple rechercher l'efficacité des ressources universitaires disponibles, mais aussi de mesures innovantes de prise en charge ou de prévention de la procrastination universitaire et du travail de thèse.

Les résultats obtenus permettraient à la fois de discerner des relations causales entre les phénomènes de procrastination du travail de thèse et les facteurs explicatifs dégagés, mais aussi d'aider au développement d'outils utiles à l'accompagnement des doctorants.

3.2. Plan de lutte pour la complétude du travail de thèse

La procrastination académique, et celle, plus spécifique, du travail de thèse, pénalise le

doctorant, mais également la faculté dont il dépend. La connaissance et la compréhension des dynamiques à l'œuvre ne trouvent par conséquent leur utilité que dans le développement de moyens efficaces et éclairés d'accompagnement des impétrants, mais également des directeurs de thèse, et des instances universitaires concernées. Plusieurs axes de travail pourraient être envisagés.

Le « dépistage » des tendances individuelles à la procrastination au cours des études médicales³⁶, et plus particulièrement du 3^{ème} cycle, permettrait d'alerter précocement les doctorants et faciliterait la mise en place d'un accompagnement adapté.

Cet accompagnement pourrait prendre la forme d'entretiens de motivation individuels ou en effectifs réduits, de groupes de pratiques tutorés, encadrés par des directeurs de thèse bienveillants³³, de groupes de soutien animés par de jeunes thésés, ou encore de formations complémentaires, orientées d'après les facteurs individuels sous-tendant les phénomènes de procrastination. Le soutien pourrait être proposé, selon les besoins des doctorants, aussi bien par des psychologues ou des thérapeutes²⁶⁹, que par des professionnels rompus à la recherche clinique (médecins chercheurs ou des Attachés de Recherche Clinique). L'accent pourrait être mis sur l'optimisation de la gestion temporelle²⁷⁰.

Les modalités pratiques du travail de thèse pourraient être revues.

L'importance de la soutenance pour la poursuite professionnelle pourrait être renforcée, en reconsidérant le délai accordé entre la fin de l'internat et la soutenance. L'obligation d'avoir soutenu sa thèse doctorante pour pouvoir exercer, tel que c'est le cas par exemple pour les pharmaciens, limiterait le temps perdu. Plusieurs difficultés devront cependant être envisagées :

- le manque de disponibilité et de temps pour réaliser un travail de thèse en parallèle de la formation pratique d'interne (Temps de travail des internes²⁵⁰) ;
- les écueils pratiques liés à la concentration des soutenances sur de courtes périodes (constitution des jurys, disponibilité des salles, ...) ;
- le vide démographique renforcé par un défaut prévisible de médecins remplaçants ;
- les entraves et contraintes financières imposées aux doctorants, notamment lorsque ceux-ci sont chargés de famille.

La liberté (ou la solitude) laissée aux doctorants dans le choix du sujet et de l'encadrant pourrait également être réexaminée. Des propositions de sujet et l'identification des directeurs de thèse disponibles pourraient être envisagées.

L'accompagnement proposé dans le processus de recherche pourrait être révisé:

- un rappel régulier des délais légaux, tel qu'effectué pour la soutenance du mémoire de DES de Médecine Générale à la Faculté de Médecine de Montpellier, pourrait être fait ;
- le dépôt du sujet de thèse avant la fin des stages pratiques d'internat pourrait être imposé ;

²⁶⁹ Rorer, 1983

²⁷⁰ Hanel, 1981, cité par Hoff Macan et Al., 1990

- des échéances intermédiaires pourraient être proposées^{145 271}, comme c'est le cas à la Faculté de Médecine de St Étienne ;
- un accompagnement concret et rapproché, par des sessions tutorées, pourrait être mis en place ;
- les travaux de groupe pourraient être favorisés ;
- une aide technique, calquée sur les ressources mises à disposition des doctorants de spécialité, pourrait être apportée (aide au recueil des données et à l'analyse statistique⁶⁷, support théorique et rédactionnel, ...).

L'intérêt de la thèse pourrait être stimulé, et le travail réalisé valorisé, par la production et la publication systématiques d'articles scientifiques.

L'encadrement pourrait d'autre part être favorisé par le recrutement et la formation de directeurs de thèse motivés et disponibles.

Travailler sur la thèse elle-même amène pour finir à questionner son intérêt intrinsèque, les témoignages de la faible considération qui lui est portée, aussi bien par les impétrants que par les universitaires, ne manquant pas.

La thèse est-elle indispensable ? Est-elle cohérente et recevable pour évaluer la valeur d'un jeune médecin ?

La réalisation d'un travail de recherche a-t-elle du sens pour chaque impétrant, chaque spécialité, chaque projet professionnel ?

La thèse d'exercice doit-elle avoir la même valeur scientifique qu'une thèse de science ? Sa qualité doit-elle être envisagée avec les mêmes critères ? Son apport à la Science Médicale doit-il être son seul objectif ? La vision de la thèse par les doctorants est-elle congruente avec les attentes et les aspirations des instances universitaires ?

Nonobstant les facteurs explicatifs envisagés, repenser la thèse, sa valeur, son sens, sa mise en œuvre pourrait être la réponse aux tendances individuelles à la procrastination qui lui sont associées.

²⁷¹ Ariely et Wertenbroch, 2001

CONCLUSION

L'influence des déterminants de la procrastination, évoqués dans la littérature, sur les tendances individuelles à la procrastination du travail de thèse, a été recherchée chez les médecins généralistes du Bassin Annonéen.

44,8% des médecins interrogés évaluaient leurs tendances personnelles à la procrastination comme significatives et 27,6% déclaraient avoir effectivement reporté leur travail de thèse. La conjugaison de ces deux phénomènes, définissant les « procrastinateurs vrais », était retrouvée dans 17,2% des cas.

L'analyse statistique univariée a permis d'identifier l'auto-évaluation du sentiment de report volontaire, la propension à la procrastination dans la vie quotidienne, l'optimisme de gestion temporelle, le ressenti de contraintes, notamment organisationnelles et l'orientation de la motivation à la réalisation du travail de thèse, mais aussi le lieu d'exercice du directeur de thèse, comme étant des facteurs explicatifs statistiquement significatifs de cette procrastination spécifique. Ces résultats sont cohérents avec les facteurs explicatifs débusqués dans la littérature, même si l'étude menée ne permet pas de conclure à une relation causale.

Plusieurs écueils pratiques ont entravé la mise en œuvre du présent travail, parmi lesquelles des difficultés de conception statistique et de distribution du questionnaire. Des limites méthodologiques, telles que l'absence de validation psychométrique de l'outil, la non représentativité de l'échantillon étudié, la faible puissance ou l'inflation du risque α , doivent également être soulignées. La présence de biais cognitifs et statistiques, liés au caractère rétrospectif du recueil de données, à la prédominance des instruments de mesure psychologiques basés sur l'auto-évaluation, à l'influence du facteur de désirabilité sociale, ou inhérents à la construction psychique et aux attentes de l'examineur, ou encore associés à l'outil lui-même, se doit d'être par ailleurs signalée.

La réalisation d'une étude exploratoire et de plus grande envergure pourra s'avérer utile pour valider l'outil proposé et appuyer les résultats préliminaires obtenus. La distinction des déterminants accessibles à une prise en charge pédagogique permettra par ailleurs le développement d'outils et de procédures efficaces de lutte contre la procrastination du travail de thèse, dans l'attente d'une réflexion plus profonde concernant l'intérêt intrinsèque de celui-ci. Le dépistage des tendances à la procrastination académique au cours des études médicales, la réévaluation du délai octroyé entre la fin de l'internat et la soutenance, les modalités d'accompagnement des doctorants et des directeurs de thèse, la mise à disposition d'aides techniques et de ressources de formation, mais également la valorisation du travail de thèse, sont autant d'optimisations à envisager.

BIBLIOGRAPHIE

AKIN, Ahmet. « Academic locus of control and self-handicapping ». *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, n° 30 (2011): 812-16.

ALEXANDER, Elizabeth S., et Anthony J. ONWUEGBUZIE. « Academic procrastination and the role of hope as a coping strategy ». *Personality and Individual Differences*, n° 42 (2007): 1301-10. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2006.10.008>.

AMABILE, Teresa M. « Motivation and creativity: Effects of mativaional orientation on creative writers ». *Journal of Personality and Social Psychology* 48, n° 2 (1985): 393-99.

AMABILE, Teresa, et Al. « Effects of externally imposed deadlines on subsequent intrinsic motivation ». *Journal of Personality and Social Psychology* 34, n°1 (1976) : 92-98

ARIELY, D., et K. WERTENBROCH. « Procrastination, deadlines and performance: Self-Control by Precommitment », (juin 2001)

BAILLY, Nathalie, et Marie-Lise ILHARRAGORRY-DEVAUX. « Adaptation et validation en langue française d'une échelle de prise de décision ». *Canadian Journal of Behavioural Sciences* 43, n°3 (2011): 143-149. DOI: 10.1037/a0021031

BALKIS, Murat. « Analysis of the relation between academic procrastination, academic rational / irrational beliefs, time preferences to study for exams, and academic achievement: A Structural Model ». *European Journal of Psychology of Education*, n° 28 (2013): 825-39.

BATTANDIER, Alain. « Motivation – La pyramide des besoins selon Maslow ». *Management*, [en ligne], (30/06/2009). Disponible sur : <http://alain.battandier.free.fr/spip.php?article6>

BARBARIN, Fabrice. « Les travaux de thèses des jeunes médecins généralistes en 2015, dix-huit mois après la fin de l'internat à Bordeaux: situation par rapport aux objectifs personnels, prévalence de la soutenance de thèse et facteurs d'influence de l'avancée de la thèse ». *Thèse d'exercice Médecine Générale, domaine Médecine Humaine et Pathologie, Paris Descartes*, (2015). HAL - Archives ouvertes.fr. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01277311>

BERNET, Emmanuel, et Al. « Mesure de l'engagement scolaire. Engagement scolaire en milieu défavorisés: traduction et validation exploratoire d'une échelle de mesure ». *Educational Journal of the University of Patras UNESCO Chair* 1, n°1 (2014): 20-33. ISSN: 2241-9152

BESWICK, Gery., et Al. « Psychological antecedents of student procrastination ». *Australian psychologist* 23, n° 2 (juillet 1988): 207-17.

BLUM, Lawrence D. « The "All-but-the-dissertation" student and the psychology of doctoral

dissertation ». *Journal of College Student Psychotherapy*, n^o 24 (2010): 74-85.

BLUNT, Allan K., et Timothy A. PYCHYL. « Task aversiveness and procrastination: A multi-dimensional approach to task aversiveness across stages of personal projects ». *Personality and Individual Differences*, n^o 28 (2000): 153-67.

BOUFFARD, Léandre. « Variation sur le bonheur: un complément ». *Revue québécois de psychologie* 20, n^o 2 (1999): 207-17.

BOYSAN, Murat, et Erkan KIRAL. « Associations between procrastination, personality, perfectionism, self-esteem and locus of control ». *British journal of Guidance and Counselling*, 2016, 1-13. <https://doi.org/10.1080/03069885.2016.1213374>.

BRIDGES, K.Robert, et Miguel ROIG. « Academic procrastination and irrational thinking: A re-examination with context controlled ». *Personality and Individual Differences* 22, n^o 6 (1997): 941-44.

BURNS, Lawrence R., and Al. « Academic procrastination, perfectionism, and control: Associations with vigilant and avoidant coping ». *Journal of Social Behavior and Personality* 15, n^o 5 (2000): 35-46.

BURKA, Jane B., et Lenora M. YUEN. « Procrastination: Why you do it - What to do about it now ». Cambridge: Da Capo Press. (Lifelong Books), (1983). 322 p. ISBN 978-0-7382-1170-1

CAPAN, Bahtiyar E. « Relationship among perfectionism, academic procrastination and satisfaction with life of university students ». *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, n^o 5 (2010): 1665-71.

CARNET2PSYCHO. « La définition de négativisme. » *C2P – carnet2psycho*, [en ligne], (page consultée le 20/11/2017). Disponible sur: <https://carnets2psycho.net/dico/sens-de-negativisme.html>

CARON, Jean. « L'échelle de provisions sociales: Une validation québécoise ». *Santé Mentale Au Québec* 21, n^o 2 (Automne 1996): 158-80.

———. « Une validation de la forme abrégée de l'Échelle de provisions sociales: l'EPS - 10 items ». *Santé mentale au Québec* 38, n^o 1 (2013): 297-318. <https://doi.org/10.7202/1019198ar>.

CENTRE D'OBSERVATION DE LA SOCIÉTÉ. « Riches, pauvres et classes moyennes: comment les situer? » *Centre d'observation de la société*, [en ligne], (22/09/2016), (page consultée le 05/06/2017). Disponible sur: <http://www.observationsociete.fr/categories-sociales/donneesgenerales/riches-pauvres-et-classes-moyennes-comment-se-situer-2.html>.

Remplacé par:

« Riches, moyens, pauvres: comment le revenu vous classe. » *Centre d'observation de la société*, [en ligne], (05/10/2017), (page consultée le 12/12/2017). Disponible sur: <http://www.observationsociete.fr/categories-sociales/donneesgenerales/riches-pauvres->

[moyens.html](#)

CHAUVEL, Corentin. « Journée mondiale de la procrastination: "c'est n'est pas un problème, c'est une solution." ». 20minutes (25/03/2011) [en ligne], (page consultée le 05/12/2016). Disponible sur: <https://www.20minutes.fr/societe/694688-20110325-societe-journee-mondiale-procrastination-ce-probleme-solution>

CUTRONA, C.E, et D. RUSSELL. « Social Provisions Scale », (1987), (rev. 4/03) : 472-81.

DAR-NIMROD, Ilan, et Al. « The Maximization Paradox : The costs of seeking alternatives » *Personality and Individual Differences*, n°46 (2006) : 631-35. DOI : 10.1016/j.paid.2009.01.007

DECI, Edward L., et Richard M. RYAN. « The "What" and "Why" of goal pursuits : Human needs and the self-determination of behavior ». *Psychological Inquiry* 11, n° 4 (2000): 227-68.
_____ . « Favoriser la motivation optimale et la santé mentale dans les divers milieux de vie. » *Canadian Psychology* 49, n°1 (2008) : 24-34

DENOYEL-JAUMARD, Alice, et Audrey BOCHATON. « Des pratiques et espaces médicaux en transformation : effet générationnel ou conséquence de la féminisation de la profession ? ». *Revue francophone sur la Santé et les Territoires*, (Décembre 2015):1-14

DEWITTE, Siegfried, et Willy LENS. « Procrastinators lack of broad action perspective ». *European Journal of Personality*, n° 14 (2000): 121-40.

DEWITTE, Siegfried, et Henri C. SCHOUWENBURG. « Procrastination, temptations and incentives: The struggle between the present and the futur in procrastinators and the punctual ». *European Journal of Personality*, n° 16 (2002): 469-89. <https://doi.org/10.1002/per.461>.

DI FABIO, Annamaria. « Decisional procrastination correlates: personality traits, self-esteem, or perception of cognitive failure? » *International journal of Educational and vocational guidance*, n° 6 (2006): 109-22.

DIRECTION DE L'INFORMATION LEGALE ET ADMINISTRATIVE, (Premier ministre). « Quel est la nomenclature des diplômes par niveaux? » *Service-public.fr* [en ligne], (page consultée le 8 février 2017), (mise à jour le 12/12/2017). Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F199>.

DOSSETT, Denis L., et Al. « The impact of goal setting on survey returns ». *The Academy of Management Journal* 23, n° 3 (septembre 1980): 561-67.

DUBEAU, Annie., et Al. « L'utilité perçue de la tâche: présentation du concept et état de la recherche ». *Revue canadienne de l'éducation* 38, n° 1 (2015): 1-23.

DUMONT, Michelle, et Al. « French adaptation of General Self-Efficacy Scale » *Université de Berlin* (2000). Disponible sur: <http://userpage.fu-berlin.de/~health/french.htm>

DUPONT, Serge, et Al. « Comment expliquer le dépôt différé du mémoire de fin d'étude? ». *Les cahiers de la recherche du Griesef*, n°85 (Octobre 2011): 1-24. <hal-00976884>
_____. « Postponement in the completion of the final dissertation: An underexplored dimension of achievement in higher education ». *European Journal of Psychology of Education*, (septembre 2012): 1-21. <https://doi.org/10.1007/s10212-012-0132-7>.

EVRARD, Nicolas. « Métiers de la santé: les femmes n'ont pas toujours le beau rôle ». *Onmeda*, [en ligne], (27/05/2014), (page consultée le 13/01/2018). Disponible sur <https://www.onmeda.fr/dossiers-sante/femmes-et-metiers-de-la-sante.html>

FANGET, Frédéric, et Al. « Le perfectionnisme. Approche cognitive et comportementale. » *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, n°19 (2009) : 79-85

FASS, Michael E., Jonathan G. TUBMAN. « The influence of parental and peers attachment on college student's academic achievement. ». *Psychology in the Schools* 39, n°5 (2002): 561-73.
DOI: 10.1002/pits.10050

FAURE, J., et Al. « Validation en langue française des échelles de Maximation et de Regret de Schwartz et collaborateurs ». *Psychologie française*, 2014, 1-16.

FERRARI, Joseph R. « Reliability of academic and dispositional measures of procrastination ». *Psychological reports*, n° 64 (1989): 1057-58.

_____. « Compulsive procrastination: Some self-reported characteristics. »

Psychological reports, n° 68 (1991): 455-58.

_____. « Self-handicapping by procrastinators: Protecting self-esteem, social-esteem or both? » *Journal of Research in Personality* 25, n° 3 (septembre 1991): 245-61.

[https://doi.org/10.1016/0092-6566\(91\)90018-L](https://doi.org/10.1016/0092-6566(91)90018-L).

_____. « Procrastinators and perfect behavior: An exploratory factor analysis of self-representation, self-awareness and self-handicapping components ». *Journal of Research in Personality*, n° 26 (1992): 75-84.

_____. « Psychometric validation of two procrastination inventories for adults:

Arousal and avoidance measures ». *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment* 14, n° 2 (1992): 97-110.

_____. « Dysfunctional procrastination and its relationship with self-esteem, interpersonal dependency and self-defeating behaviors ». *Personality and Individual Differences* 17, n° 5 (1994): 673-79.

_____. « Procrastination and attention: Factor analysis of attention deficit, boredomness, intelligence, self-esteem and task delay frequencies, in Procrastination: Current issues and new directions ». *Journal of Social Behavior and Personality* 15, n° 5 (2000): 185-96.

_____. « Getting things done on time: Conquering procrastination ». In *Coping with Stress - Effective People and Processes*, C.R. SNYDER., (2001): 30-46.

FERRARI, Joseph R., et Juan Francisco DIAZ-MORALES. « Perceptions of self-concept and self-representation by procrastinators: further evidences ». *The Spanish Journal of Psychology* 10, n° 2

(2007): 91-96.

FERRARI, Joseph R., et Barbara R. EFFERT « Decisional procrastination: Examining personality correlates ». *Journal of Social Behavior and Personality* 4, n^o 1 (janvier 1989): 151-56.

FERRARI, Joseph R., et Robert A. EMMONS. « Procrastination as revenge: Do people report using delays as a strategy for vengeance? ». *Personality and Individual Differences* 17, n^o 4 (1994): 539-44.

_____. « Methods of procrastination and their relation to self-concept and self-reinforcement: An exploratory study ». *Journal of Social Behavior and Personality* 10, n^o 1 (1995): 135-42.

FERRARI, Joseph R., et Al. « Exploring the time preferences by procrastinators: Night or day, which is the one? » *European Journal of Personality* 11, n^o 3 (1997): 187-96.

FINN, K., et Marie-Claude GUAY « Perfectionnisme et anxiété de performance chez les étudiants universitaires. » *Revue de psychoéducation* 42, n^o1 (2013) : 1-23

FLETT, Gordon L., et Al. « Components of perfectionism and procrastination in college students ». *Social Behavior and Personality* 20, n^o 2 (1992): 85-94.

Fred. « Échelle de Lay et Man [procrastination] ». *Développement personnel et efficacité*, [en ligne] (12/03/2007), (page consultée le 03/02/2017). Disponible sur: <http://fmblog.blogspot.fr/2007/03/echelle-de-lay-et-de-mann.html>

FREDRICKS, Jennifer A., et Al. « School engagement: potential of the concept, state of the evidence. » *Review of educational research* 74, n^o1 (Printemps 2004): 59-109. DOI: 10.3102/00346543074001059

FRITZSCHE, Barbara A., et Al. « Individual differences in academic procrastination tendency and writing success ». *Personality and Individual Differences*, n^o 35 (2003): 1549-57.

FROST, Randy O. et Al. « The dimensions of perfectionism ». *Cognitive Therapy and Research* 14, n^o 5 (1990): 449-68.

_____. « A comparison of two measures of perfectionism ». *Personality and Individual Differences* 14, n^o 1 (1993): 119-26.

G.O. et D.L. « La structure et l'organisation de la personnalité [Compte-rendu] ». *L'année psychologique* 62, n^o2 (1962): pp. 564-569. Disponible sur: www.persee.fr/doc/psy_0003-5033_1962_num_62_2_26979

GOLDBERG, Lewis R. « An alternative description of personality: The Big-Five Factor structure ». *Journal of Personality and Social Psychology* 59, n^o 6 (1990): 1216-29.

- GREEN, Kathy E. « Psychosocial factors affecting dissertation completion ». *New Directions for Higher Education*, n° 99 (1997): 57-64.
- HARRINGTON, Neil. « It's too difficult! Frustration intolerance beliefs and procrastination ». *Personality and Individual Differences*, n° 39 (2005): 873-83.
- HAYAMIZU, Toshihiko. « Between intrinsic and extrinsic motivation: Examination of reasons for academic study based on the theory of internalization ». *Japanese Psychological Research* 39, n° 2 (1997): 98-108.
- HAYCOCK, Laurel A., et Al. « Procrastination in college students: The role of self-efficacy and anxiety ». *Journal of Counseling and Development* 176 (Summer 1998): 317-24.
- HEUTTE, Jean. « La théorie du sentiment d'efficacité personnelle (auto-efficacité) de Bandura ». *Bloc notes de Jean Heutte*, [en ligne], (Octobre 2004), (page consultée le 30/06/2017). Disponible sur : <http://jean.heutte.free.fr/spip.php?article158>
- HEWITT, Paul L. et Gordon L. FLETT. « Perfectionism in the self and social contexts : Conceptualization, Assessment, and Association with psychopathology. » *Journal of Personality and Social Psychology* 60, n°3 (1991) : 456-70
- HSIN CHUN CHU, Angela et Jin NAM CHOI. « Rethinking procrastination: Positive effects of "active" procrastination behavior on attitudes and performance ». *The Journal of Social Psychology* 145, n°3 (2005): 245-264
- HOFF MACAN, Therese, et Al. « College students' time management: Correlations with academic performance and stress ». *Journal of Educational Psychology* 82, n° 4 (1990): 760-68.
- HOWELL, Andrew J., et David C. WATSON. « Procrastination: Associations with achievement goal orientation and learning strategies ». *Personality and Individual Differences*, n° 43 (2007): 167-78.
- HUSSAIN, Irshad, et Sarwart SULTAN. « Analysis of procrastination among university students ». *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, n° 5 (2010): 1897-1904.
- INSEE. « Liste des catégories socioprofessionnelles détaillées ». *INSEE*, [en ligne], (2003), (page consultée le 18/06/2017). Disponible sur: <http://hear.fr/arts-plastiques/pdf/inscription/Liste-INSEE.pdf>.
- . « Nomenclatures des catégories socioprofessionnelles - PCS 2003 ». *INSEE*, [en ligne], (1er/01/2003), (page consulté le 18/06/2017). Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/pcs2003/categorieSocioprofessionnelleAgregee/1>
- ISNAR-IMG. « La rémunération et les indemnités des internes en médecine générale. » *ISNAR*, [en ligne] (page consultée le 02/02/2018). Disponible sur: <https://www.isnar-mg.com/pendant-linternat/stages/remuneration/>

IYENGAR, Sheena S., et Mark R. LEPPER. « When choice is demotivating: Can one desire too much of a good thing? » *Journal of Personality and Social Psychology* 79, n° 6 (2000): 995-1006.

JADIDI, Fatemeh. « Perfectionism and academic procrastination ». *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, n° 30 (2011): 534-37.

JOHNSON, Judith L., et A. Michael BLOOM. « An analysis of the contribution of the Five Factors of Personality to variance in academic procrastination ». *Personality and Individual Differences* 18, n° 1 (1995): 127-33.

KAGAN, Mücahit. « The explanation of the academic procrastination behavior of university students with perfectionism, obsessive-compulsive and Five Factor personality traits ». *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, n° 2 (2010): 2121-25. Disponible sur: <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2010.03.292>.

KAHN-BENSAUDE, Irène, Dr. « La féminisation: une chance à saisir ». *Rapport du Conseil national de l'Ordre des Médecins*, (12/2005): 1-38

KANDEMIR, Mehmet. « Reasons of academic procrastination: self-regulation, academic self-efficacy, life satisfaction and demographics variables », n° 152 (2014): 188-93.

KIM, Kyung Ryung, et Eun Hee SEO. « The relationship between procrastination and academic performance: A meta-analysis ». *Personality and Individual Differences*, n° 85 (2015): 26-33.

KLASSEN, Robert M., et Al. « Academic procrastination of undergraduates: Low self-efficacy to self-regulate predicts higher levels of procrastination ». *Contemporary Educational Psychology*, n° 33 (2008): 915-31.

KLINGSIECK, Katrin B. « Procrastination in different life-domains: Is procrastination domain specific? » *Current Psychology Letters*, n° 32 (2013): 175-85.

KRAÏEM, Sami, et Jean BERTSCH. « Adaptation française d'une échelle d'auto-handicap: la Self-Handicapping Scale ». *Revue internationale de psychologie sociale* 24, n° 2 (février 2011): 5-31.

L'INTERNAUTE Dictionnaire français. « Priorisation » [en ligne] (page consultée le 20/12/2017). Disponible sur: <http://www.linternaute.com/dictionnaire/fr/definition/priorisation/>

LARIVEY Michelle. « L'estime de soi ». *La lettre du psy* 6, n°3c (03/2002), in *INFOPSY – Ressources en développement*, [en ligne], (page consultée le 25/03/2017). Disponible sur: <http://www.redpsy.com/infopsy/estime.html>

LAROCQUE Karène. « L'estime de soi, ça se mérite! La confiance en soi, ça se développe! ». *La lettre du psy* 11, n°1, (02/2007), in *INFOPSY – Ressources en développement*, [en ligne], (page consultée le 25/03/2017). Disponible sur: <http://www.infopsy.com/estimeconf1.html>

LAROSE Yvon. « Question de priorité ». *Le Fil*, [en ligne], (16/11/2000), (page consultée le 11/02/2018). Disponible sur: <https://www.lefil.ulaval.ca/Au.fil.des.evenements/2000/11.16/zoom.html>

LAROUSSE Dictionnaire de français. « Procrastination » [en ligne], (page consultée le 01/02/2017). Disponible sur: <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/procrastination/64091>

LAY, Clarry H. « At last, my research article on procrastination ». *Journal of Research in Personality*, n^o 20 (1986): 474-95.

———. « A modal profil analysis of procrastinators: A search for types ». *Personality and Individual Differences* 8, n^o 5 (1987): 705-14.

———. « The relation of procrastination and optimism to judgements of time to complete an essay and anticipation of setbacks. » *Journal of Social Behavior and Personality* 3, n^o 3 (1 janvier 1988): 201-14.

———. « Working to schedule on personal projects: An assessment of person-project characteristics and trait procrastination ». *Journal of Social Behavior and Personality* 5, n^o 3 (1 janvier 1990): 91-103.

———. « Trait procrastination and the perception of person-task characteristics ». *Journal of Social Behavior and Personality* 7, n^o 3 (janvier 1992): 483-94.

———. « Trait procrastination and affective experiences: Describing past study behavior and its relation to agitation and dejection ». *Motivation and Emotion* 18, n^o 3 (1994): 269-84.

LAY, Clarry H., et Peter BURNS. « Intentions and behavior in studying for an examination: The rôle of trait procrastination and its interaction with optimism ». *Journal of Social Behavior and Personality* 6, n^o 3 (janvier 1991): 605-17.

LAY, Clarry H., et Henri SCHOUWENBURG. « Trait procrastination, time management and academic behavior ». *Journal of Social Behavior and Personality* 8, n^o 4 (1 janvier 1993): 647-62.

LAY, Clarry H., et Stuart SILVERMAN. « Trait procrastination, anxiety, and dilatory behavior ». *Personality and Individual Differences* 21, n^o 1 (1996): 61-67.

LAY, Clarry H., et Al. « An assessment of appraisal, anxiety, coping, and procrastination during an examination period ». *European Journal of Personality* 3 (1989): 195-208.

———. « Self-handicappers and procrastinators: A comparison of their practice behavior prior to an evaluation ». *Journal of Research of Personality*, n^o 26 (1992): 242-57.

LEE, Dong-Gwi., et Al. « A closer look at the relationship among trait procrastination, neuroticism, and conscientiousness ». *Personality and Individual Differences*, n^o 40 (2006): 27-37.

LE FUR, Philippe et Al. « Le temps de travail des médecins généralistes, une synthèse des données disponibles- Questions d'économie de la Santé ». *Institut de Recherche de Documentation en Économie de la Santé*, n^o144, (juillet 2009): 1-8

LEGIFRANCE. « Décret n°2010-700, section II, Article 20 ». [en ligne], (Juillet 2010), (page consultée le 25/01/2017). Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022392687&dateTexte=&categorieLien=id>

———. « Article L4131-1, modifié par Ordonnance n°2017-50 du 19 janvier 2017 – art. 9 ». [en ligne], (Juillet 2010), (page consultée le 25/01/2017). Disponible sur: www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006688811&dateTexte=&categorieLien=cid

———. « Décret n° 2015-225 du 26 février 2015 relatif au temps de travail des internes ». [en ligne], (26/02/2015), (page consultée le 04/02/2018). Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2015/2/26/AFSH1500837D/jo>

———. « Arrêté du 15 juin 2016 relatif aux émoluments, rémunérations ou indemnités des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques exerçant leurs fonctions à temps plein ou à temps partiel dans les établissements publics de santé. ». [en ligne], (version consolidée le 09/02/2018), (page consultée le 09/02/2018). Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=A00D4A4A43C65E511FD5D8B7B7749CF6.tpdilao8v_2?cidTexte=JORFTEXT000032795945&dateTexte=29990101

———. « Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés ». [en ligne], (version consolidée au 13 mai 2018), (page consultée le 13/05/2018). Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000886460>

LOISELET-DOULCET, Bénédicte « La féminisation de la Médecine Générale, étude du devenir de 6 promotions de PCEM2 de la Faculté de Brest de 1990 à 1995. ». *Thèse d'exercice Médecine Générale, Université de Bretagne Occidentale, Faculté de Médecine de Brest* (2008)

MAEHR, Martin L. « Culture and achievement motivation ». *International Journal of Psychology* 43, n° 5 (2008): 917-18. <https://doi.org/10.1080/00207590701838162>.

MANN, Leon. « Procrastination revisited: a commentary ». *Australian psychologist*, n° 51 (2016): 47-51.

McCOWN, William. et Judith JOHNSON. « Personality and chronic procrastination by university students during an academic examination periode ». *Personality and Individual Differences* 12, n° 5 (1991): 413-15.

McCOWN, William., et Al. « Procrastination, a principal components analysis ». *Personality and Individual Differences* 10, n° 2 (1989): 197-202.

McCRAE, R-R, et P-T COSTA. « Perspectives de la théorie des cinq facteurs (TCF): traits et culture ». *Psychologie française*, n° 51 (2006): 227-44.

MILGRAM, Norman N., et Nettae NAAMAN. « Typology in procrastination ». *Personality and Individual Differences* 20, n° 6 (1996): 679-83.

MILGRAM, Norman N., et Rachel TENNE. « Personality correlates of decisional and task avoidant procrastination ». *European Journal of Personality*, n^o 14 (2000): 141-56.

MILGRAM, Norman N. et Al. « The procrastination of everyday life ». *Journal of Research in Personality*, n^o 22 (1988): 197-212.

_____. « Procrastination and emotional upset: A typological model ». *Personality and Individual Differences* 13, n^o 12 (1992): 1307-13.

_____. « Correlates of academic procrastination ». *The Journal of School Psychology* 31, (1993): 487-500.

_____. « Correlates of academic procrastination: Discomfort, task aversiveness, and task capability ». *The Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied* 19, n^o 2 (1995): 145-55. <https://doi.org/10.1080/00223980.1995.9914954>.

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR, DE LA RECHERCHE ET DE L'INNOVATION. « Plan pour la réussite en licence: 730 millions d'euros d'ici 2012 » [ARCHIVES] COMMUNIQUES. [en ligne], (13/12/2007), (mise à jour le 10/05/2011), (page consultée le 24/01/2018). Disponible sur: <http://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/cid20651/www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/cid20651/www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/cid20651/plan-pour-la-reussite-en-licence-730-millions-d-euros-d-ici-2012.html>

MOON, Simon M., et Alfred J. ILLINGWORTH. « Exploring the dynamic nature of procrastination: A latent growth curve analysis of academic procrastination ». *Personality and Individual Differences*, n^o 38 (2005): 297-309.

MORRIS, Peter E., et Catherine O. FRITZ. « Conscientiousness and procrastination predict academic coursework marks rather than examination performance ». *Learning and Individual Differences*, 2015, 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.lindif.2015.03.007>.

O'DONOGHUE, Ted, et Matthew RABIN. « Choice and procrastination ». eScholarship, University of California, Department of Economics, UC Berkeley, 3 juin 2000.

ONWUEGBUZIE, Anthony J. « Academic procrastination and statistics anxiety ». *Assessment and Evaluation in Higher Education* 29, n^o 1 (février 2004): 3-19.

ORDRE NATIONAL DES MEDECINS, Conseil national de l'Ordre. « Féminisation: une chance à saisir. ». *Conseil national de l'Ordre des Médecins*, [en ligne], (01/03/2006), (page consultée le 13/01/2018). Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/la-feminisation-une-chance-saisir-588>

_____. « Conditions légales d'exercice de la Médecine en France ». *Conseil national de l'Ordre des Médecins*, [en ligne], (Septembre 2012), (page consultée le 15/06/2017). Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/l-exercice-en-france-1232>

_____. « Diplômes ouvrants droits à l'exercice de la Médecine en France. Autorisations ministérielles d'exercice. ». *Conseil national de l'Ordre des Médecins*, [en ligne], (Septembre 2012), (page consultée le 15/06/2017). Disponible sur: <https://www.conseil->

national.medecin.fr/l-exercice-en-france-1232

OSIURAK, François, et Al. « Déterminants de la procrastination académique: motivation autodéterminée, estime de soi et degré de maximation ». *Pratiques psychologiques*, n° 21 (2015): 19-33.

PERROT, Serge « Nature et conséquences des conflits de rôle. » *Communication à la journée de recherche CEROG-AGRH, IAE Aix-Marseille « Stress, burnout et conflits de rôles »* (27/05/2005) : 1-20

PHILIPPE, Frederick L., et Robert J. VALLERAND. « Actual environments do affect motivation and psychological adjustment: A test of Self-Determination Theory in a natural setting ». *Motivation and Emotion*, n° 32 (2008): 81-89. <https://doi.org/10.1007/s11031-008-9087-z>.

PLAISANT, Odile., et Al. « Validation par analyse factorielle du Big-Five Inventory français (BFI-Fr). Analyse convergente avec le NEO-PI-R. » *Annales Médico-Psychologiques*, n°168 (2010) : 97-106. DOI : 10.1016/j.amp.2009.09.003

POTELLE, Caroline. « Comprendre la procrastination académique dysfonctionnelle ». *Revue Européenne de Coaching*, n°5, [en ligne], (1ère publication 25/01/2018), (page consultée le 31/01/2018). Disponible sur: <http://revue-europeenne-coaching.com/numeros/n5-janvier-2018/comprendre-procrastination-academique-dysfonctionnelle>

PREFET DE L'ARDECHE. « ARRÊTÉ PRÉFECTORAL N° 07-2016-12-05 portant constitution d'une communauté d'agglomération issue de la fusion de la communauté d'agglomération « Privas Centre Ardèche » et de la communauté de communes du « Pays de Vernoux » à compter du 1er janvier 2017 ». *Recueil des actes administratifs N°07-2016-076*, (13/12/2016).

PYCHYL, Timothy A. « Don't delay. I'll look after my health later: The costs of procrastination ». *Psychology Today*, [en ligne], (16/04/2008), (page consultée le 05/01/2017). Disponible sur: <https://www.psychologytoday.com/blog/dont-delay/200804/ill-look-after-my-health-later-the-costs-procrastination>

REBUFAT, Yves. « Temps de travail des médecins, ce que tous les PH devraient savoir – Dossier temps de travail ». *Journal du Syndicat National des Praticiens Hospitaliers Anesthésistes – Réanimateurs Élargi*, (juin 2012): 1-4

RICHER, Sylvie F., et Robert J. VALLERAND. « Construction et validation de l'Échelle d'appartenance sociale ». *Revue Européenne de Psychologie Appliquée* 48, n° 2 (me trimestre 1998): 129-37.

RICHERT BLAIR, Carolyn, et Jennifer GRANT HAWORTH « Doctoral student attrition and persistence : A meta-synthesis of research ». *Higher Education : Handbook of Theory and Research XIX* (2004): 481-534.

ROESE, Neal J. « Counterfactual thinking ». *Psychological Bulletin* 121, n° 1 (1997): 133-48.

- ROLLAND, Jean-Pierre, et Al. « A psychometric examination of the french adaptation of NEO-PIR and NEO-FFR ». *Journal of Personality Assessment* 71, n^o 2 (janvier 1998): 269-91.
- RORER, Leonard G. « "Deep" RET: A reformulation of some psychodynamic explanations of procrastination ». *Cognitive Therapy and Research* 7, n^o 1 (1983): 1-10.
- ROSARIO, Pedro, et Al. « Academic procrastination: Associations with personal, school, and family variables ». *The Spanish Journal of Psychology* 12, n^o 1 (2009): 118-27.
- ROSEMBERG, Morris. «Determinants of self-esteem – This week's citation wlassic». *Current Contents*, n^o 11 (13/03/1989): 14
- ROTHBLUM, Esther D., et Al. « Affective, cognitive and behavioral differences between high and low procrastinators », n^o 30 (octobre 1986): 387-94.
- ROZENTAL, Alexander, et Per CARLBRING. « Understanding and treating procrastination: A review of a common self-regulatory failure ». *Psychology*, n^o 5 (2014): 1488-1502.
- RYAN, Richard M., et Edward L. DECI. « Intrinsic and extrinsic motivations : Classic definitions and new directions ». *Contemporary Educational Psychology*, n^o 25 (2000): 54-67.
- SADDLER, C. Douglas, et Joshua BULEY. « Predictors of academic procrastination in college students ». *Psychological reports*, n^o 68 (1999): 686-88.
- SADDLER, C. Douglas, et Laurie A. SACKS. « Multidimensional perfectionism and academic procrastination : Relationship with depression in iniversity students. » *Psychological Reports* 73, n^o3 (Janvier 1994) : 863-71. DOI : 10.2466/pro.1993.73.3.863
- SALEH, D. et Al. « Validation de l'Échelle du sentiment d'Auto-efficacité (GSE: General Self-Efficacy Scale) chez des étudiants universitaires français ». (Poster) *44ème Congrès annuel des TCC*, Université Paris-Lumière (Paris Ouest – Nanterre La Défense) (Décembre 2016). DOI: 10.13140/RG.2.2.21879.62885
- SAVITHRI, J.J. « Interactive effect of academic procrastination and academic performance on life satisfaction ». *International Journal of Science and Research* 3, n^o 3 (mars 2014): 377-81.
- SCHEIER, Michael F., et Al. « Coping with stress: Divergent strategies of optimists and pessimists ». *Journal of Personality and Social Psychologi*y 51, n^o 6 (1986): 1257-64.
- SCHOUWENBURG, Henry C. « Procrastination and fear of failure: An exploration of reasons for procrastination ». *European Journal of Personality* 6 (1992): 225-36.
- SCHOUWENBURG, Henry C., et Clarry H. LAY. « Trait procrastination and the Big Five Factors of personality ». *Personality and Individual Differences* 18, n^o 4 (1995): 481-90.

SCHWARTZ, Barry. « Self-determination: The tyranny of freedom ». *American Psychologist* 55, n^o 1 (janvier 2000): 79-88. <https://doi.org/10.1037//0003-066.55.1.79>.

SCHWARTZ, Barry, et Al. « Maximizing versus satisficing: Happiness is a matter of choice ». *Journal of Personality and Social Psychology* 83, n^o 5 (2002): 1178-97.

SEIDAH, Amélie., et Al. « La mesure du perfectionnisme: validation canadienne-française du Positive and Negative Perfectionism Scale ». *Revue canadienne des sciences du comportement* 34, n^o 3 (2002): 168-71.

SENECAL, Caroline, et Al. « Self regulation and academic procrastination ». *The Journal of Social Psychology* 5, n^o 135 (1995): 607-19.

_____. « Role conflict and academic procrastination: A self-determination perspective ». *European Journal of Social Psychology*, n^o 33 (2003): 135-45. <https://doi.org/10.1002/ejsp.144>.

SHANKLAND, Rebecca, et Charles MARTIN - KRUMM. « Évaluer le fonctionnement optimal: Échelles de psychologie positive validées en langue française ». *Pratiques psychologiques*, n^o 18 (2012): 171-87. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2012.02.004>.

SIGALL, Harold. « Wishful thinking and procrastination » In « Procrastination: Current issues and new directions ». *Journal of Social Behavior and Personality* 15, n^o 5 (2000): 283-96.

SIMON, Herbert A. « A behavioral model of rational choice ». *The Quarterly Journal of Economics* 69, n^o 1 (février 1955): 99-118.

SIROIS, Fushia M. « Procrastination and counterfactual thinking: Avoiding what might have been ». *British Journal of Social Psychology*, n^o 43 (2004): 269-86.

SIROIS, Fushia M., et Al. « I'll look after my health, later : An investigation of procrastination and health ». *Personality and individual differences*, 35. (2003): 1167-84

SNJMG. « Privés de thèse: le SNJMG organise un recensement national ». *SNJMG OverBlog* [en ligne:], (14/01/2014), (page consultée le 09/10/2016). Disponible sur: <http://blog-snjmg.over-blog.com/article-lettre-d-information-du-syndicat-national-des-jeunes-medecins-generalistes-snj-74004393.html>

SOLOMON, Laura J, et Esther D. ROTHBLUM. « Academic procrastination: frequency and cognitive-behavioral correlates ». *Journal of Counseling Psychology* 31, n^o 4 (1984): 503-9.

SONKO, Abdoul et Al. « Diagnostic local de Santé, Communauté d'Agglomération du Bassin d'Annonay » *ORS – Rhône Alpes. Observatoire Régional de la Santé*. Rapport provisoire. (Janvier 2017) : 1-72. Disponible sur : www.ors-rhone-alpes.org

- STEEL, Piers. « Procrastination and personality, performance and mood ». *Personality and Individual Differences*, n° 30 (2001): 95-106.
- . « Arousal, avoidant and decisional procrastinators : Do they exist ? ». *Personality and Individual Differences*, n° 48 (2001) : 926-34. <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2010/02/025>
- . « The nature of procrastination: A meta-analytic and theoretical review of quintessential self-regulatory failure ». *Psychological Bulletin* 133, n° 1 (2007): 65-94. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.1.65>.
- STEEL, Piers, et Katrin B. KLINGSIECK. « Academic procrastination: Psychological antecedents revisited ». *Australian Psychologist*, (février 2016) : 1-33.
- STOEBER, Joachim, et Jutta JOORMANN. « Worry, procrastination and perfectionism: Differentiating among of worry, pathological worry, anxiety and depression. » *Cognitive Therapy and Research* 25, n° 1 (2001): 49-60.
- STOEBER, Joachim, et Kathleen OTTO. « Positive conceptions of perfectionism: Approaches, evidence, challenges ». *Personality and Social Psychology Review* 10, n° 4 (2006): 295-319.
- STOEBER, Joachim, et Franziska S. STOEBER. « Domains of perfectionism: Prevalence and relationship with perfectionism, gender, age, and satisfaction with life ». *Personality and Individual Differences*, n° 46 (2009): 530-35. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2008.12.006>.
- STRUBE, Michael J. « An analysis of the Self-Handicapping Scale ». *Basic and Applied Social Psychology* 7, n° 3 (1986): 211-24.
- SUBOTNIK, Rena, et Al. « Procrastination revisited: The constructive use of delayed response ». *Creativity Research Journal* 12, n° 2 (1999): 151-60. https://doi.org/10.1207/s15326934crj1202_7.
- TERRY-SHORT, L.A., et Al. « Positive and negative perfectionism ». *Personality and Individual Differences* 18, n° 5 (1995): 663-68.
- . « Positive and Negative Perfectionism Scale ». PhenXToolkit, 1990, [en ligne]. (page consultée le 20/11/2016). Disponible sur: https://www.phenxtoolkit.org/toolkit_content/PDF/PX650601.pdf.
- TICE, Dianne M., et Roy F. BAUMEISTER. « Longitudinal study of procrastination, performance, stress, and health: The costs and benefits of dawdling ». *Psychological Science* 8, n° 6 (1997): 454-58.
- TROTTIER, Christiane, et Al. « Validation de la version canadienne-française du Life Orientation Test-Revised ». *Canadian Journal of Behavioral Science* 40, n° 4 (2008): 238-43. <https://doi.org/10.1037/a0013244>.
- TVERSKY, Amos et Daniel KAHNEMAN. « The framing of decisions and the psychology of

choice ». *Science, New Series*, 211, n^o 4481 (30 janvier 1981): 453-58.

VALLERAND, Robert J. « Vers une méthodologie de validation trans-culturelle de questionnaires psychologiques: implication pour la recherche en langue française ». *Canadian Psychologie* 30, n^o 4 (1989): 662-80

VALLERAND, Robert J. et Al. « Construction et validation de l'Échelle de motivation en éducation ». *Canadian Journal of Behavioral Science* 21, n^o 3 (1989): 323-49.
_____. « The Academic Motivation Scale : A measure of intrinsic, extrinsic, and amotivation in education » *Educational and Psychological Measurement*, n^o 52 (1992) : 1003-17

VALLIERES, Évelyne F. et Robert J. VALLERAND. « Traduction et validation canadienne-française de l'échelle de l'estime de soi de Rosemberg ». *International Journal of Psychology*, n^o 25 (1990): 305-16.

VAN EERDE, Wendelien. « Procrastination : Self-regulation in initiating aversive goals. » *Applied Psychology* 49, n^o 3, (Juillet 2000) : 372-389. <https://doi.org/10.1111/1464-0597.00021>
_____. « A meta-analytically derived nomological network of procrastination ». *Personality and Individual Differences*, n^o 35 (2003): 1401-18.
_____. « Procrastination in academic settings and the Big Five Model of personality : A meta-analysis. » *Journal of Materials Chemistry, in Counseling the procrastinator in academic settings*. SCHOUWENBURG, H.C., et Al. APA, Washington DC, (2004):29-40

VIJ, Jasmine, et Dr Hitashi LOMASH. « Role of motivation in academic procrastination » *International Journal of Scientific and Engineering Research* 5, n^o 8 'Août 2014) : 1065-70

VODANOVICH, Stephen J., et Hope M. SEIB. « Relationship between time structure and procrastination ». *Psychological reports*, n^o 80 (1997): 211-15.

WATSON, David C. « Procrastination and the Five-Factor model: A facet level analysis ». *Personality and Individual Differences*, PERGAMON, n^o 30 (2001): 149-58.

WATZLAWICK, Paul. Traduit de l'anglais (États-Unis) par Anne-Lise HACKER. « Comment réussir à échouer. Trouver l'ultra-solution. » *Essais*, Edition POINTS / Edition du Seuil pour la traduction française (Poche). (1ère parution 1988, édition du 02/05/2014): 128 p. EAN : 9782757841815

WIKIPEDIA, L'Encyclopédie Libre. « Annonay Rhône Agglo. » *WIKIPEDIA*, [en ligne] (page consultée le 15/10/2017). Disponible sur : https://fr.wikipedia.org/wiki/Annonay_Rhône_Agglo
_____. « Estime de soi » *WIKIPEDIA*, [en ligne] (page consultée le 25/03/2017). Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/wiki/Estime_de_soi
_____. « Procrastination. » *WIKIPEDIA*, [en ligne], (page consultée le 08/06/2016). Disponible sur <https://fr.wikipedia.org/wiki/Procrastination>
_____. « Théorie de l'apprentissage social » *WIKIPEDIA*, [en ligne], (page consultée le 25/03/2017). Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/wiki/Th%C3%A9orie_de_l_%27apprentissage_social

WON PARK, Seung, et Rayne A. SPERLING. « Academic procrastinators and their self-regulation ». *Psychology* 3, n^o 1 (janvier 2012): 12-23.

BIBLIOGRAPHIE METHODOLOGIQUE

Sans auteur retrouvé. « L'objet de recherche ». Master 1 SLEC, s. d.

—————. « Méthodologie : 6 étapes pour une recherche documentaire efficace ». [en ligne], (page consultée le 15/09/2016). Disponible sur :

<https://fenetresur.files.wordpress.com/2013/08/methodologie-6-etapes-recherche-documentaire2.pdf>

AGENCE FRANCE ENTREPRENEUR. « Réaliser un questionnaire dans le cadre de son étude de marché ». *Agence France Entrepreneur*, [en ligne] (Novembre 2015), (page consultée le 21/12/2017).

Disponible sur: <https://www.afecreation.fr/pid531/realiser-questionnaire.html>

ALMONT, Thierry. « Les biais en épidémiologie » *ThErAl*, [en ligne], (page consultée le 07/04/2018). Disponible sur : <http://www.thermal.fr/resources/ThErAL-Train/Les-biais.pdf>

ANASTATS. « Utilitaires à télécharger » Anastats, [en ligne], (page consultée le 10/05/2018).

Disponible sur: <http://www.anastats.fr/outils.php>

BAUDOT, JY. « Le test de Mann-Witney ». *Techniques et concepts de l'entreprise, de la finance et de l'économie (et fondements mathématiques)*, [en ligne], (page consultée le 10/05/2018). Disponible sur:

<http://jybaudot.fr/Inferentielle/mannwhitney.html>

BIOSTATGV. « Tests statistiques en ligne -Test de Wilcoxon-Mann-Witney » *INSERM – MEDECINE SORBONNE UNIVERSITE*, [en ligne], (page consultée le 10/05/2018). Disponible sur:

<https://marne.u707.jussieu.fr/biostatgv/?module=tests/mann>

—————. « Tests statistiques en ligne – Test exact de Fisher » *INSERM – MEDECINE SORBONNE UNIVERSITE*, [en ligne], (page consultée le 14/05/2018). Disponible sur:

<https://marne.u707.jussieu.fr/biostatgv/?module=tests/fisher>

CENTRAL TEST. « Validation psychométrique » *Centraltest* [en ligne], (2011), (page consultée le 13/05/2018). Disponible sur :

http://l.centraltest.fr/ct_fr/upload/documents/ValidationPsychometrique.pdf

DEMEUSE, Marc « Échelles de Likert ou Méthode de classement additionnés ». Iredu – Université de Bourgogne [en ligne] : 213-17. Disponible sur :

http://iredu.u-bourgogne.fr/images/stories/Documents/Cours_disponibles/Demeuse/Cours/p5.3.pdf

GIEZENDANNER, François Daniel. « Enquêtes : Principaux biais dans la formulation des questions ». *CMS-SPIP, Site archivé*, [en ligne], (22/11/2012), (page consultée le 20/05/2018).

Disponible sur : <http://icp.ge.ch/sem/cms-spip/spip.php?article1765>

—————. « Les biais cognitifs » *CMS-SPIP, Site archivé*, [en ligne], (22/11/2012), (page consultée le 20/05/2018). Disponible sur :

<http://icp.ge.ch/sem/cms-spip/spip.php?article1762>

LABREUCHE, Julien. « Les principaux tests statistiques de l'analyse univariée : quand et comment

les utiliser ? ». *STV Notes Méthodologiques, Sang Thrombose Vaisseaux* 22, n°10 (Décembre 2010) : 544-53.

LOWRY, Richard. « Table de contingence 2x2 ». *Cons-dev, (1998-2001)*, [en ligne], (page consultée le 10/05/2018). Disponible sur : <http://www.cons-dev.org/elearning/ando/tests/testo4o6.html>

PEREZ, Isabelle. « La bibliographie: règles et présentation ». *Centre de documentation Pierre Bartoli*, (1er Mars 2012): 1-26. Disponible sur : http://www1.montpellier.inra.fr/bartoli/moisa/bartoli/download/moisa2011_pdf/regles.pdf

PIBAROT, A. et Al. « Les syntagmes répétés dans l'analyse des commentaires libres ». *JADT* (1998), [en ligne], (page consultée le 13/05/2018). Disponible sur : <http://lexicometrica.univ-paris3.fr/jadt/jadt1998/pibarot.htm>

Psychologie.psyblogs.net. « Cours : Fidélité d'un test ou d'une épreuve ». *Psychologie.psyblogs.net*, [en ligne], (page consultée le 20/05/2018). Disponible sur : <http://psychologie.psyblogs.net/2012/01/cours-fidelite-dun-test-ou-dune-epreuve.html>
———. « Cours : Validité d'un test psychologique ». *Psychologie.psyblogs.net*, [en ligne], (page consultée le 20/05/2018). Disponible sur : <http://psychologie.psyblogs.net/2012/01/cours-validite-dun-test-psychologique.html>

PSYCHOMEDIA. « Définition : biais cognitif ». *PSYCHOMEDIA*, [en ligne], (29/09/2013), (page consultée le 20/05/2018). Disponible sur : <http://www.psychomedia.qc.ca/lexique/definition/biais-cognitif>

QUESTIONNAIRE – PRO.fr. « Échelles d'attitude (zoom sur l'échelle de Likert) ». *Questionnaire pro.fr*, [en ligne], (revu le 07/02/2015), (page consultée le 07/12/2016). Disponible sur : https://questionnaire-pro.fr/accueil/articles/73/echelles_attitude_likert

RAMOUSSE, R. et Al. « Introduction aux statistiques ». *Introduction aux statistiques*, (1996), [en ligne], (page consultée le 10/05/2018). Disponible sur : <http://www.cons-dev.org/elearning/stat/St2b.html>

SALES – WUILLEMIN, Edith. « Méthodologie de l'enquête: De l'entretien au questionnaire ». In « Cours de psychologie Sociale 1 », BROMBERG, M., TROGNON, A., *Presses Universitaires de France* (2006): 45-77. <halshs00903244>

SANDERS, Lena. « Variables qualitatives ». *HYPERGEO*, [en ligne], (page consultée le 11/05/2018). Disponible sur : <http://hypergeo.eu/spip.php?article88>
———. « Variables quantitatives ». *HYPERGEO*, [en ligne], (page consultée le 11/05/2018). Disponible sur : <http://www.hypergeo.eu/spip.php?article89>

LES SCEPTIQUES DU QUEBEC. « Effet Barnum ». *Les sceptiques du Québec*, [en ligne], (page consultée le 20/05/2018). Disponible sur : <https://www.sceptiques.qc.ca/dictionnaire/barnum.html>

SERVICE FORMATION DES PUBLICS. « Méthodologie de la recherche documentaire : principes clés ». *Université d'AVIGNON*, [en ligne], (page consultée le 15/09/2016). Disponible sur :

https://bu.univ-avignon.fr/wp-content/uploads/2013/08/Methodo_documentaire.pdf

STHDA. « Test de Wilcoxon pour échantillons indépendants ». *Statistical Tools For High-Throughout Data Analysis*, [en ligne], (page consultée le 10/05/2018). Disponible sur: <http://www.sthda.com/french/rsthda/unpaired-wilcoxon.php>

TOURNOUX-FACON, Caroline. « Les différents types d'étude » *Université de Poitiers*, [en ligne], (27/08/2008), (page consultée le 16/09/2016). Disponible sur : http://medphar.univ-poitiers.fr/santepub/images/staff_2008/080827_typesetudes.pdf

VILATTE, Jean-Christophe. « Méthodologie de l'enquête par questionnaire ». *Formation «Evaluation»*. *Laboratoire Culture et Communication. Université d'Avignon*. (février 2007). Disponible sur : <http://docplayer.fr/1087684-Methodologie-de-l-enquete-par-questionnaire.html>

ANNEXES

1. Annexe 1: Questionnaire d'évaluation des facteurs déterminants de la procrastination du travail de thèse chez les médecins généraliste du Bassin Annonéen

La procrastination peut être définie comme **la tendance à reporter inutilement ce qu'il est nécessaire de faire pour atteindre l'objectif fixé, impliquant le ressenti d'un inconfort et l'expérience d'une anxiété invalidante.**

La **procrastination académique** est, par extension, l'application de ce phénomène de report aux activités scolaires.

Au vu de la littérature, son expression et ses conséquences sont supposées responsables, au moins pour partie, des échecs d'achèvement des cursus universitaires, y compris par le biais de difficultés de réalisation du travail de thèse. Le caractère obligatoire de la thèse d'exercice de Médecine Générale ne semble pas protéger de ces écueils, et les « *privés de thèse* » en sont l'exemple le plus extrême.

L'objectif du présent travail est de déterminer les facteurs corrélés à la procrastination du travail de thèse chez les médecins généralistes.

Répondre à ce questionnaire nécessite que vous vous replongiez par la pensée dans la période de préparation de votre thèse, afin de décrire le plus précisément possible la façon dont vous l'avez vécue.

Il n'y a aucune mauvaise réponse, aucune réponse attendue. Le questionnaire est anonyme.

Les items s'enchaînent en fonction de vos réponses: vous n'aurez donc pas accès à toutes les questions. Le temps de passation moyen est de 15 min. Il n'est pas possible de reprendre un formulaire arrêté inachevé.

1 – Données personnelles:

Q1 : Genre : Féminin Masculin

Q2 : Date de naissance : _____ / _____ / _____

Q3 : Niveau d'éducation du père : 1. Formation n'allant pas au delà de la scolarité obligatoire – 2. CAP /BEP/Brevet des collèges – 3. BAC – 4. BAC+2 ou équivalent – 5. BAC+3 et plus

Q4 : Niveau d'éducation de la mère : 1. Formation n'allant pas au delà de la scolarité obligatoire – 2. CAP /BEP/Brevet des collèges – 3. BAC – 4. BAC+2 ou équivalent – 5. BAC+3 et plus

Q5 : Situation professionnelle actuelle, mode d'exercice principal :
Médecin libéral installé Médecin remplaçant Médecin hospitalier

Q6 : Spécialité d'exercice autre que la médecine générale : OUI NON

2 – Situation personnelle pendant la période de préparation de la thèse:

Q1 : Étiez vous en couple pendant la période de préparation de votre thèse ? OUI NON

Q1-1 : Si OUI : Activité professionnelle du conjoint pendant la période de préparation de la thèse :
En Activité Sans activité

Q1-1-1 : si En activité :

Q1-1-1-1 : Situation professionnelle du conjoint : 1. Profession libérale – 2. Salarié du public – 3. Salarié du privé – 4. Autre : _____

Q1-1-1-2 : Volume horaire professionnel hebdomadaire moyen du conjoint: 1. <35h – 2. Entre 35-45h – 3. Entre 45-55h – 4. Entre 55-65h – 5. >65h

Q1-1-1-3 : Revenu mensuel net moyen du conjoint: 1. Ne sait pas/ Ne veut pas répondre – 2. <800 euros – 3. Entre 800 et 1300 euros – 4. Entre 1300 et 2200 euros – 5. >2200 euros

Q1-1-2 : si Sans activité :

Q1-1-2 : 1. Étudiant – 2. Sans emploi – 3. Retraité – 4. Autre : _____

Q2 : Aviez vous des personnes à charge pendant la période de préparation de votre thèse ?

OUI NON

Q2-1 : Si oui :

Q2-1-1 : Quel a été, selon vous, l'impact de cette charge sur l'avancement de votre travail de thèse? 1. Fortement négatif – 2. Faiblement négatif – 3. Inexistant – 4. Faiblement positif – 5. Fortement positif

Q2-1-2 : Plus spécifiquement: aviez-vous des enfants à charge pendant la période de préparation de votre thèse? OUI NON

si oui : Q2-1-2-1 : Combien d'enfants aviez vous à charge : 1. 1 – 2. 2 – 3. 3 – 4. >3

Q2-1-2-2 : Age des enfants : 1. Entre 0 et 18 mois – 2. Entre 18 et 36 mois – 3. Entre 3 et 6 ans – 4. >6 ans

Q2-1-2-3 : Modalités de garde du ou des enfant(s) à charge en semaine et en journée: 1. Par moi-même – 2. Intra-familial – 3. Nourrice – 4. Crèche – 5. Autre : _____

Q2-1-2-4 : Flexibilité générale des modes de garde : 1. Pas du tout flexible – 2. Peu flexible – 3. Ni pas flexible ni flexible – 4. Plutôt flexible – 5. Tout à fait flexible

Q3 : Pratiquiez-vous une ou plusieurs activité(s) extra-professionnelle(s)? OUI NON

Q3-1 : si OUI :

Q3-1-1 : Volume horaire hebdomadaire consacré à cette / ces activité(s): 1. <3h – 2. Entre 4 et 7h – 3. >8h

Q4 : Avez-vous vécu un ou des événement(s) majeur(s) de vie au cours de la période de préparation de votre thèse? OUI NON

Q4-1 : si OUI :

Q4-1-1 : Quel a été pour vous l'impact principal de ce(s) événement(s) sur l'avancement de votre travail de thèse? 1. Fortement négatif – 2. Faiblement négatif – 3. Sans impact – 4. Faiblement positif – 5. Fortement positif

Q5 : Vous êtes-vous senti soutenu par vos proches dans votre travail de thèse? 1. Pas du tout soutenu – 2. Peu soutenu – 3. Plutôt soutenu – 4. Tout à fait soutenu

Q5-1 : Si plutôt ou tout à fait soutenu : Merci d'évaluer pour chaque proposition à quel point celle-ci vous correspondait pendant la période de préparation de votre thèse

1: pas du tout d'accord / 2: plutôt en désaccord / 3: plutôt d'accord / 4: tout à fait d'accord

Q5-1-1 : Parmi mes proches, il y avait des personnes sur qui je pouvais compter pour m'aider en cas de réel besoin 1-2-3-4

Q5-1-2 : Avec mes proches, j'avais l'impression de faire partie d'un groupe de personnes qui partageaient mes attitudes et mes croyances 1-2-3-4

Q5-1-3 : Parmi mes proches, j'avais des personnes qui me procuraient un sentiment de sécurité affective et de bien-être 1-2-3-4

Q5-1-4 : Dans mon entourage, il y avait au moins une personne fiable à qui j'aurais pu faire appel pour me conseiller si j'avais eu des problèmes 1-2-3-4

Q5-1-5 : Parmi mes proches, il y avait des gens qui admiraient mes talents et habiletés 1-2-3-4

3 – Situation professionnelle pendant la période de préparation de votre thèse:

Q1 : Mode d'exercice principal : 1. Interne – 2. FFI - 3. Remplaçant – 4. Sans activité - 5. Autre : _____

Q2 : Comment qualifieriez-vous la pression professionnelle à laquelle vous avez fait face pendant la période de préparation de votre thèse? 1. Inexistante - 2. Faible – 3. Modérée – 4. Forte – 5. Insoutenable

Q3 : Volume horaire professionnel hebdomadaire moyen: 1. Non concerné – 2. <35h – 3. Entre 35 et 45h – 4. Entre 45 et 55h – 5. Entre 55 et 65h – 6. >65h

Q4 : Temps de trajet quotidien moyen du lieu de vie au lieu de travail (aller-retour): 1. Non concerné – 2. <30min – 3. Entre 30 et 60min – 4. Entre 60 et 120min – 5. >120min

Q5 : Bénéficiez-vous d'un complément de ressource significatif (hors gardes) : OUI NON

Q5-1 : si oui :

Q5-1-1 : Type de complément de ressource : 1. Source publique – 2. Source privée – 3. Source familiale – 4. Ne veut pas répondre

Q5-1-2 : Apport mensuel net moyen du /des complément(s) de ressource: 1. Ne veut pas répondre – 2. <100 euros – 3. Entre 100 et 500 euros – 4. Entre 500 et 1000 euros – 5. >1000 euros

4 – Votre thèse:

4-1 – Le sujet de thèse:

Q1 : Domaine de recherche de votre sujet de thèse : Médecine générale Spécialité

Q2 : Le sujet a été choisi par : Vous même Le directeur de thèse ou Autre : _____

Q2-1 : Si le sujet a été choisi par vous même :

Q2-1-1 : votre directeur de thèse vous a-t-il accompagné dans le choix et la définition du sujet ? OUI NON

Q2-2 : si le sujet a été choisi par votre directeur de thèse ou par un tiers :

Q2-2-1 : Avez vous pu discuter ce choix ? OUI NON

Q3 : Merci d'évaluer pour chaque question dans quelle mesure celle-ci correspond à votre sujet de

thèse : 1: pas du tout / 2: plutôt pas / 3: sans avis / 4: plutôt / 5: tout à fait

Q3-1 : Avez-vous de l'intérêt pour le sujet à titre personnel? 1-2-3-4-5

Q3-2 : Ce sujet avait-il un intérêt pour votre pratique médicale? 1-2-3-4-5

Q3-3 : Y avait-il un lien entre votre sujet et votre projet professionnel? 1-2-3-4-5

Q4 : Avez vous changé de sujet en cours de route ? OUI NON

4-2 : Le directeur de thèse:

Q1 : Avez vous choisi votre directeur de thèse ? OUI NON

Q2 : Origine professionnelle du directeur de thèse ? 1.Médecin hospitalier du CHU – 2.Médecin hospitalier hors CHU – 3.Médecin généraliste du DMG – 4.Médecin généraliste hors DMG – 5.

Autre: _____

Q3 : Vous êtes-vous senti soutenu par votre directeur de thèse ? 1.Pas du tout soutenu / 2.Peu soutenu – 3.Plutôt soutenu – 4.Tout à fait soutenu

Q3-1 : Si plutôt ou tout à fait soutenu : Merci d'évaluer pour chaque proposition à quel point celle-ci vous correspondait pendant la période de préparation de votre thèse : 1: pas du tout d'accord / 2: plutôt en désaccord / 3: plutôt d'accord / 4: tout à fait d'accord

Q3-1-1 : Mon directeur de thèse était une personne sur qui je pouvais compter pour m'aider en cas de réel besoin 1-2-3-4

Q3-1-2 : Mon directeur de thèse était une personne qui me donnait l'impression de partager mes attitudes et mes croyances 1-2-3-4

Q3-1-3 : Mon directeur de thèse était une personne avec qui je ressentais un lien affectif fort 1-2-3-4

Q3-1-4 : Mon directeur de thèse était une personne avec qui j'avais des relations où étaient reconnus ma compétence et mon savoir-faire 1-2-3-4

Q3-1-5 : Mon directeur de thèse était une personne fiable à qui je pouvais faire appel pour me conseiller si j'avais des problèmes 1-2-3-4

4-3 : La réalisation du travail de thèse:

Q1 : Merci d'évaluer pour chaque proposition à quel point celle-ci vous correspond à la réalisation de votre travail de thèse : 1: pas du tout d'accord / 2: plutôt en désaccord / 3: ni en désaccord ni d'accord / 4: plutôt d'accord / 5: tout à fait d'accord

Q1-1 : Je pense avoir procrastiné (reporté jusqu'à la dernière limite au point de subir une anxiété réactionnelle) tout ou au moins une partie de mon travail de thèse 1-2-3-4-5

Q1-2 : J'ai favorisé volontairement d'autres priorités (personnelles et/ou professionnelles) au détriment de mon travail de thèse 1-2-3-4-5

Q1-3 : J'ai reporté volontairement au dernier moment tout ou au moins une partie de mon travail de thèse 1-2-3-4-5

Q1-3-1 : Si vous avez plutôt ou tout à fait reporté volontairement au dernier moment tout ou partie du travail de thèse :

Q1-3-1 : Quelle raison parmi les suivantes vous semble expliquer le mieux ce report volontaire? 1.Parce que je pense que je travaille mieux sous la pression – 2.Parce que j'aime travailler sous pression – 3.Parce que c'est la seule façon pour moi de me concentrer efficacement et d'éviter les distractions – 4.Parce que c'est la seule façon pour moi de trouver assez de

motivation pour travailler – 5. Parce que c'est la seule façon pour moi de réaliser les tâches désagréables – 6. Aucune des raisons proposées

Q2 : Merci d'évaluer pour chaque proposition dans quelle mesure celle-ci vous correspondait pendant la période de préparation de votre thèse : 1: pas du tout d'accord / 2: plutôt en désaccord / 3: ni en désaccord ni d'accord / 4: plutôt d'accord / 5: tout à fait d'accord

Q2-1 : Pendant la préparation de ma thèse, j'ai souvent élaboré des méthodes pour organiser mon travail, mais je ne les ai jamais suivies 1-2-3-4-5

Q2-2 : La nuit avant les échéances en lien avec ma thèse, je me suis senti coupable de ne pas avoir assez travaillé 1-2-3-4-5

Q2-3 : Pendant la préparation de ma thèse, même après avoir pris la décision de travailler, j'ai retardé le moment de m'y mettre 1-2-3-4-5

Q2-4 : J'ai travaillé plus régulièrement que les autres doctorants de ma connaissance 1-2-3-4-5

Q2-5 : Après avoir atteint les échéances liées à ma thèse, j'ai regretté d'avoir travaillé à la dernière minute 1-2-3-4-5

Q2-6 : Pendant la période de préparation de ma thèse, j'ai eu tendance à repousser mon travail jusqu'à ce qu'il soit trop tard 1-2-3-4-5

Q2-7 : Pendant la période de préparation de ma thèse, il m'a été difficile de travailler autrement qu'à la dernière minute 1-2-3-4-5

Q2-8 : Pendant la période de préparation de ma thèse, j'ai remis mon travail au lendemain, en me disant que je serais plus motivé à ce moment là 1-2-3-4-5

Q3 : Merci d'évaluer pour chaque proposition dans quelle mesure celle-ci vous correspondait pendant la période de préparation de votre thèse : 1: pas du tout d'accord / 2: plutôt en désaccord / 3: ni en désaccord ni d'accord / 4: plutôt d'accord / 5: tout à fait d'accord

Q3-1 : Préparer ma thèse en gardant une vie sociale satisfaisante était difficile 1-2-3-4-5

Q3-2 : Préparer ma thèse était parfois incompatible avec ma vie familiale 1-2-3-4-5

Q3-3 : Préparer ma thèse était souvent compliqué du fait de mes obligations professionnelles 1-2-3-4-5

Q3-4 : Préparer ma thèse ne me permettait pas d'avoir les activités de loisirs que j'aurais souhaité 1-2-3-4-5

Q4 : Délai entre la présentation de la thèse et la date butoir légale (3 ans après le dernier jour de votre internat ou dans les 3 années qui suivent l'obtention de votre 1^{ère} licence de remplacement) : 1. Plus de 3 ans avant la date butoir – 2. Entre 2 et 3 ans avant la date butoir – 3. Entre 1 et 2 ans avant la date butoir – 4. Entre 6 mois et 1 an avant la date butoir – 5. Moins de 6 mois avant la date butoir – 6. Au plus près de la date butoir – 7. Date butoir dépassée

Q5 : Délai entre le début et la fin de votre travail de thèse: 1. Moins de 6 mois – 2. Entre 6 et 12 mois – 3. Entre 12 et 24 mois – 4. Entre 24 et 36 mois – 5. Plus de 3 ans

Q6 : Vous êtes-vous senti contraint dans la réalisation du travail de thèse? OUI NON

Q6-1 : Si OUI :

Q6-1-1 : Quel(s) type(s) de contrainte(s) avez-vous ressenti?

Contraintes intrinsèques au travail de thèse (ex: lourdeur méthodologique, longueur des études)

- Contraintes temporelles (ex: échéance administrative)
- Contraintes professionnelles (ex: opportunité professionnelle, volume horaire professionnel)
- Contraintes financières (ex: responsabilité financière du foyer)
- Difficultés pratiques (ex: distance importante entre le lieu de vie et la faculté, difficultés administratives, organisationnelles)
- Contraintes familiales (ex: pression familiale, arrivée d'un enfant)
- Contraintes personnelles (ex: accumulation des contraintes, manque de motivation)
- Contraintes psychiques (ex: stress et anxiété, dépression, sentiment de lassitude)
- Autres: _____

Q6-1-2 : A quel point vous êtes-vous senti contraint dans la préparation de votre travail de thèse? 1.Pas contraint – 2.Plutôt pas contraint – 3.Sans avis – 4.Plutôt contraint – 5.Complètement contraint

Q7 : Avez-vous ressenti une répugnance à réaliser votre travail de thèse? 1.Aucune aversion – 2.Plutôt pas de répugnance – 3.Sans avis – 4.Plutôt de la répulsion – 5.Une aversion totale

Q7-1 : si vous avez ressenti plutôt de la répulsion ou une aversion totale : Merci d'évaluer votre degré d'aversion (répugnance, répulsion) pour chaque étape de votre travail de thèse. :

1 : aucune aversion / 2: plutôt pas de répugnance / 3: sans avis / 4: plutôt de la répulsion / 5: une aversion totale

Q7-1-1 : Choix du maître de thèse et du sujet 1-2-3-4-5

Q7-1-2 : Recherche bibliographique initiale 1-2-3-4-5

Q7-1-3 : Construction, bibliographie complémentaire, mise en œuvre du travail 1-2-3-4-5

Q7-1-4 : Exploitation des résultats 1-2-3-4-5

Q7-1-5 : Rédaction 1-2-3-4-5

Q7-1-6 : Choix d'une date et présentation de la thèse 1-2-3-4-5

Q8 : Vous êtes-vous senti compétent dans la réalisation de votre travail de thèse? 1.Non compétent – 2.Plutôt incompétent – 3.Ni incompétent ni compétent – 4.Plutôt compétent – 5.Tout à fait compétent

Q8-1 : si vous vous êtes senti non ou peu compétent dans la réalisation de votre travail de thèse : Merci d'estimer votre degré de compétence personnelle pour chaque étape de votre travail de thèse

1: non compétent / 2: peu compétent / 3: ni incompétent ni compétent / 4: plutôt compétent / 5: tout à fait compétent

Q8-1-1 : Choix du maître de thèse et du sujet 1-2-3-4-5

Q8-1-2 : Recherche bibliographique initiale 1-2-3-4-5

Q8-1-3 : Construction, bibliographie complémentaire, mise en œuvre du travail 1-2-3-4-5

Q8-1-4 : Exploitation des résultats 1-2-3-4-5

Q8-1-5 : Rédaction 1-2-3-4-5

Q8-1-6 : Choix d'une date et présentation de la thèse 1-2-3-4-5

Q9 : au delà de l'obligation... Merci d'évaluer pour chaque proposition dans quelle mesure celle-ci représente les raisons pour lesquelles vous avez réalisé votre travail de thèse : 1: pas du tout d'accord / 2: plutôt en désaccord / 3: ni en désaccord ni d'accord / 4: plutôt d'accord / 5: tout à fait

d'accord

Q9-1 : J'ai réalisé mon travail de thèse parce que j'éprouvais du plaisir et de la satisfaction à apprendre de nouvelles choses 1-2-3-4-5

Q9-2 : J'ai réalisé mon travail de thèse parce que, selon moi, ce travail allait m'aider à mieux me préparer à la carrière que j'avais choisie 1-2-3-4-5

Q9-3 : J'ai réalisé mon travail de thèse pour les moments intenses que je vivais lorsque je communiquais mes propres idées aux autres 1-2-3-4-5

Q9-4 : Honnêtement je ne sais pas pourquoi j'ai réalisé mon travail de thèse, j'ai vraiment eu l'impression de perdre mon temps 1-2-3-4-5

Q9-5 : J'ai réalisé mon travail de thèse pour le plaisir que je ressentais à me surpasser dans mes études 1-2-3-4-5

Q9-6 : J'ai réalisé mon travail de thèse pour pouvoir décrocher un poste plus prestigieux 1-2-3-4-5

Q9-7 : J'ai réalisé mon travail de thèse parce que cela me permettait éventuellement d'accéder à un domaine que j'aime 1-2-3-4-5

Q9-8 : J'ai réalisé mon travail de thèse parce que le fait de réussir me permettait de me sentir important à mes propres yeux 1-2-3-4-5

Q9-9 : J'ai réalisé mon travail de thèse pour le plaisir d'en savoir plus long sur le sujet 1-2-3-4-5

Q9-10 : J'ai réalisé mon travail de thèse pour le plaisir que je ressentais à me sentir complètement absorbé par les travaux de certains auteurs 1-2-3-4-5

Q9-11 : J'avais probablement de bonnes raisons initialement, mais je les ai perdues de vue 1-2-3-4-5

Q9-12 : J'ai réalisé mon travail de thèse pour avoir un meilleur salaire 1-2-3-4-5

Q9-13 : J'ai réalisé mon travail de thèse parce que ce travail me permettait de vivre de la satisfaction dans ma recherche personnelle d'excellence 1-2-3-4-5

Q9-14 : J'ai réalisé mon travail de thèse pour me prouver à moi-même que je suis une personne intelligente et capable de réussir 1-2-3-4-5

Q10: Merci d'évaluer pour chaque proposition dans quelle mesure celle-ci vous correspondait pendant la période de préparation de votre travail de thèse

1: pas du tout d'accord / 2: plutôt en désaccord / 3: ni en désaccord, ni d'accord / 4: plutôt d'accord / 5: tout à fait d'accord

Q10-1 : J'ai aimé étudier pour ma thèse 1-2-3-4-5

Q10-2 : J'ai relu mes travaux pour traquer les erreurs 1-2-3-4-5

Q10-3 : J'ai été attentif à mon travail de thèse 1-2-3-4-5

Q10-4 : En lisant sur mon sujet de thèse, je me suis interrogé pour être sûr d'avoir bien compris 1-2-3-4-5

Q10-5 : J'ai été enthousiasmé par mon travail de thèse 1-2-3-4-5

Q10-6 : J'ai, la plupart du temps, été assidu à mon travail de thèse 1-2-3-4-5

4-4 : Les conséquences de la thèse:

Q1 : Aviez-vous des craintes concernant les conséquences éventuelles de l'obtention de votre titre de Docteur en Médecine? 1. Aucune – 2. Peu de contrainte – 3. Sans avis – 4. Des contraintes plutôt importantes – 5. Énormément de craintes

Q1-1 : Pourquoi ? _____

5 – Contexte universitaire:

Q1 : Les résultats que vous avez obtenus pendant votre cursus universitaire étaient, selon vous :
1.Suffisants – 2.Bons – 3.Excellents – 4.Autre : _____

Q2 : Quelle a été votre tendance à la procrastination pendant vos études universitaires?
1.Absence – 2.Faible – 3.Modérée – 4.Importante – 5.Majeure

Q3 : Votre orientation vers le DES de Médecine Générale est-elle volontaire? OUI NON

Q4 : Aviez-vous une opportunité professionnelle immédiate en post internat? OUI NON

Q5 : Merci d'évaluer dans quelle mesure vous vous sentiez appartenir à la profession médicale pendant la période de préparation de votre thèse : 1.Pas du tout – 2.Peu – 3.Sans avis – 4.Plutôt – 5.Tout à fait

Q5-1 : Si vous vous sentez plutôt ou tout à fait appartenir à la profession médicale: Merci d'évaluer pour chaque proposition dans quelle mesure celle-ci correspondait à votre situation pendant la période de préparation de votre thèse : 1: pas du tout d'accord / 2: plutôt en désaccord / 3: ni en désaccord ni d'accord / 4: plutôt d'accord / 5: tout à fait d'accord

Q5-1-1 : Dans mes relations avec les autres membres de la profession médicale, je me sens estimé 1-2-3-4-5

Q5-1-2 : Dans mes relations avec les autres membres de la profession médicale, je me sens compris 1-2-3-4-5

Q5-1-3 : Je me sens lié aux autres membres de la profession médicale 1-2-3-4-5

Q5-1-4 : Je me sens proche des autres membres de la profession médicale 1-2-3-4-5

Q6 : Obtention d'autres diplômes pendant la période de préparation de la thèse:
OUI NON

Q7 : Temps de trajet moyen du lieu de vie à la faculté (aller-retour): 1.<30min – 2.Entre 30 et 60min – 3.Entre 60 et 120min – 4.>120min

Q8 : Participation aux cours de préparation à la thèse organisés par le DMG: 1.Jamais – 2.Une seule fois – 3.Occasionnelle – 4.Régulièrement – 5.Systématiquement

Q8-1 : Si vous avez participé à au moins 1 cours de préparation à la thèse :

Q8-1-1 : Quel a été l'intérêt de ce(s) cours pour vous, à titre personnel? 1.Aucun – 2.Peu d'intérêt – 3.Sans avis – 4.Plutôt intéressant – 5.Très intéressant

Q8-1-2 : Pour quelle(s) raison(s) avez-vous participé à ce(s) cours? _____

Q8-2 : Si vous n'avez participé à aucun cours :

Q8-2-1 : Pour quelle(s) raison(s) n'avez vous participé à aucun cours _____

Q9 : Participation aux séminaires doctorants: 1.Jamais – 2.A un seul en tant que spectateur – 3.A un seul en présentant mon travail – 4.A plusieurs

Q9-1 : Si vous avez participé à au moins 1 séminaire doctorant :

Q9-1-1 : Quel a été l'intérêt de ce(s) séminaires pour vous, à titre personnel? 1.Aucun – 2.Peu d'intérêt – 3.Sans avis – 4.Plutôt intéressant – 5.Très intéressant

Q8-1-2 : Pour quelle(s) raison(s) avez-vous participé à ce(s) séminaires? _____

Q9-2 : si vous n'avez participé à aucun séminaire doctorant :

Q9-2-1 : Pour quelle(s) raison(s) n'avez vous participé à aucun séminaire doctorant ? _____

Q10 : Vous êtes-vous senti soutenu : Évaluation du soutien 1: pas du tout soutenu / 2: peu soutenu / 3: plutôt soutenu / 4: tout à fait soutenu

Q10-1 : par les médecins du DMG? 1-2-3-4

Q10-2 : par le DMG sur le plan administratif? 1-2-3-4

Q10-3 par les autres doctorants? 1-2-3-4

Q10-3-1 : si vous vous êtes senti plutôt ou tout à fait soutenu par les autres doctorants : Merci d'évaluer pour chaque proposition à quel point celle-ci vous correspondait pendant la période de préparation de votre thèse

1: pas du tout d'accord / 2: plutôt en désaccord / 3: plutôt d'accord / 4: tout à fait d'accord

Q10-3-1-1 : Parmi les autres doctorants, il y avait des personnes sur qui je pouvais compter pour m'aider en cas de réel besoin 1-2-3-4

Q10-3-1-2 : Parmi les autres doctorants, il y avait des personnes qui prenaient plaisir aux mêmes activités sociales que moi 1-2-3-4

Q10-3-1-3 : Avec les autres doctorants, j'avais des relations où étaient reconnus ma compétence et mon savoir-faire 1-2-3-4

Q10-3-1-4 : Parmi les autres doctorants, il y avait au moins une personne fiable à qui j'aurais pu faire appel pour me conseiller si j'avais eu des problèmes 1-2-3-4

Q10-3-1-5 : Parmi les autres doctorants, je ressentais un lien affectif fort avec au moins une autre personne 1-2-3-4

6 – Et vous...

Les questions suivantes permettront d'envisager les déterminants psychologiques en lien avec le travail de thèse et sa procrastination éventuelle. Il n'existe aucune bonne ou mauvaise réponse. Merci par avance de votre honnêteté.

Q1 : Merci d'évaluer pour chaque proposition dans quelle mesure celle-ci vous correspondait pendant la période de préparation de votre thèse : 1: pas du tout d'accord / 2: plutôt en désaccord / 3: plutôt d'accord / 4: tout à fait d'accord

Q1-1 : Il me semblait que j'étais une personne de valeur, au moins égale à n'importe qui d'autre 1-2-3-4

Q1-2 : Il me semblait que je possédais un certain nombre de belles qualités 1-2-3-4

Q1-3 : Il me semblait que j'étais capable de faire les choses aussi bien que la majorité des gens 1-2-3-4

Q1-4 : J'avais une attitude positive vis à vis de moi-même 1-2-3-4

Q1-5 : Dans l'ensemble, j'étais satisfait de moi 1-2-3-4

Q2 : Je passe mon temps à répéter « je le ferai demain » : 1.pas du tout d'accord – 2.Plutôt en désaccord – 3.Ni en désaccord, ni d'accord – 4.Plutôt d'accord – 5.Tout à fait d'accord

Q2-1 : Si vous avez plutôt ou tout à fait tendance à répéter « je le ferais demain » : Merci d'évaluer pour chaque proposition dans quelle mesure celle-ci vous correspond de manière générale

Q2-1-1 : Je ne fais ce que j'ai à faire qu'à la dernière minute 1-2-3-4-5

Q2-1-2 : Je commence mes obligations rapidement après qu'elles me soient attribuées

1-2-3-4-5

Q2-1-3 : Lorsque je me prépare à partir, je suis souvent retenu par quelque chose à faire à la dernière minute 1-2-3-4-5

Q2-1-4 : J'accomplis la plupart du temps tout ce que j'avais programmé dans la journée

1-2-3-4-5

Q3 : Je remets à plus tard les décisions à prendre : 1.pas du tout d'accord – 2.Plutôt en désaccord – 3.Ni en désaccord, ni d'accord – 4.Plutôt d'accord – 5.Tout à fait d'accord

Q3-1 : Si vous avez plutôt ou tout à fait tendance à remettre à plus tard les décisions à prendre :

Q3-1-1 : Je ne prends pas de décision à moins de devoir absolument le faire 1-2-3-4-5

Q3-1-2 : Quand je dois prendre une décision, je fais en sorte de rassembler beaucoup

d'informations 1-2-3-4-5

Q3-1-3 : Je n'aime pas assumer la responsabilité des prises de décision 1-2-3-4-5

Q3-1-4 : Je prends beaucoup de soin avant de choisir 1-2-3-4-5

Q3-1-5 : La possibilité que je puisse me tromper me fait souvent changer d'avis 1-2-3-4-5

Q3-1-6 : Même après avoir pris ma décision, je tarde avant d'agir 1-2-3-4-5

Q3-1-7 : Je me décourage facilement lorsqu'il s'agit de trouver une solution 1-2-3-4-5

Q4 : Dès lors que je suis confronté à un choix, j'essaie en général d'imaginer qu'elles sont les autres possibilités, même celles qui ne sont pas présentes sur le moment : 1.pas du tout d'accord – 2.Plutôt en désaccord – 3.Ni en désaccord, ni d'accord – 4.Plutôt d'accord – 5.Tout à fait d'accord

Q4-1 : Si vous avez plutôt ou tout à fait tendance à imaginer toutes les possibilités lorsque vous êtes confrontés à un choix :

Q4-1-1 : Je considère que les relations sont comme les vêtements: je m'attends à en essayer beaucoup avant de trouver ce qui me correspond 1-2-3-4-5

Q4-1-2 : Lorsque j'écoute la radio, je change souvent de station pour voir si un meilleur morceau n'est pas en train de passer, même si je suis relativement satisfait de ce que je suis en train d'écouter 1-2-3-4-5

Q4-1-3 : Peu importe ce que je fais, je suis très exigeant avec moi-même 1-2-3-4-5

Q4-1-4 : Je trouve qu'écrire est très difficile, même lorsque je dois juste écrire une lettre à un ami, parce que c'est compliqué de trouver les bons mots 1-2-3-4-5

Q4-1-5 : Je suis un fanatique des listes qui visent à classer les choses (les meilleurs films / les meilleurs chanteurs / les meilleurs romans ...) 1-2-3-4-5

Q4-1-6 : Je ne me contente jamais d'un second choix 1-2-3-4-5

Q5 : De manière générale, peu importe la qualité de ce que je fais, je ne suis jamais satisfait : 1.pas du tout d'accord – 2.Plutôt en désaccord – 3.Ni en désaccord, ni d'accord – 4.Plutôt d'accord –

5. Tout à fait d'accord

Q5-1 : Si vous avez plutôt ou tout à fait tendance à ne jamais être satisfait de la qualité de votre travail :

Q5-1-1 : Je ressens de la fierté à faire les choses de façon méticuleuse 1-2-3-4-5

Q5-1-2 : Je me sens bien quand je repousse mes limites 1-2-3-4-5

Q5-1-3 : Le problème quand je réussis, c'est qu'ensuite je dois travailler encore plus fort pour plaire aux autres 1-2-3-4-5

Q5-1-4 : Les autres me respectent du fait de mes réalisations 1-2-3-4-5

Q5-1-5 : On dirait que même si je fais mon maximum, ce n'est jamais assez bon pour les autres, y compris mes parents 1-2-3-4-5

Q5-1-6 : Les autres admirent les exigences élevées que je me fixe 1-2-3-4-5

Q5-1-7 : Si je fais une erreur, j'ai l'impression que tout est gâché 1-2-3-4-5

Q5-1-8 : J'aime me donner des défis en me fixant des standards très élevés 1-2-3-4-5

Q5-1-9 : J'aime les honneurs que me procurent mes performances remarquables

1-2-3-4-5

Q5-1-10 : Je sens que je dois être parfait afin d'obtenir l'approbation des autres 1-2-3-4-5

Q5-1-11 : Mes parents m'ont encouragé à exceller 1-2-3-4-5

Q5-1-12 : Je me sens entièrement satisfait lorsque je me donne à fond dans une activité

1-2-3-4-5

Q5-1-13 : Je me fixe des standards tellement élevés qu'il m'est impossible de les atteindre

1-2-3-4-5

Q5-1-14 : Je me sens coupable ou honteux si ce que je fais n'est pas parfait 1-2-3-4-5

Q6 : De manière générale, quand j'entreprends quelque chose je suis anxieux à l'idée que je pourrais échouer : 1. pas du tout d'accord – 2. Plutôt en désaccord – 3. Ni en désaccord, ni d'accord – 4. Plutôt d'accord – 5. Tout à fait d'accord

Q6-1 : Si vous êtes plutôt ou tout à fait anxieux à l'idée d'échouer

Q6-1-1 : J'essaie à tout prix d'éviter la désapprobation des autres 1-2-3-4-5

Q6-1-2 : Je sais quel genre de personne je devrais ou voudrais être, mais j'ai toujours l'impression de ne pas pouvoir y arriver 1-2-3-4-5

Q6-1-3 : Je m'inquiète de ce que les autres pensent si je fais des erreurs 1-2-3-4-5

Q6-1-4 : J'ai peur que si je déçois les autres, ils vont cesser de me respecter ou de m'apprécier 1-2-3-4-5

Q6-1-5 : Je préférerais ne pas commencer quelque chose si je risque de ne pas le faire parfaitement 1-2-3-4-5

Q6-1-6 : Lorsque je fais quelque chose, j'ai l'impression que les autres vont juger sévèrement la qualité de mon travail 1-2-3-4-5

Q7 : Merci d'évaluer pour chaque proposition dans quelle mesure celle-ci vous correspond de manière générale

1: pas du tout d'accord / 2: plutôt en désaccord / 3: plutôt d'accord / 4: tout à fait d'accord

Q7-1 : Je suis toujours optimiste sur mon avenir 1-2-3-4

Q7-2 : Généralement, je m'attends à ce que davantage de bonnes choses m'arrivent, plutôt que de mauvaises 1-2-3-4

Q8 : Merci d'évaluer pour chaque proposition dans quelle mesure celle-ci correspond à l'image que vous avez de vous-même : 1: pas du tout d'accord / 2: plutôt en désaccord / 3: ni en désaccord, ni d'accord / 4: plutôt d'accord / 5: tout à fait d'accord

Q8-1 : Je me vois comme quelqu'un qui est sociable, extraverti 1-2-3-4-5

Q8-1-1 : Si vous vous voyez comme quelqu'un de plutôt ou tout à fait sociable, extraverti :

Q8-1-1-1 : Je me vois comme quelqu'un qui est plein d'énergie 1-2-3-4-5

Q8-1-1-2 : Je me vois comme quelqu'un qui a une forte personnalité, qui s'exprime avec assurance 1-2-3-4-5

Q8-1-1-3 : Je me vois comme quelqu'un qui communique beaucoup d'enthousiasme 1-2-3-4-5

Q8-2 : Je me vois comme quelqu'un qui est prévenant et gentil avec presque tout le monde : 1-2-3-4-5

Q8-2-1 : Si vous vous considérez comme quelqu'un de plutôt ou tout à fait prévenant et gentil :

Q8-2-1-1 : Je me vois comme quelqu'un qui fait généralement confiance aux autres

1-2-3-4-5

Q8-2-1-2 : Je me vois comme quelqu'un qui est indulgent de nature 1-2-3-4-5

Q8-2-1-3 : Je me vois comme quelqu'un qui aime coopérer avec les autres 1-2-3-4-5

Q8-3 : Je me vois comme quelqu'un qui travaille consciencieusement : 1-2-3-4-5

Q8-3-1 : Si vous vous considérez comme quelqu'un de plutôt ou tout à fait consciencieux dans son travail :

Q8-3-1-1 : Je me vois comme quelqu'un qui est fiable dans son travail 1-2-3-4-5

Q8-3-1-2 : Je me vois comme quelqu'un qui est efficace dans son travail 1-2-3-4-5

Q8-3-1-3 : Je me vois comme quelqu'un qui persévère jusqu'à ce que la tâche soit finie

1-2-3-4-5

Q8-3-1-4 : Je me vois comme quelqu'un qui a tendance à être désorganisé 1-2-3-4-5

Q8-4 : Je me vois comme quelqu'un qui peut être angoissé 1-2-3-4-5

Q8-4-1 : Si vous vous considérez comme quelqu'un qui a plutôt ou tout à fait tendance à s'angoisser :

Q8-4-1-1 : Je me vois comme quelqu'un qui est « relax », détendu, qui gère bien le stress

1-2-3-4-5

Q8-4-1-2 : Je me vois comme quelqu'un qui peut être lunatique, d'humeur changeante

1-2-3-4-5

Q8-4-1-3 : Je me vois comme quelqu'un qui est déprimé, cafardeux 1-2-3-4-5

Q8-5 : Je me vois comme quelqu'un qui s'intéresse à de nombreux sujets : 1-2-3-4-5

Q8-5-1 : Si vous vous considérez comme quelqu'un qui s'intéresse à de nombreux sujets :

Q8-5-1-1 : Je me vois comme quelqu'un qui est créatif, plein d'idées originales 1-2-3-4-5

Q8-5-1-2 : Je me vois comme quelqu'un qui aime réfléchir et jouer avec des idées

1-2-3-4-5

Q9 : Merci d'évaluer pour chaque question dans quelle mesure celle-ci reflète votre rapport au temps de manière générale : 1: pas du tout d'accord / 2: plutôt en désaccord / 3: ni en désaccord ni d'accord / 4: plutôt d'accord / 5: tout à fait d'accord

Q9-1 : Avez-vous tendance à sous-estimer le temps dont vous avez besoin pour faire les choses prévues? 1-2-3-4-5

Q9-2 : Avez-vous l'impression que le temps s'échappe? 1-2-3-4-5

Q9-2-1 : Si vous avez plutôt ou tout à fait l'impression que le temps s'échappe : Merci d'évaluer pour chaque question dans quelle mesure celle-ci vous semble refléter votre rapport au temps de manière générale

Q9-2-1-1 : Organisez-vous vos activités avec facilité? 1-2-3-4-5

Q9-2-1-2 : En prenant pour exemple un jour habituel, pensez-vous que la plupart des choses que vous entreprenez a du sens? 1-2-3-4-5

Q9-2-1-3 : Passez-vous du temps à penser à ce que le futur pourrait-être? 1-2-3-4-5

Q9-2-1-4 : Passez-vous du temps à réfléchir aux opportunités que vous avez pu laisser passer? 1-2-3-4-5

Q9-2-1-5 : Lorsque vous débutez une activité, persévérez-vous jusqu'à ce que celle-ci soit achevée? 1-2-3-4-5

Q9-2-1-6 : Pensez-vous que vous utilisez suffisamment le temps dont vous disposez?

1-2-3-4-5

Q9-2-1-7 : Suivez-vous une routine quotidienne? 1-2-3-4-5

Q10 : Peu importe ce qui arrive, je suis habituellement capable d'y faire face : 1.Pas du tout d'accord – 2.Plutôt en désaccord – 3.Plus d'accord – 4.Tout à fait d'accord

Q10-1 : Si vous considérez que vous êtes plutôt ou tout à fait capable de faire face 1-2-3-4

Q10-1-1 : Si quelqu'un s'oppose à moi, je trouve toujours le moyen d'obtenir ce que je veux 1-2-3-4

Q10-1-2 : J'arrive toujours à résoudre mes problèmes si j'essaie assez fort 1-2-3-4

Q10-1-3 : C'est facile pour moi de maintenir mon attention et d'accomplir mes objectifs 1-2-3-4

Q10-1-4 : J'ai confiance en ma capacité à faire face efficacement aux événements inattendus 1-2-3-4

Q11 : Je pense que je pourrais mieux faire si je m'appliquais davantage : 1: pas du tout d'accord / 2: plutôt en désaccord / 3: ni en désaccord ni d'accord / 4: plutôt d'accord / 5: tout à fait d'accord

Q11-1 : Si vous pensez que vous pourriez plutôt ou tout à fait mieux faire si vous vous appliquez d'avantage :

Q11-1-1 : Quand j'échoue, ma première réaction est de rendre les circonstances responsables 1-2-3-4-5

Q11-1-2 : J'évite de m'investir dans les activités de compétition pour ne pas être blessé (psychologiquement) si je perds ou n'excelle pas 1-2-3-4-5

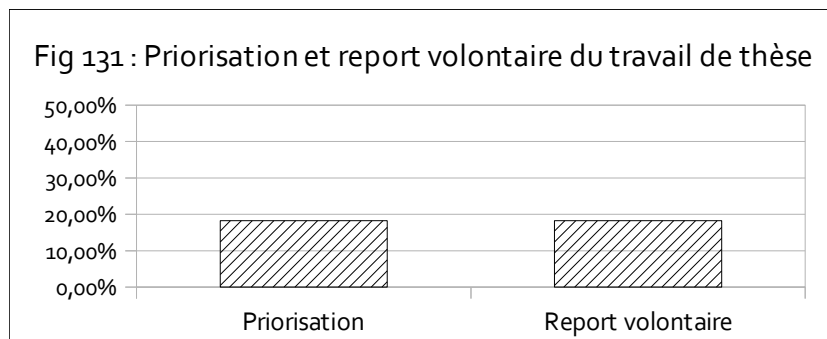
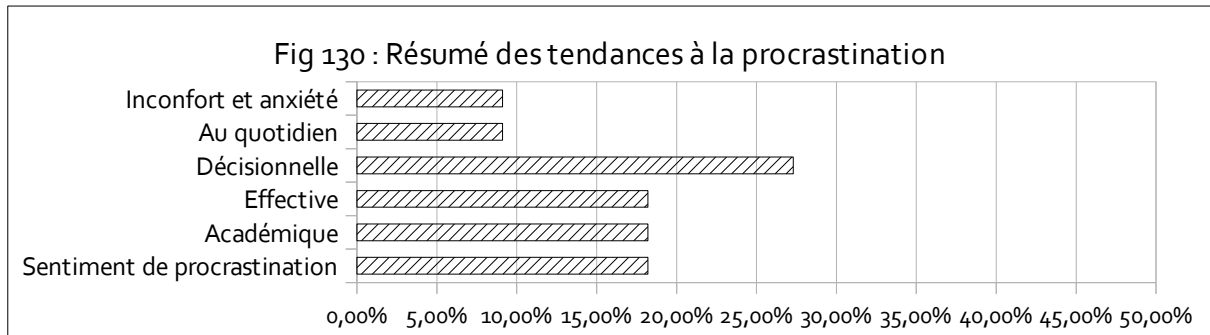
Q11-1-3 : Quand je ne réussis pas bien quelque chose, je me console souvent en pensant que je suis bon dans d'autres domaines 1-2-3-4-5

Q11-1-4 : J'aime parfois me faire porter malade pendant un jour ou deux pour décompresser 1-2-3-4-5

Q11-1-5 : Je suis facilement distrait par le bruit ou par mes propres pensées quand j'essaie
de lire 1-2-3-4-5

2. Annexe 2 : Pré-test, résumé des valeurs obtenues

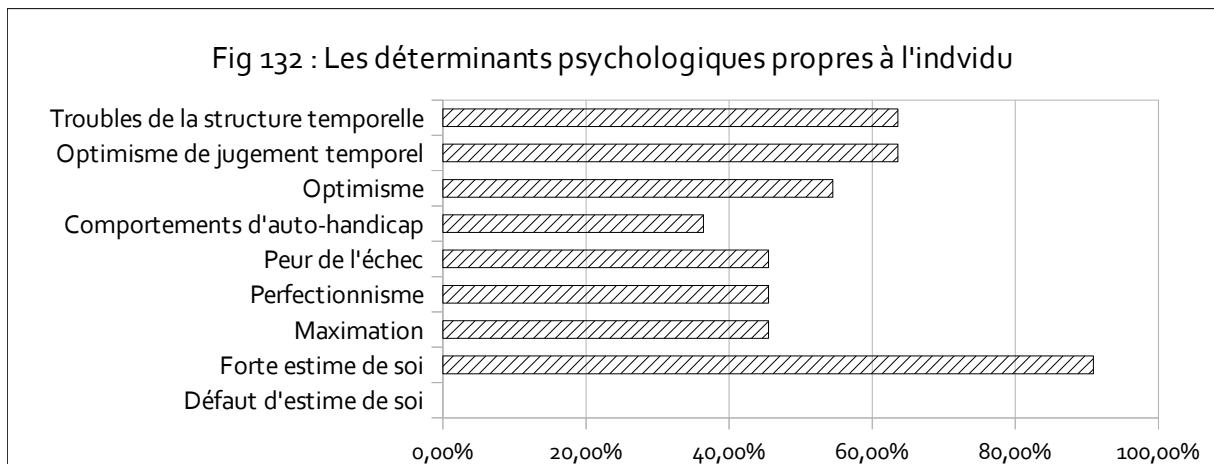
2.1. Les tendances individuelles à la procrastination

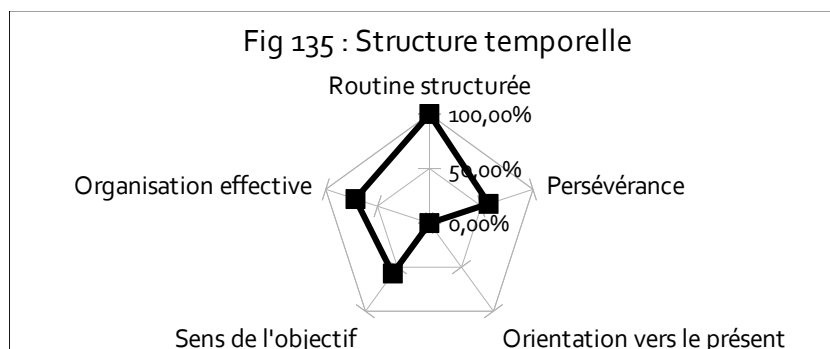
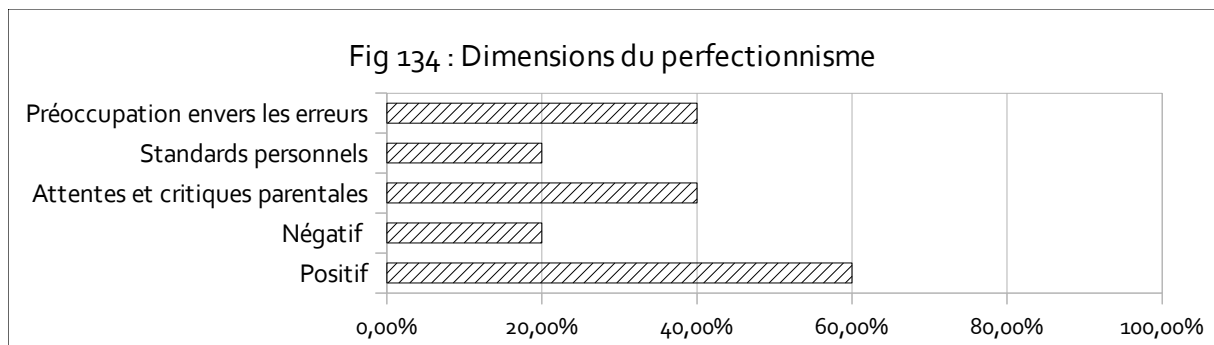
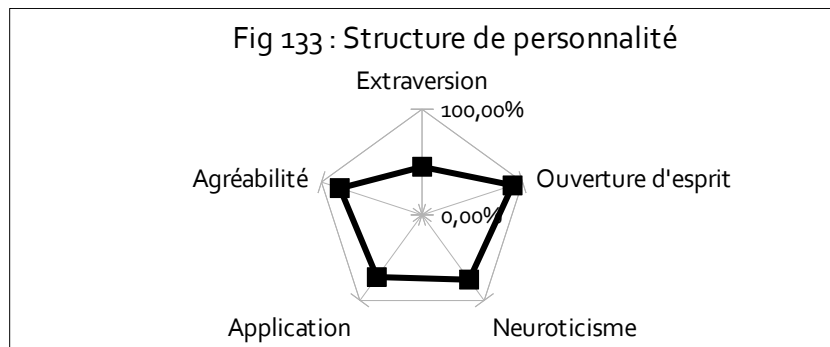


L'accentuation de la motivation au travail de thèse est la seule raison évoquée par les répondants pour justifier les comportements au report volontaire.

2.2. Les déterminants psychologiques

2.2.1. Les déterminants psychologiques propres à l'individu





2.2.2. Les déterminants psychologiques associés à la tâche concernée

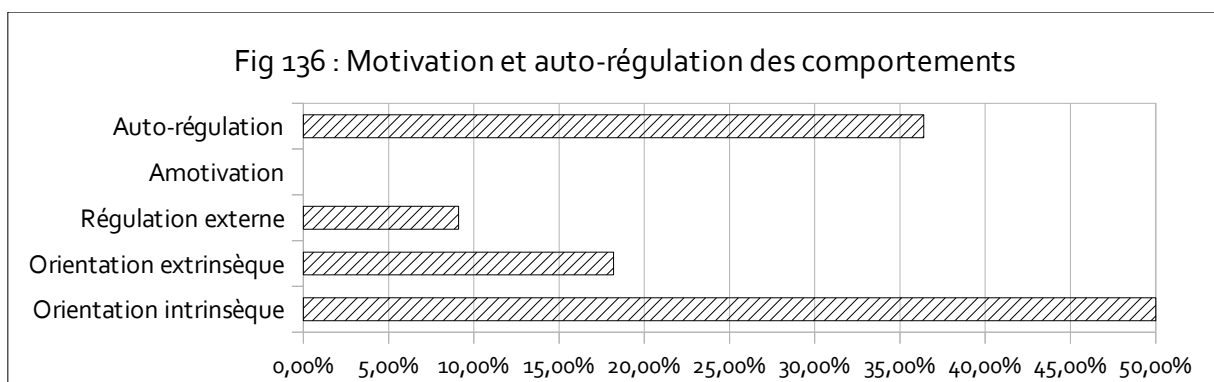


Fig 137 : Les déterminants psychologiques associés à la tâche

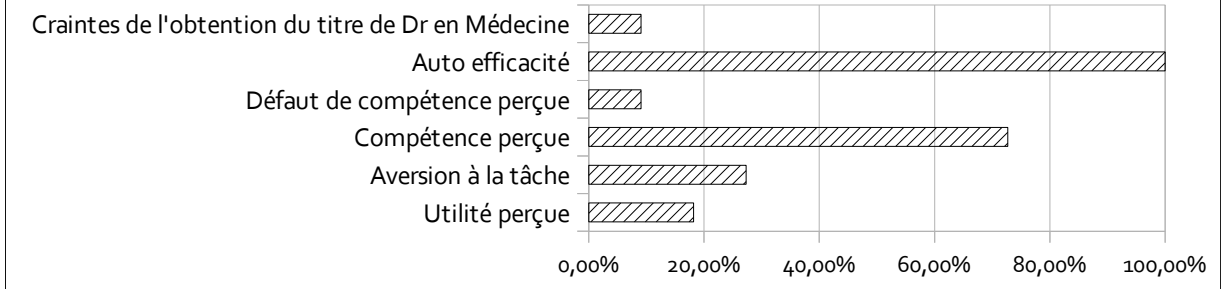
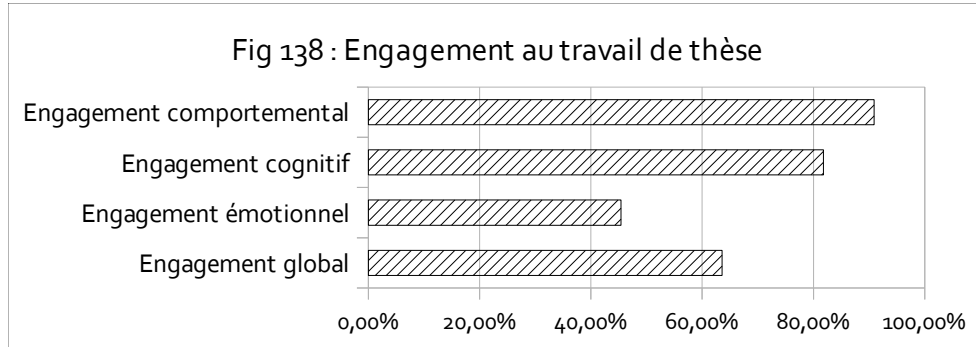


Fig 138 : Engagement au travail de thèse



2.2.3. Les déterminants psychologiques spécifiques du contexte de réalisation

Fig 139 : Les déterminants psychologiques spécifiques du contexte

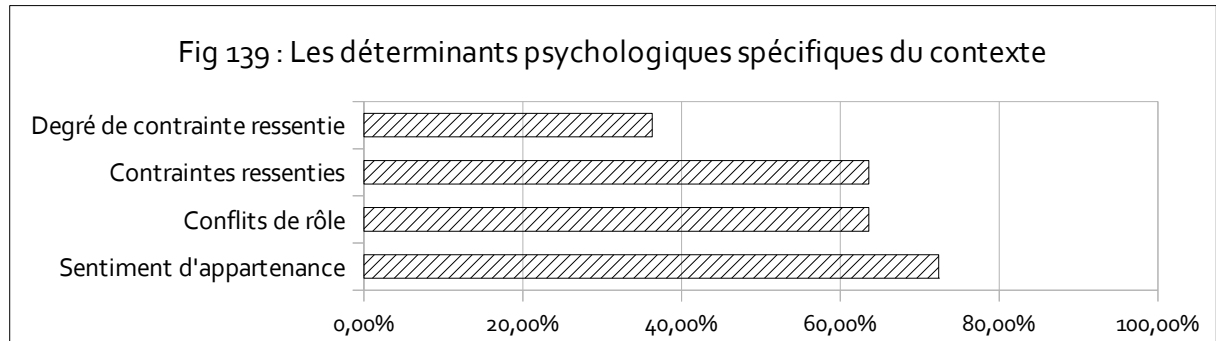


Fig 140 : Types de conflits de rôle

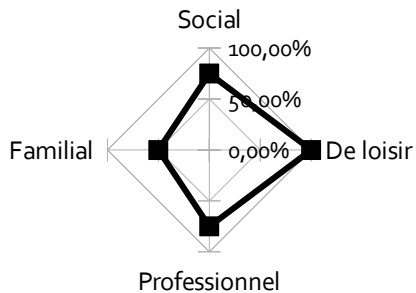
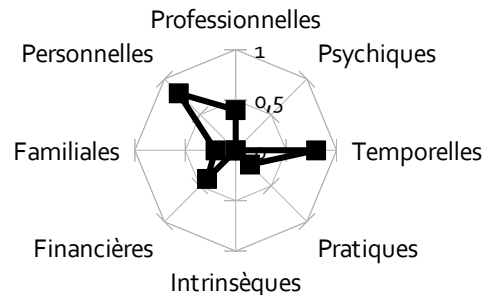
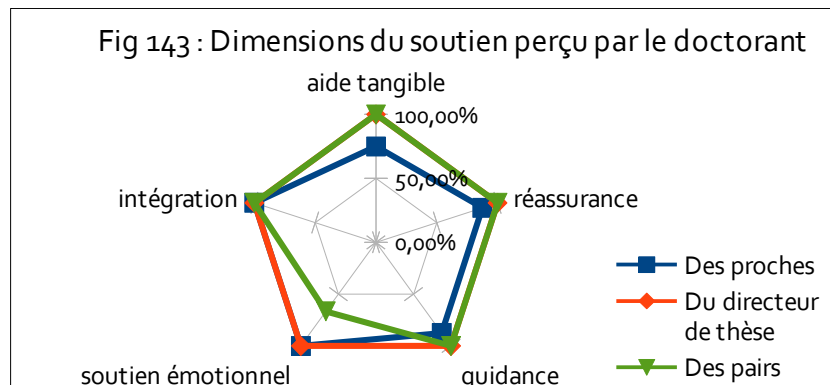
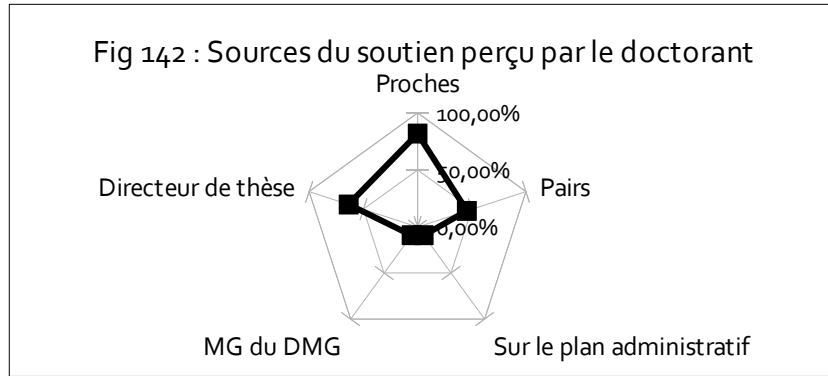
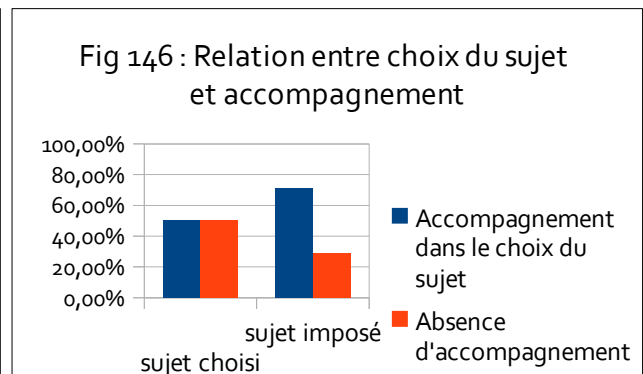
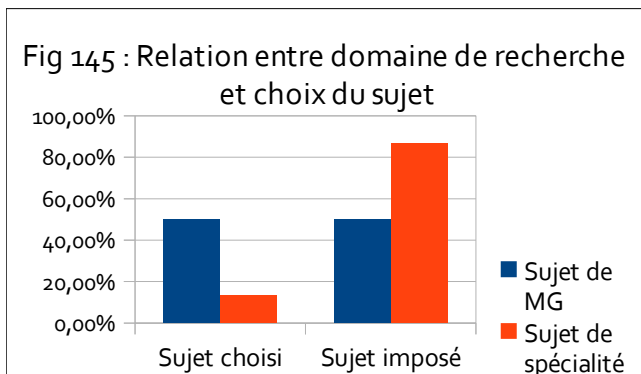
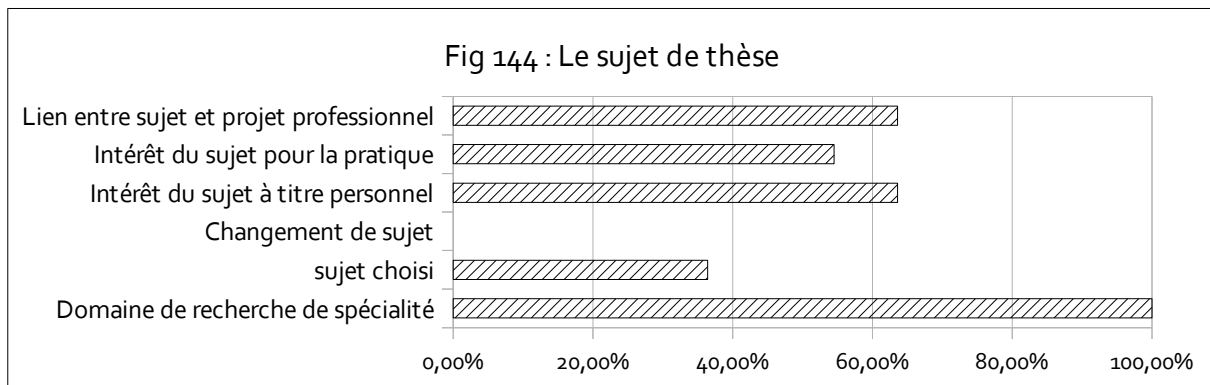


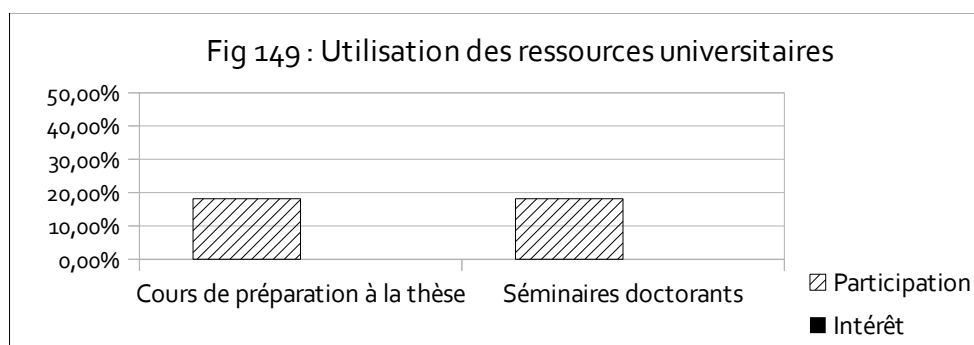
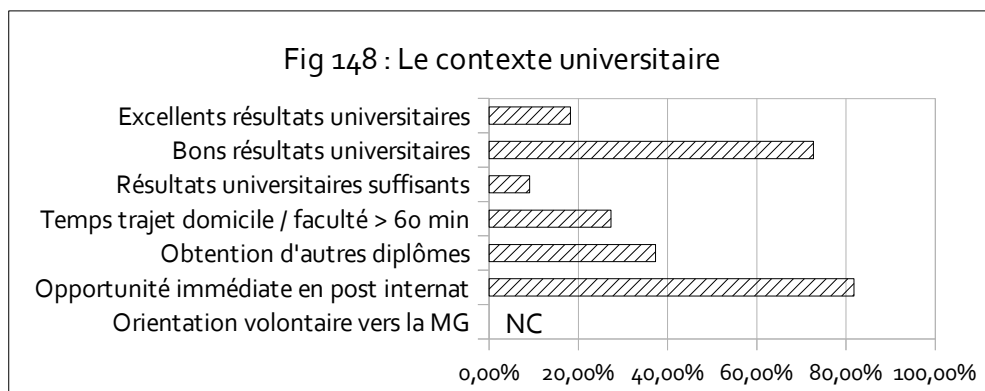
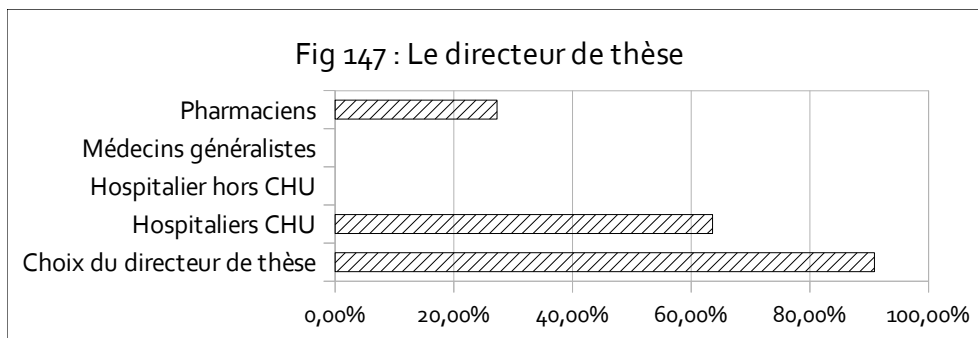
Fig 141 : Types de contraintes ressenties





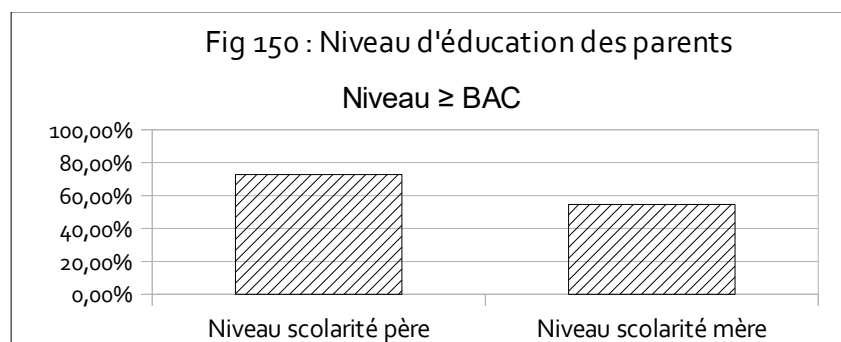
2.3. Les facteurs inhérents au travail de thèse



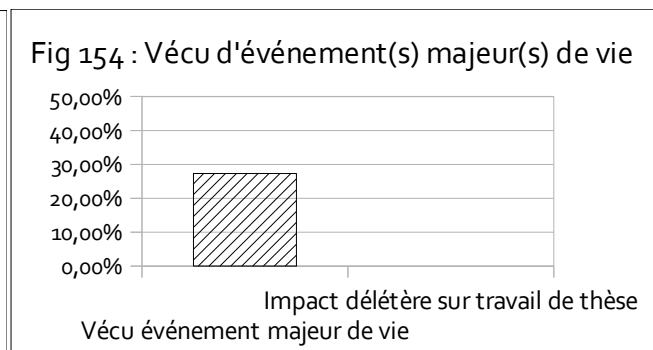
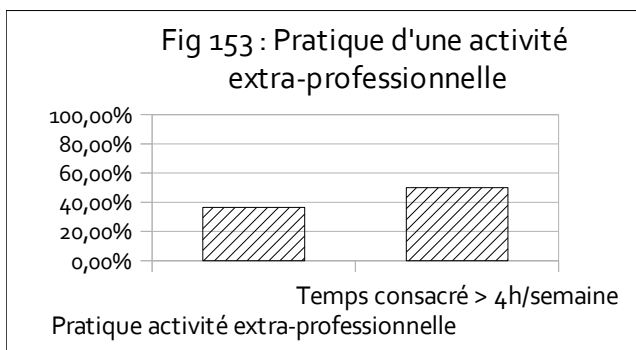
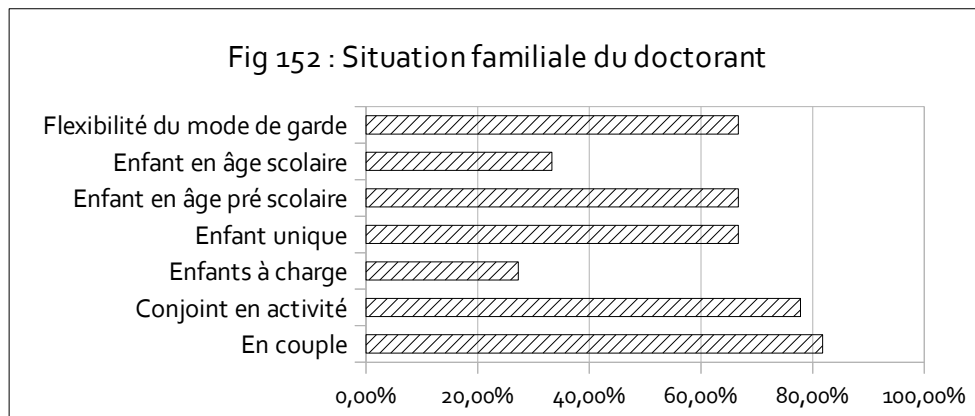
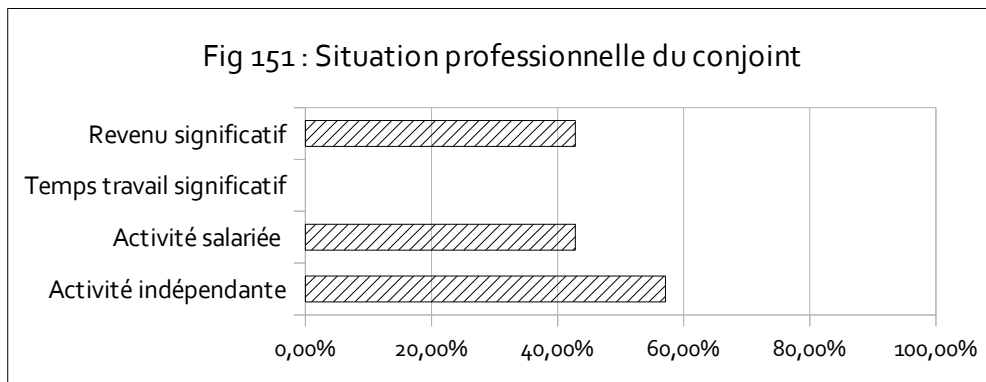


2.4. Les données sociodémographiques

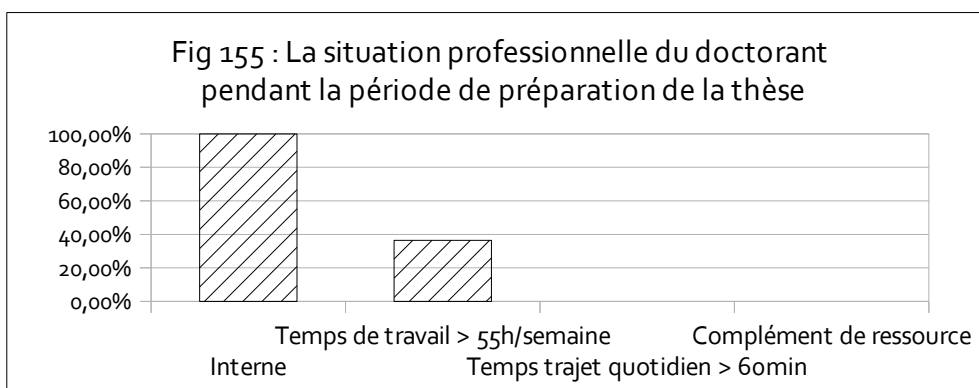
2.4.1. Les données sociodémographiques générales



2.4.2. Le contexte personnel du doctorant pendant la période de préparation de la thèse



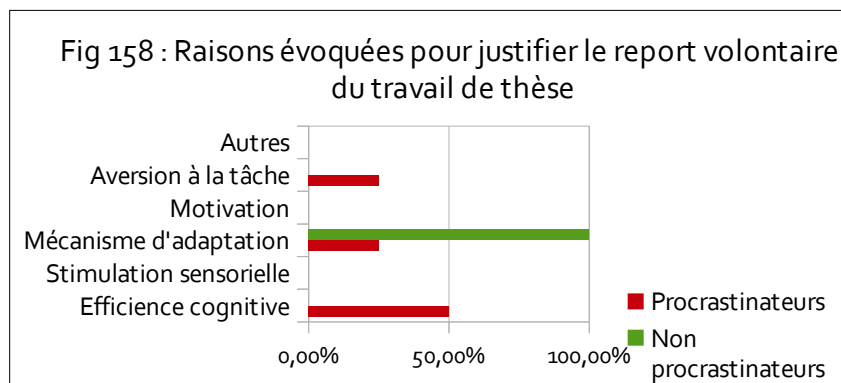
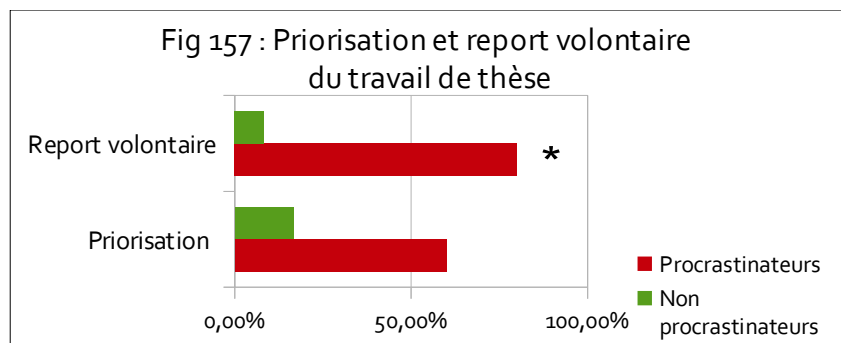
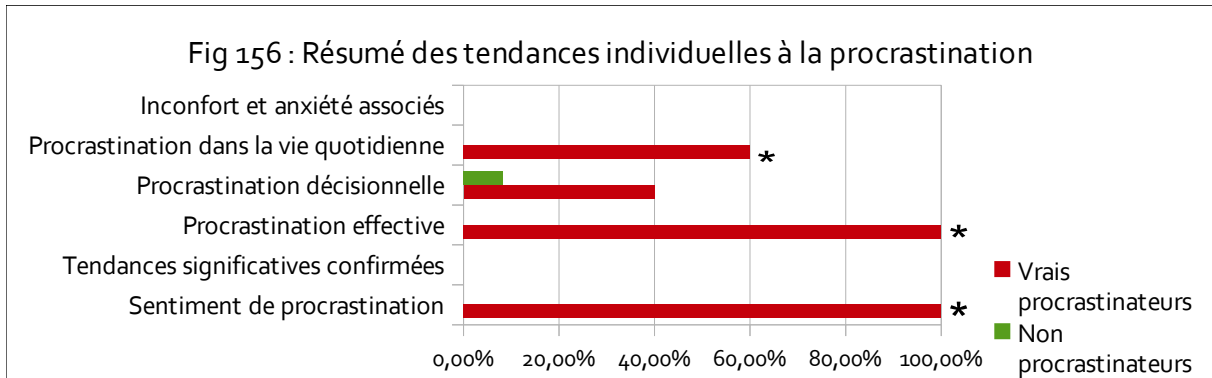
2.4.3. La situation professionnelle du doctorant pendant la période de préparation de la thèse



3. Annexe 3: Les « procrastinateurs vrais », résumé de l'analyse statistique

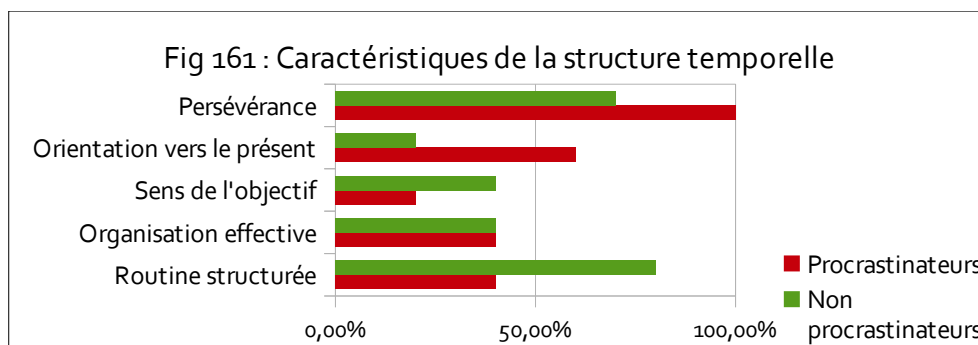
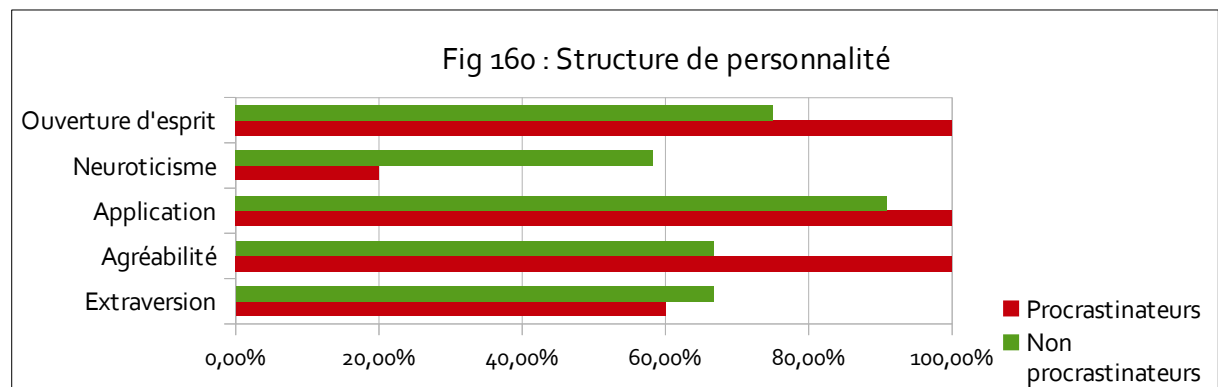
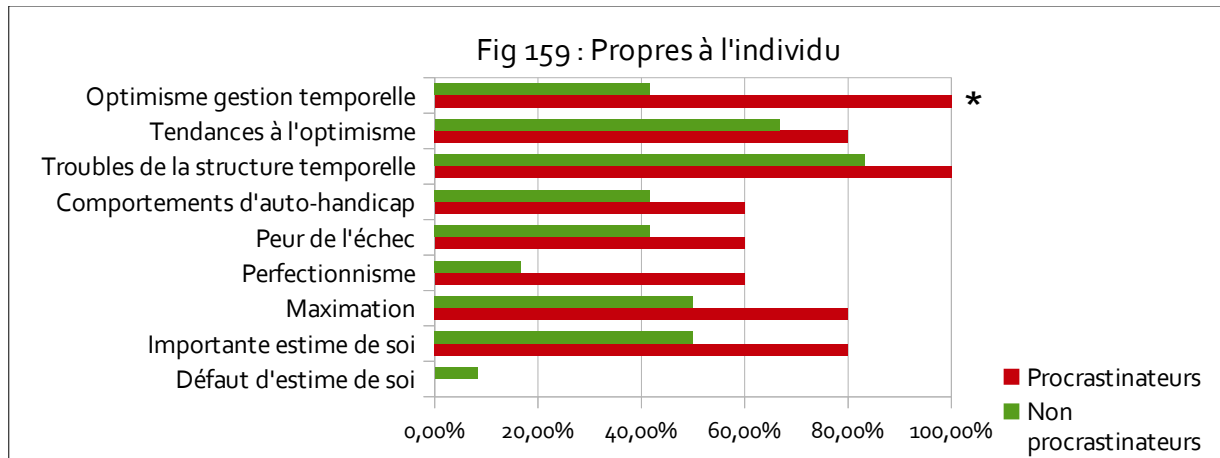
Les résultats statistiquement significatifs sont signalés par un astérisque (*).

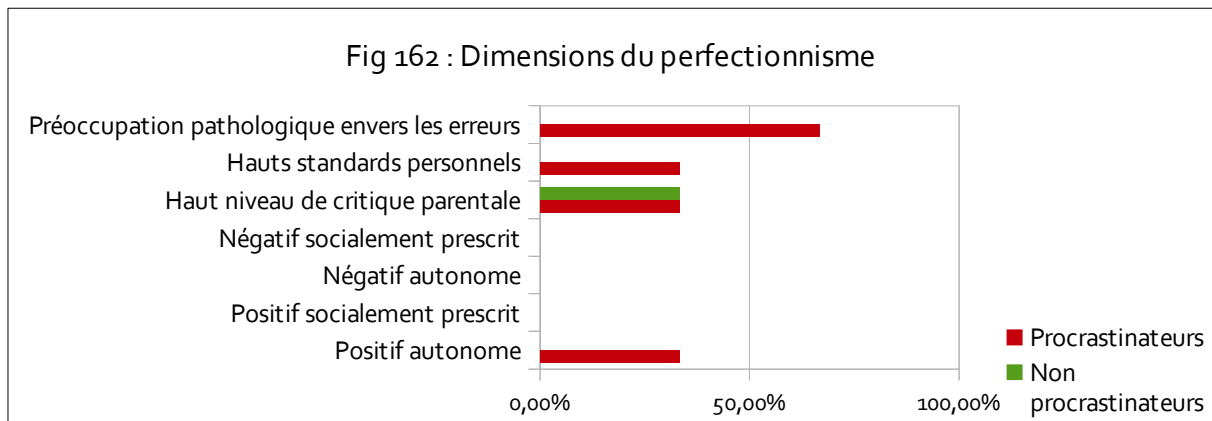
3.1. Les tendances individuelles à la procrastination



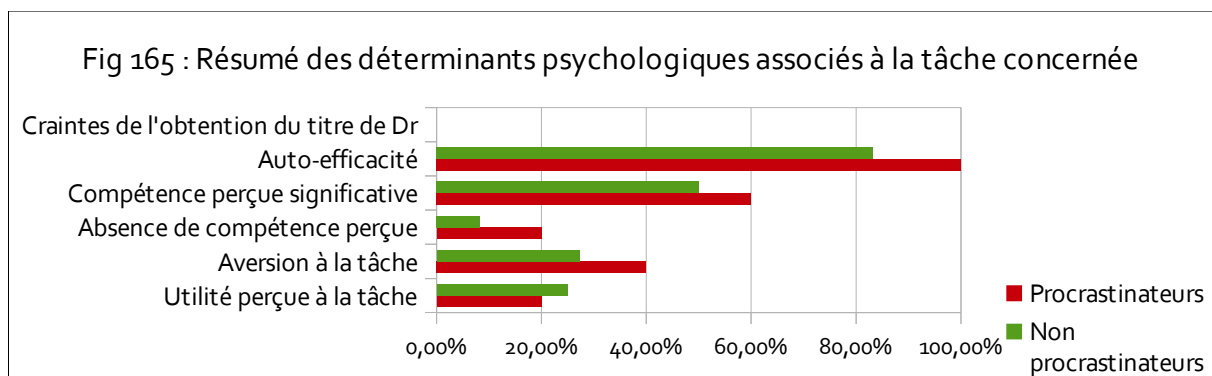
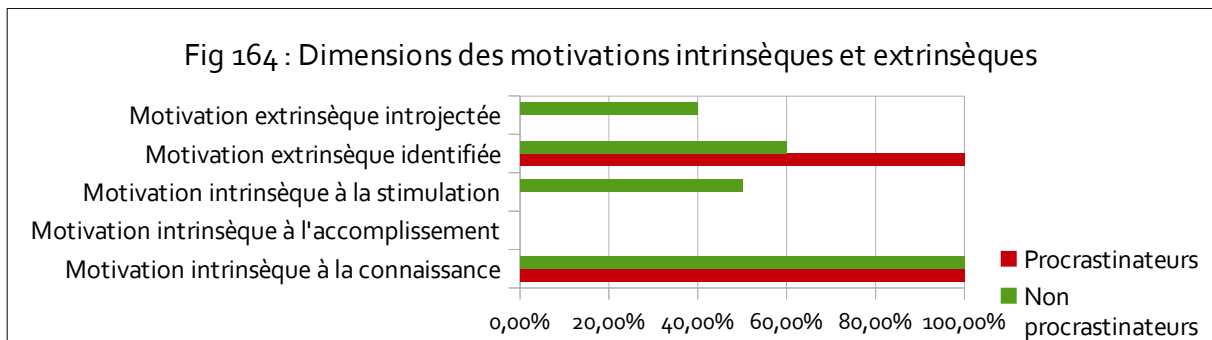
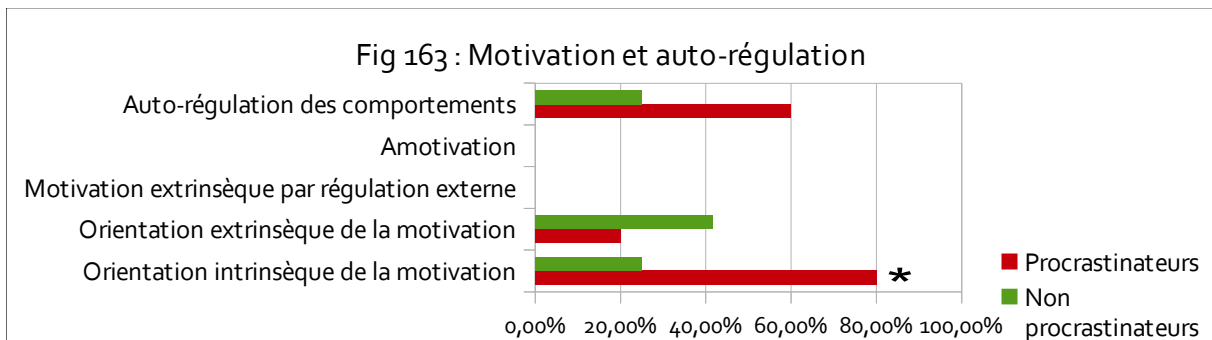
3.2. Les déterminants psychologiques

3.2.1. Les déterminants psychologiques propres à l'individu

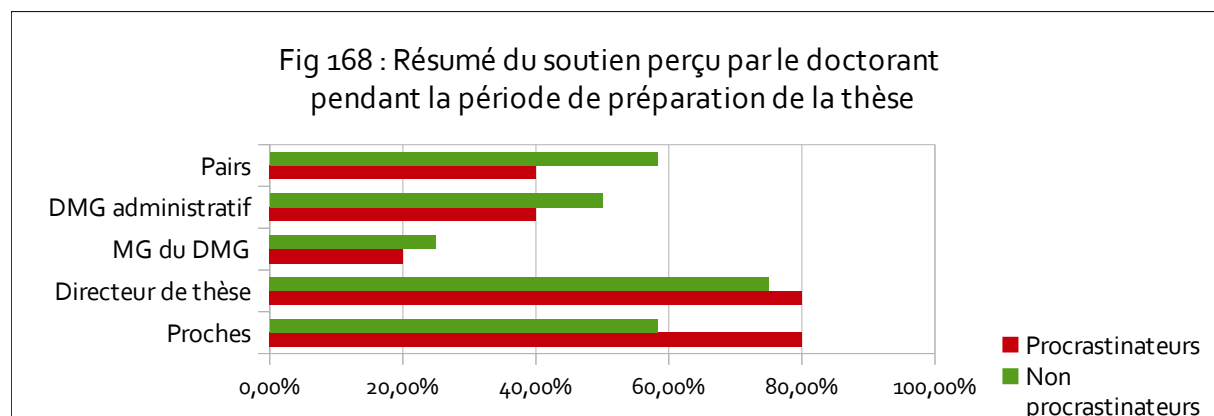
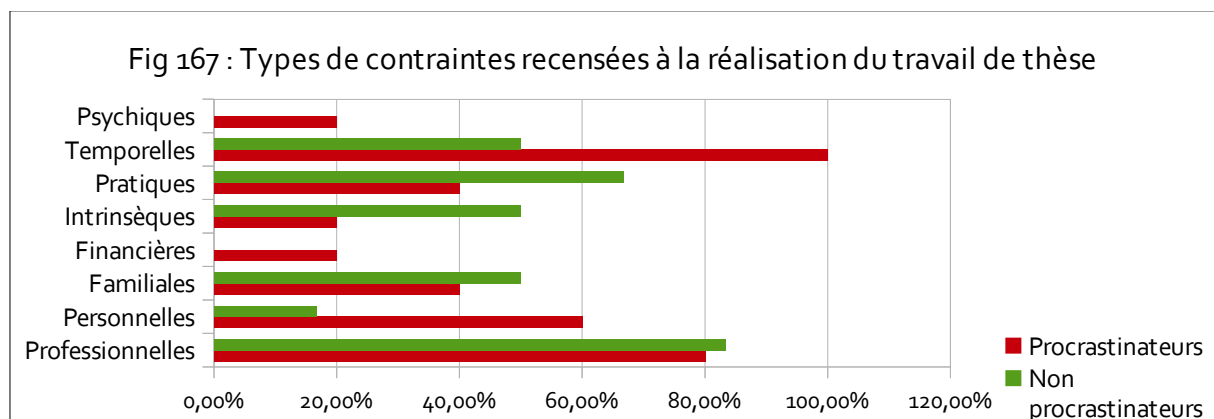
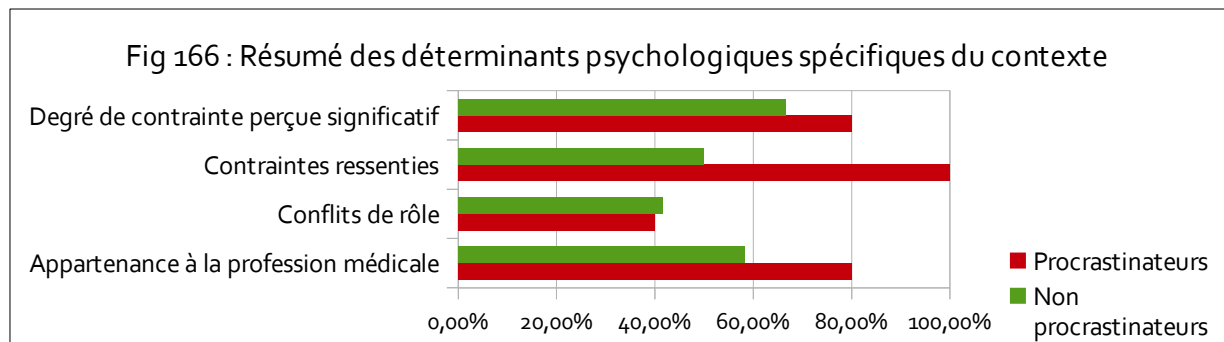




3.2.2. Les déterminants psychologiques associés à la tâche concernée



3.2.3. Les déterminants psychologiques spécifiques du contexte de réalisation



3.3. Les facteurs inhérents au travail de thèse

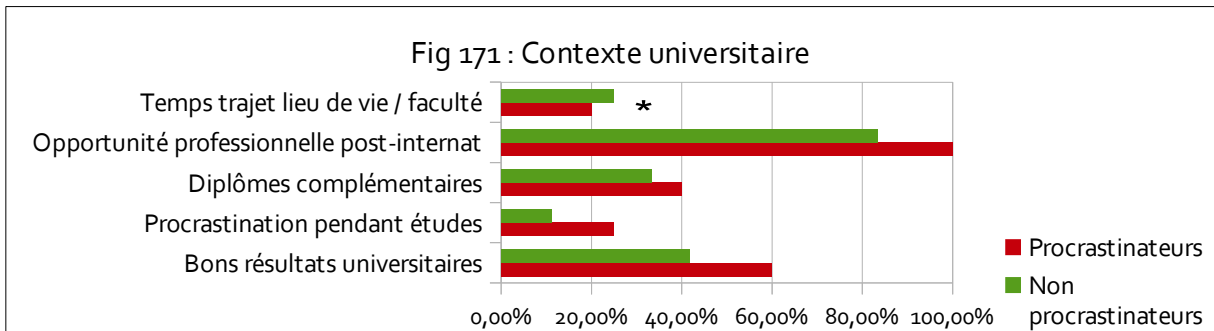
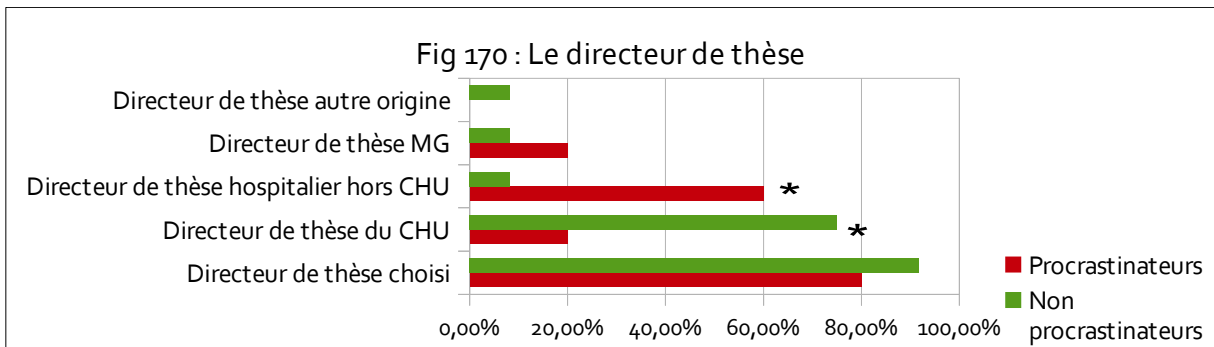
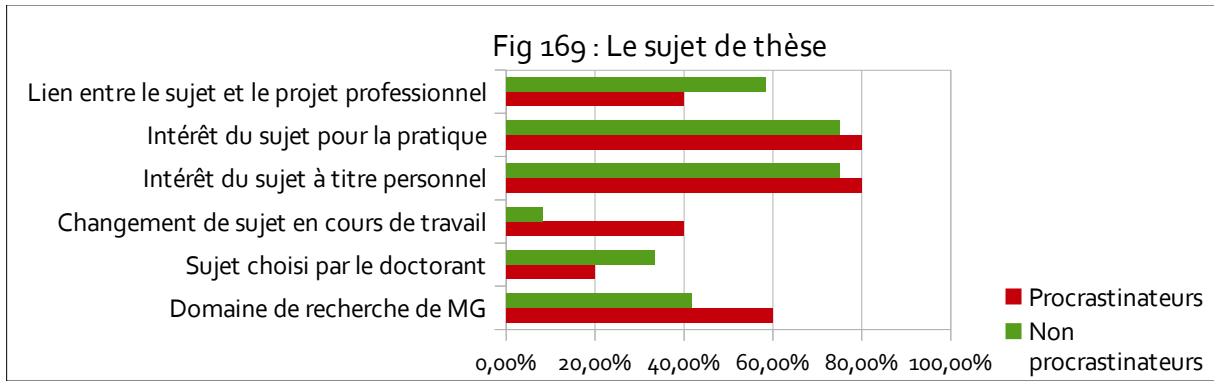


Fig 172 : Utilisation des ressources universitaires

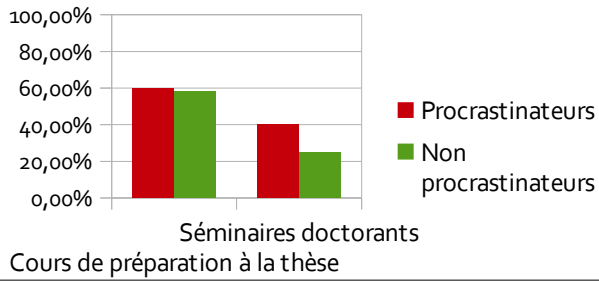
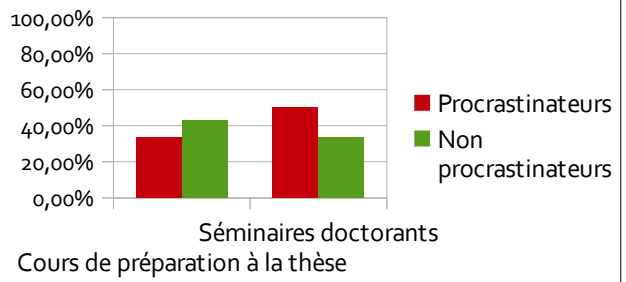


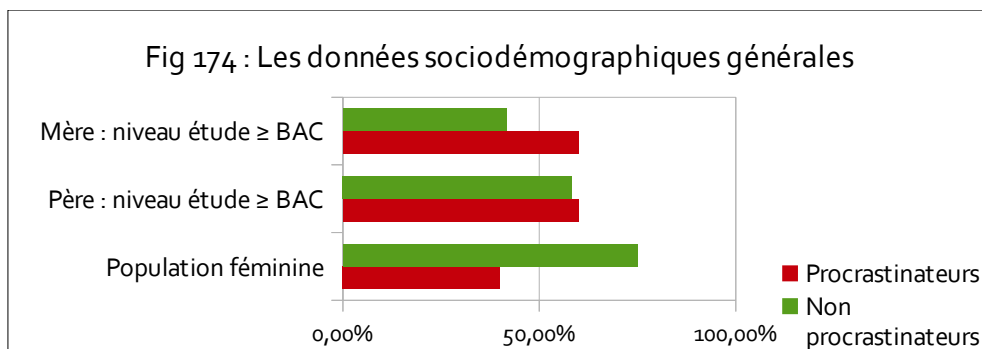
Fig 173 : Intérêt perçu des ressources proposées



3.4. Les données sociodémographiques

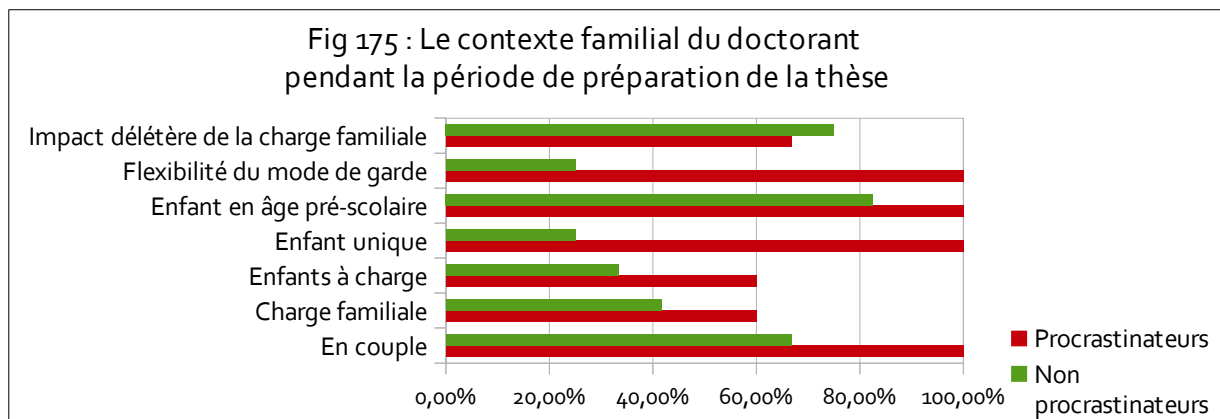
3.4.1. Les données sociodémographiques générales

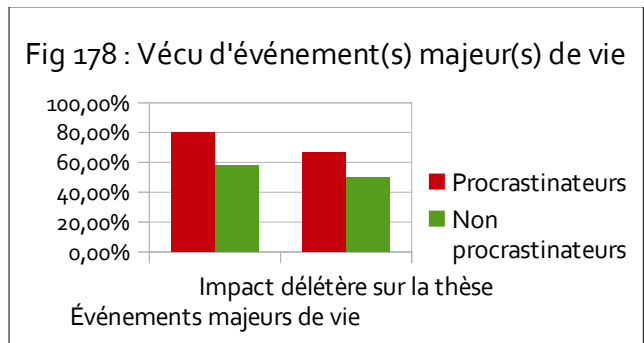
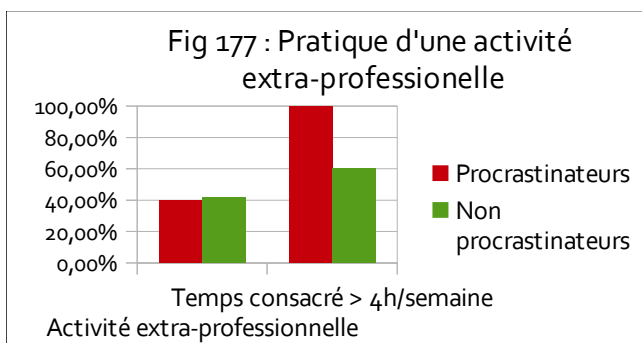
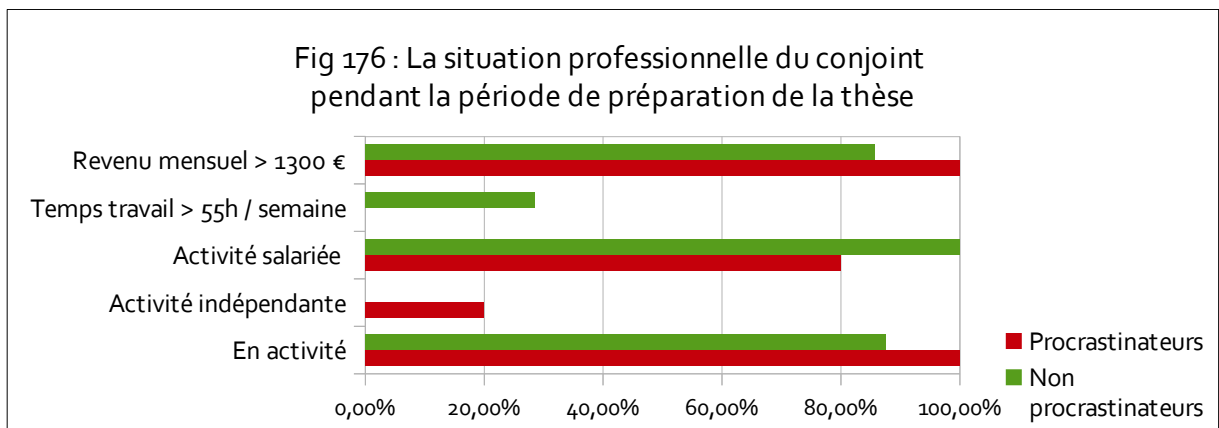
Fig 174 : Les données sociodémographiques générales



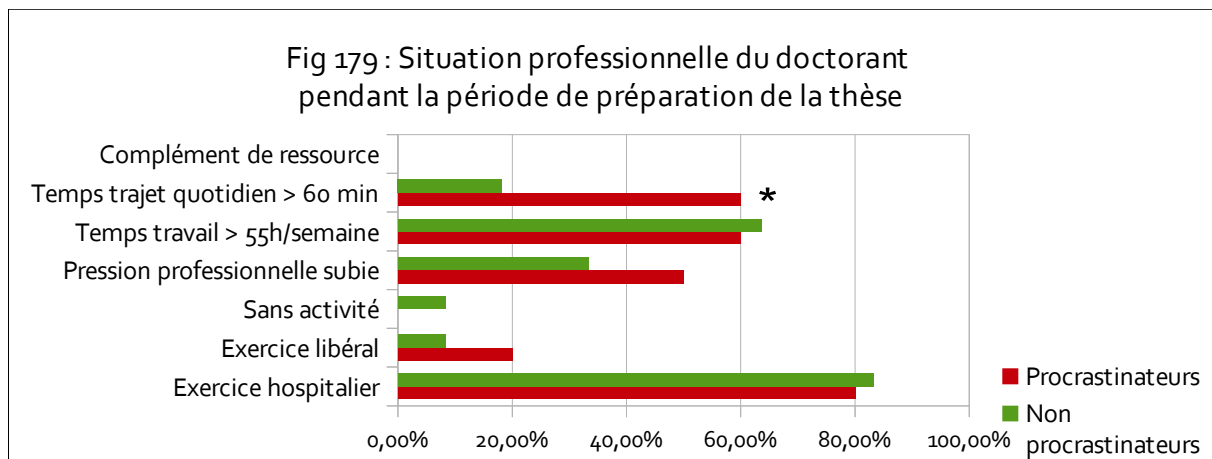
3.4.2. Le contexte personnel du doctorant pendant la période de préparation de la thèse

Fig 175 : Le contexte familial du doctorant pendant la période de préparation de la thèse





3.4.3. La situation professionnelle du doctorant pendant la période de préparation de la thèse



4. Annexe 4: Ma thèse et moi

4.1. En quelques mots

Peut-on décentement disséquer, puis exposer, le vécu et la psyché d'autrui, sans se soumettre soi-même à une part d'introspection ?

Un sujet à ce point motivé, justifié et teinté par l'intimité psychologique et le ressenti profond de son auteur peut-il prétendre dissimuler confortablement celui-ci ?

Cette thèse est issue de la rencontre entre une bonne dose d'auto-dérision et l'impression d'une méconnaissance des phénomènes de report du travail de thèse, et de leur impact, chez les doctorants en médecine.

Elle a été progressivement étayée sur les nombreuses remarques que l'évocation du sujet n'a pas manqué de provoquer, que ce soit des confrères médecins, ou pharmaciens, des internes, des autres doctorants ou de ceux qui, de l'extérieur, subissent les effets collatéraux de la préparation de la thèse.

La recherche bibliographique a permis d'entrevoir les motivations et dynamiques profondes qui semblent animer ces comportements de report, et de sonder en parallèle celles qui guideraient mes propres actions. Cette étape m'a plongée toujours plus avant dans les travaux de recherche, jusqu'à me perdre dans la diversité et l'immensité de la connaissance publiée à ce sujet. Mais comment s'arrêter? Tout ce qui a pu être étudié est simplement passionnant, surtout lorsque les concepts approchés résonnent pour expliciter le Soi profondément ancré... Il est facile de rebondir sans fin d'une publication à l'autre, en s'inspirant des lectures de chacun, en creusant chaque détail. Il est rassurant de s'imprégner de ce que d'autres ont pu écrire, plutôt que de se risquer à dévoiler sa propre pensée. Il est sécurisant d'emprunter aux auteurs reconnus un peu de leur légitimité dans l'étude de sujet, lorsque le sentiment premier est celui d'une vaste incompetence, bordée d'une crainte viscérale de l'échec.

La construction de l'outil s'est heurtée à des tendances non négligeables au perfectionnisme, à la maximation, et à la recherche d'ultra-solutions. Ne rien oublier, tout comprendre, ne pas sélectionner d'informations, ... La longueur du questionnaire est sûrement le stigmate le plus flagrant de cette recherche illusoire d'exhaustivité.

La mise en œuvre du travail s'est confrontée à la fois à des difficultés techniques et à une propension majeure à sous-estimer le temps nécessaire pour atteindre les objectifs.

L'analyse des données s'est vue ralentie par une incompetence personnelle déplorée en matière de statistiques, renforcée par une anxiété non négligeable associée. La frustration de ne pouvoir, du fait des limites statistiques intrinsèques, apporter des conclusions réelles et sérieuses à ce travail a fait multiplier les approches, sans bénéfice obtenu.

La rédaction quant à elle, s'est vue entravée par ces mêmes tendances au perfectionnisme et à la maximation, par cette recherche d'exhaustivité, par la crainte de l'échec et du jugement d'autrui, par l'incapacité à mettre un point final, tout simplement.

L'achèvement de cette thèse a été en outre retardé par le souci de présenter un travail de qualité suffisante, aux yeux du jury sollicité pour le juger, de mon directeur de thèse, de mes pairs, mais également aux miens. Les craintes relatives à l'accession au titre de Docteur en Médecine, synonyme d'autonomie et de pleine responsabilité, ont complété ces inquiétudes.

Je ne peux conclure sans présenter mes principales « excuses », celles que je me suis répétées à moi-même et celles que j'ai servi aux autres, pour justifier à nos yeux les difficultés rencontrées.

Une de ces excuses est une petite blonde de 4 ans, qui est, et sera toujours, la priorité de ma vie.

La suivante est celle d'un contexte familial difficile et mouvementé, sur l'année 2017 notamment.

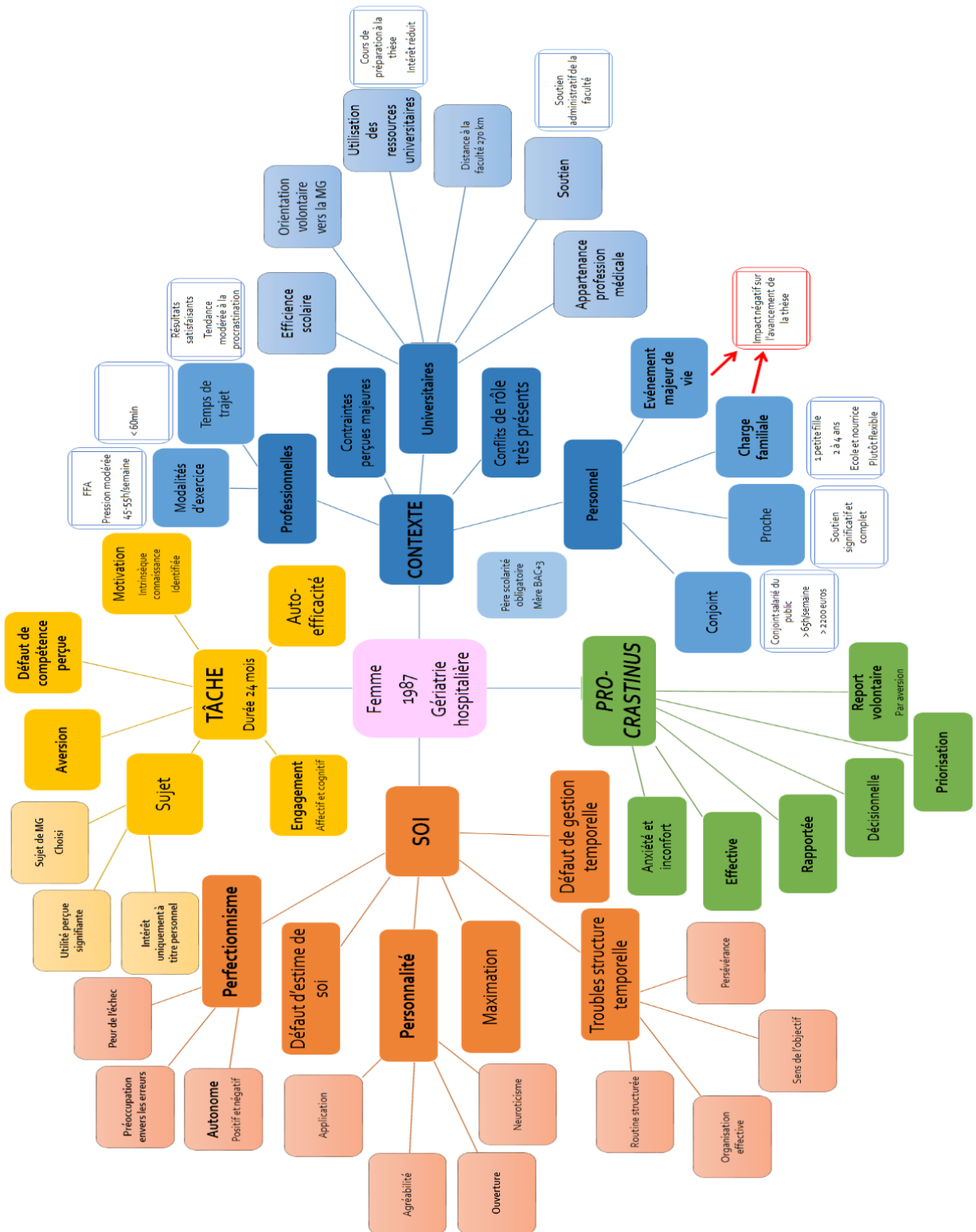
La dernière est celle d'une activité professionnelle médicale à temps plein, même si la bienveillance de mes collègues s'est avérée sans limite.

Ces raisons effectives de prioriser, de volontairement reporter, mais aussi de procrastiner, semblent plus socialement acceptables que le rejet des contraintes et la perte d'allant qui peuvent également émailler le long processus de thèse.

Elles font par ailleurs écho à l'inadéquation ressentie entre les impératifs de celui-ci et les considérations sous-tendant mon engagement dans le cursus médical : être auprès des patients, soigner, aider, accompagner.

4.2. « Un bon croquis vaut mieux qu'un long discours » (Napoléon 1er)

Fig 180 : Infographie - dynamiques et facteurs explicatifs des tendances personnelles à la procrastination du travail de thèse



5. Annexe 5: La procrastination selon VIDAL®.fr

5.1. Fiche VIDAL®.fr: Procrastination, la maladie

L'exploration et la compréhension des dimensions physiopathologiques de la procrastination, dans l'optique de proposer une prise en charge médicale, sont rarement décrites. Il a donc été jugé utile d'associer au présent travail les données de issues du site professionnel VIDAL®, puisqu'elles semblent traduire la sympathie de la profession pour le sujet.

La Base de données en ligne des prescripteurs libéraux



The screenshot shows the VIDAL.fr search interface. At the top, there is a search bar with the text 'Asthme, aspirine, amoxicilline...' and a 'Rechercher' button. Below the search bar, there is a navigation menu with 'Vidal Recos', 'Procrastination', and 'La maladie'. The main content area is titled 'Procrastination La maladie' and includes a 'Mise à jour : 17 Février 2016' date. There are social media sharing icons (Facebook, Twitter, Google+, LinkedIn, etc.) and a 'Vos avis (131)' button. The article content is organized into a 'SOMMAIRE' (Table of Contents) on the left and the main text on the right. The 'SOMMAIRE' includes sections for 'La maladie', 'Diagnostic', 'Quels patients traiter ?', 'Objectifs de la prise en charge', 'Arbre décisionnel' (with sub-points: Cas particuliers, Évaluation, Conseils aux patients), 'Traitements' (with sub-points: Médicaments cités dans les références, Médicaments en attente d'évaluation à long terme, Médicaments non cités dans les références, Traitements non médicamenteux cités dans les références), 'Références', and 'Les Auteurs'. The main text is divided into sections: 'La maladie', 'Physiopathologie', 'Génétique', 'Épidémiologie', and 'Complications'.

SOMMAIRE

- La maladie
- Diagnostic
- Quels patients traiter ?
- Objectifs de la prise en charge
- Arbre décisionnel**
 - Cas particuliers
 - Évaluation
 - Conseils aux patients
- Traitements
 - Médicaments cités dans les références
 - Médicaments en attente d'évaluation à long terme
 - Médicaments non cités dans les références
 - Traitements non médicamenteux cités dans les références
- Références
- Les Auteurs

La maladie

Physiopathologie

Le « biais du présent » caractérise le fait, pour le patient, d'être bien souvent incapable de comprendre que ce qu'il veut à long terme et ce qu'il veut maintenant, tout de suite, est différent. Bien que rationnel et responsable en ce qui concerne ses intentions et engagements à l'égard d'autrui, il ne l'est pas à son propre égard : c'est le fossé intention-action (Intention-Action Gap). La procrastination, neuromédiateur ubiquitaire libéré de manière pulsatile ou compulsive par le PRF hypothalamique, en est un marqueur.

Génétique

Ce trouble de l'exécution (Goal Management Failure) est en partie génétiquement défini.

Épidémiologie

Les sondages organisés à l'occasion de la journée annuelle du 25 mars consacrée à la procrastination sont concordants : environ 20 % de la population adulte et 50 % de la population jeune en cours de scolarité s'autodiagnostiquent procrastinateurs sévères et chroniques. Les pourcentages incluant les patients en état de déni sont certainement beaucoup plus élevés. **AE**

Complications

La procrastination sévère (stade IV) est facteur d'anxiété, de mauvaise performance scolaire ou professionnelle, de mauvaise qualité de vie, voire de dépression majeure. **Grade A** L'entourage peut également souffrir de troubles de l'humeur, allant d'une tension à une bouffée d'ire avec agressivité pouvant conduire à l'hospitalisation (du sujet atteint de procrastination, généralement).

SOMMAIRE

La maladie

Diagnostic

Quels patients traiter ?

Objectifs de la prise en charge

Arbre décisionnel

- Cas particuliers
- Évaluation
- Conseils aux patients

Traitements

- Médicaments cités dans les références
- Médicaments en attente d'évaluation à long terme
- Médicaments non cités dans les références
- Traitements non médicamenteux cités dans les références

Références

Les Auteurs

Diagnostic

- La procrastination est une tendance à remettre systématiquement à plus tard une ou des action(s) qui s'impose(nt) au patient.
- Ne figurant pas au DSM-5, elle n'est pas considérée comme une pathologie aux États-Unis, mais est référencée, en France, parmi les troubles du comportement.
- La procrastination peut être douloureusement ressentie par le patient, créant anxiété, dépression. Comme un comportement addictif, elle peut avoir des conséquences sociétales graves. **Grade A** À ce titre, elle mérite de figurer dans VIDAL Recos.
- Le dosage de la procrastine ou du PRF (Procrastin Releasing Factor) permet de confirmer le diagnostic en cas de doute (valeur seuil > 5 ng/ml).
- La classification, basée sur le temps de résistance à l'exécution de la tâche, évalue la sévérité de la procrastination (voir plus loin Évaluation) :
Un stade I de procrastination apporte une protection humorale, tenant le patient à l'abri des pressions sociales ou familiales excessives.
Un stade II de procrastination doit alerter sur un risque de passage à la chronicité.
Un stade III à IV correspond à une procrastination effective, voire sévère.

SOMMAIRE

La maladie

Diagnostic

Quels patients traiter ?

Objectifs de la prise en charge

Arbre décisionnel

- Cas particuliers
- Évaluation
- Conseils aux patients

Traitements

- Médicaments cités dans les références
- Médicaments en attente d'évaluation à long terme
- Médicaments non cités dans les références
- Traitements non médicamenteux cités dans les références

Références

Les Auteurs

Quels patients traiter ?

- Tout patient se déclarant (ou étant déclaré) souffrir de procrastination doit bénéficier d'une prise en charge adaptée.
- L'entourage d'un patient en procrastination stade IV doit bénéficier d'une aide et d'un soutien. **Grade A**

SOMMAIRE
La maladie
Diagnostic
Quels patients traiter ?
Objectifs de la prise en charge >
Arbre décisionnel
<ul style="list-style-type: none"> Cas particuliers Évaluation Conseils aux patients
Traitements
<ul style="list-style-type: none"> Médicaments cités dans les références Médicaments en attente d'évaluation à long terme Médicaments non cités dans les références Traitements non médicamenteux cités dans les références
Références
Les Auteurs

Objectifs de la prise en charge

- Amélioration des symptômes.
- Prévention des complications familiales et psychosociales.

SOMMAIRE
La maladie
Diagnostic
Quels patients traiter ?
Objectifs de la prise en charge
Arbre décisionnel >
<ul style="list-style-type: none"> Cas particuliers Évaluation Conseils aux patients
Traitements
<ul style="list-style-type: none"> Médicaments cités dans les références Médicaments en attente d'évaluation à long terme Médicaments non cités dans les références Traitements non médicamenteux cités dans les références
Références
Les Auteurs

Prise en charge

Procrastination

Procrastination

1 Diagnostic

- Éliminer les diagnostics différentiels :
Paresse : le procrastinateur est en effet capable d'une frénésie d'activités (courses, grand ménage de printemps, travaux de peinture, prise en charge de grands-parents, maintenance informatique, etc.), tant que ces actions n'ont aucun rapport avec la tâche problématique.
Oblomovisme (in Gontcharov) : le syndrome d'horreur de la prise de décision est alors associé à une apathie globale (léthargie, inertie, rêverie inactive).
- Le questionnaire PASS ([Procrastination Assessment Test](#)) est parfois utilisé, ou l'un des tests OO7 ou Game Over décrits dans la rubrique Évaluation (voir plus loin).
- Le dosage de la procrastine est utile : un seuil > 5 ng/ml confirme le diagnostic en cas de doute.

2 Stades de procrastination

- Un stade I définit la présence d'une protection humorale contre les pressions familiales ou sociales.
- Une procrastination stade II à III peut être assumée, voire revendiquée. Des cas sont décrits dans la littérature : cas Proust (« Cette habitude, vieille de tant d'années, de l'ajournement perpétuel », in À la recherche du temps perdu, tome 6, La Prisonnière), ou cas Colette (« Je remercie à présent chacun des contretemps qui m'empêchèrent d'approfondir ma connaissance de la forêt rambolitaine : la paresse, l'âge, le penchant à procrastiner », in Pays connu).

4 Facteurs aggravants

- Une automédication par des CE Drugs (Cognitive Enhancement Drugs) : psychostimulants (enflétamines, nifénidate, saranmobil, etc.), antidéméntiels (mémépatine, papiram, volézépil), antidépresseurs (cédlabonecam, tépacrépine, éclertamine) peut compliquer une procrastination et justifier un avis spécialisé.
- La recherche de prise d'alcool ou de substances récréatives est impérative.

Cas particuliers

Procrastination du coucher (Bedtime Procrastination)

- C'est une anomalie du comportement aussi fréquente chez l'adulte que chez l'enfant. Comme beaucoup d'autres formes de procrastination, elle serait liée à un mauvais contrôle de son comportement propre.
- Elle consiste à retarder l'heure du coucher sans raison. Elle s'associe à une insuffisance de sommeil.
- Elle doit être distinguée, chez les vieux couples, de la phobie de l'acte sexuel en cas de coucher trop précoce.

Procrastination scolaire et universitaire (Academic Procrastination)

- La procrastination scolaire se prolonge souvent en procrastination de l'universitaire, ou phobie de la page blanche.
- La procrastination au cours des cursus scolaires et universitaires gêne les performances d'apprentissage et nuit à la santé. Elle est cause d'anxiété également chez les parents, qu'elle peut conduire à des troubles du comportement à type d'agressivité et/ou de dépression.

Procrastination chez la femme en âge de procréer/grossesse

- Chez la femme en âge de procréer, un retard de règles > 7 jours (avec une procrastination diagnostiquée stade IV) nécessite tout de même la réalisation d'un test de grossesse.
- Chez la femme enceinte, une procrastination stade IV peut se manifester par un dépassement du terme nécessitant un déclenchement du travail ou une césarienne.

Procrastination et exonération

La procrastination peut être à l'origine d'une constipation opiniâtre, voire d'une impaction.

Procrastination chez le sujet âgé

- Certaines études relierait l'allongement de la durée de vie à l'augmentation de la prévalence des procrastinateurs stades III et IV. Le décès serait en effet toujours remis au lendemain. La procrastination serait un facteur d'immortalité. **AE**
- Une recherche de troubles du comportement chez les signataires de ventes en viager est à envisager.

Procrastination médicale

Elle consiste en la remise au lendemain de la lecture de VIDAL Recos, qui serait pourtant bien utile le jour même (au mieux durant la consultation). **Grade A**

Évaluation

- Le test 007 est proposé : le DVD du dernier James Bond ou Star Wars est posé sur la table du salon, à côté de celui de L'île nue de Kaneto Shindô (ou tout autre chef-d'œuvre que le patient aura annoncé vouloir voir à tout prix depuis des années). Si le patient choisit l'un des deux premiers, il est à risque de procrastination.
- Le test Game Over consiste à laisser seul le patient avec une déclaration de revenus à remplir et un ordinateur équipé d'une connexion wifi et de jeux. Ce test peut être effectué avec un sujet pédiatrique en remplaçant la déclaration par un devoir scolaire (de mathématiques, de préférence). Le test est à interpréter de la façon suivante :

Test négatif : exécution de la tâche imposée (déclaration de revenus ou devoir scolaire) avant la fin de la 1^{re} heure. Réponse excessive à une stimulation proche de l'hypersensibilité : orienter le patient vers un allergologue.

Stade I : exécution de la tâche après une période comprise entre 1 et 3 heures. protection humorale efficace probable contre le stress environnemental.

Stade II : exécution de la tâche après une période comprise entre 3 et 8 heures. Patient à risque de procrastination.

Stade III : exécution de la tâche après une période comprise entre 8 heures et 7 jours. Procrastination effective du sujet : une prise en charge est conseillée pour le patient.

Stade IV : exécution de la tâche après une période comprise entre 7 jours et le dépassement de la date limite de retour du document. Procrastination sévère : prise en charge recommandée pour le patient et son entourage.

Conseils aux patients

- L'éducation du sujet est indispensable, l'acceptation du symptôme procrastination devant conduire à la prise de conscience des sujets : « We need help to help ourselves ».
- On ne doit pas sous-estimer la douleur de la procrastination chez certains sujets. Des messages comme « Ne jamais remettre au lendemain ce que l'on pourrait faire le surlendemain » (O. Wilde) sont éducatifs, mais franchement déplacés.
- Le sujet devra apprendre à reconnaître les symptômes associés à la procrastination.
- On peut conseiller l'appropriation de mantras comme « Un jour à la fois » de Breton, ou la lecture itérative de l'ode d'Horace à Leuconoé : « Carpe diem » (livre 1, ode 11).
- Les patients peuvent être orientés vers des groupes d'entraide, voir Traitement non médicamenteux.

SOMMAIRE	
La maladie	
Diagnostic	
Quels patients traiter ?	
Objectifs de la prise en charge	
Arbre décisionnel	
<ul style="list-style-type: none"> Cas particuliers Évaluation Conseils aux patients 	
Traitements	>
<ul style="list-style-type: none"> Médicaments cités dans les références Médicaments en attente d'évaluation à long terme Médicaments non cités dans les références Traitements non médicamenteux cités dans les références 	
Références	
Les Auteurs	

Traitements

Médicaments cités dans les références

La procrastination n'étant pas considérée comme une pathologie, elle n'intéresse que marginalement l'industrie pharmaceutique.

Prophylaxie

> Laurus nobilis

- Le Laurus nobilis est recommandé en prophylaxie. **Grade C**. La prescription est non renouvelable et le Laurus nobilis ne doit être délivré qu'en boîte unitaire.
- Les effets indésirables, à type d'hypertrophie céphalique (syndrome du Melon) et de gonflement de l'articulation supinale de l'arrière-pied, imposent une surveillance rigoureuse.

Laurus nobilis

[laurier couronne, disp capillaire](#) **GG**
[médaille, anneau pectoral](#)
[coupe or 1000 mg, disp p nébul d'ego](#)
[coupe argent, 250 mg, disp p nébul d'ego](#)
[coupe bronze, 15 mg, disp p nébul d'ego](#)

> Tutimékan, fodrèlfer

Le tutimékan et le fodrèlfer sont deux molécules ayant été chacune évaluée dans la prophylaxie de la procrastination. Ces médicaments ne sont pas disponibles en France, mais bénéficient d'une ATU de bataillon et peuvent être obtenus sur demande écrite adressée à la Commission européenne et au ministère de la Santé et des Services sociaux, en remplissant respectivement pour chaque institution : deux formulaires européens (Cerfa 20202*0) en anglais et en français, ainsi qu'une attestation de demande auprès de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé en trois exemplaires (dont un à conserver). La prescription nécessite par ailleurs un accord préalable avec l'Assurance maladie. Les médicaments contenant ces molécules n'étant pas commercialisés en France, ils ne sont pas listés ci-dessous.

Traitement

> Apiacées

Des produits de la famille des apiacées (anciennement dénommée ombellifères ou carotte) ont pu être proposés dans la prise en charge de la procrastination. Bien qu'ayant toujours une indication dans ce trouble, leur efficacité a été établie avec un faible niveau de preuve : ASMR modéré.

Daucus carota

pèzate

[carottes vichy, granul disp](#)
[carottes râpées, cp quadriséc](#)
[carottes purée, granul](#)
[jus de carotte, sol buv](#)
[prime, sol en flacon](#)
[argent de poche, sol buv en gouttes](#)

> Fokonsimet

Le fokonsimet, en comprimé à motivation prolongée, a permis de réduire le temps de résistance à la tâche imposée de 15 jours à 14,75 jours dans l'étude IDI KILL FRA (Old England Journal of Medicine, avril 2015).

poso La posologie du fokonsimet est de 1 comprimé MP le matin, avant le lever, en position assise.

fokonsimet

[Motiven 15 mg cp MP](#)

> Procrastinazumab

Le procrastinazumab est un biomédicament, anticorps humanisé anti-récepteurs à la procrastine. Traitement d'exception permettant l'exécution immédiate d'une tâche, il est parfois mal supporté. Il est difficile à renouveler du fait du risque de réaction anaphylactique brutale et du rebond fréquent 48 heures plus tard.

procrastinazumab

[Féleutoudsuit 10 mg sol inj en seringue préremplie](#)

Médicaments en attente d'évaluation à long terme

> Ocytofédine

L'ocytofédine, médicament antagoniste de la procrastine, a été étudiée lors d'une étude en double aveugle à deux bras croisée sur des patients (très) naïfs. Les résultats, à la limite de significativité, sont en attente de publication. Enfinfénor n'a pas encore obtenu d'autorisation de mise sur le marché. Promise pour décembre 2015, elle a été reportée à février 2016, puis avril 2016...

Médicaments non cités dans les références

> Bastum

Différentes formes et présentations de bastum existent sur le marché. Leur utilisation a fait l'objet d'alerte de vigilance et reste à ce jour très controversée.

bastum

taxine

[bâton, disp sans sucre R4](#)

[fouet, non enrobé non édulcoré](#)

[martinet dosage pédiatrique arôme tarte](#)

[prune, cp séc GG](#)

[redressement, disp pour aspiration bancaire](#)

Traitements non médicamenteux cités dans les références

Soutien psychologique

- Une procrastination sévère peut justifier un recours à un psychologue. Il proposera une prise en charge thérapeutique par une des méthodes suivantes, peu importe laquelle, selon lui ce sera toujours la meilleure : thérapie cognitivo-comportementale **Grade B**, reconditionnement par internet, agenda électronique, postito-thérapie **AE**, art thérapie, traitements corps-esprit, méditation.
- Objectifs :
 - Accepter de modifier son comportement.
 - Analyser les habitudes et les pensées qui alimentent la procrastination.
 - Accepter ce comportement pour se mettre dans un état d'esprit favorable à l'utilisation des outils disponibles.
 - Accepter de réfléchir sur sa réflexion, et développer ainsi une maîtrise de soi qui autorise une répartition stratégique de l'attention.
 - Accepter de demander de l'aide (groupe d'entraide, Procrastinator Anonymous, blogs) pour analyser et améliorer états de méséstime de soi, peur, anxiété, difficulté de concentration, mauvaise gestion du temps, perfectionnisme, etc.
- Dans la mesure où le trouble du comportement est accepté et assumé, les outils suivants peuvent être mis à disposition :
 - Échelle d'évaluation de ses buts, forces, faiblesses, priorités.
 - Carnet de définition de ses buts.
 - Bobines de liens personnels entre les tâches, besognes, devoirs et les buts concrets.
 - Agenda quotidien rigoureusement structuré.
 - Rétroplanning des objectifs en étapes et concentration sur le premier, puis le deuxième, etc.
 - Télécommandes : gérer la télévision, les outils informatiques (couper le wifi, arrêter les jeux, consulter ses e-mails suivant un programme défini).
 - Bouton off de l'ordinateur.

Centres de traitement

Dans les cas graves de procrastination universitaire, l'étudiant récalcitrant pourra être envoyé dans un Academic Success Center aux États-Unis (par exemple celui de l'Oregon). Cette cure n'est pas prise en charge par la solidarité nationale.

5.2. Fiche VIDAL®.fr: Reco « Procrastination »: diagnostic, arbre décisionnel et prise en charge thérapeutique

Actualités VIDAL Reco "Procrastination" : diagnostic, arbre décisionnel et prise en charge thérapeutique

VIDAL Reco "Procrastination" : diagnostic, arbre décisionnel et prise en charge thérapeutique

Par [Catherine GERMAN](#) - Date de publication : 01 Avril 2016

★★★★☆ 3.9 (37 notes)
vu par 24477 lecteurs



Recevoir Vidal News



Vos avis (9)

Ne figurant pas au DSM-5, la procrastination est pourtant un **trouble du comportement douloureux pour le patient et son entourage**, créant anxiété, voire dépression.

Ses **conséquences sociétales** peuvent également être graves.

Depuis 5 ans, il nous semblait donc **important qu'une Reco fasse le point sur ce thème et en résumé**, sous forme d'un arbre décisionnel et de fiches pratiques, **la prise en charge recommandée**, du diagnostic jusqu'aux traitements (médicamenteux ou non médicamenteux).

Mais, chaque année, nous avons remis son écriture à plus tard...

Enfin, cette année, des experts du domaine ont rejoint le Comité scientifique et l'équipe VIDAL Recos afin de **synthétiser les publications françaises et internationales**, pour mettre à votre disposition dès aujourd'hui cette stratégie thérapeutique **validée et adaptée à la pratique !**

Genèse de la Reco "**Procrastination**"

Cette Reco a suivi les mêmes étapes de rédaction et de validation que ses voisines de sommaire :

- le thème a été proposé et validé en **Comité scientifique**, avec sélection de la bibliographie ;
- puis l'un de nos experts, le Pr Alain Baumelou dans ce cas précis, a proposé une **première version qui a ensuite été enrichie par l'équipe éditoriale Vidal***;
- le Pr Charles Caulin a travaillé avec notre experte* maison **sur l'arbre décisionnel** ;
- puis le texte a été à nouveau soumis pour lecture au Comité, qui a demandé **l'ajout de cas particuliers** et validé la **place des traitements recommandés** (ou non recommandés mais bénéficiant d'une indication dans cette pathologie).

* **Equipe éditoriale** : Philippe Brier, Simone François, Françoise Huvelin, Ludivine Portefaix, Reyda Seddiki, Sophie Virlovet, embarqués par **Sophie Thievent**, responsable éditoriale.

Arboricultrice : Julie Barbé.

Pharmacien de garde : Emmanuelle de Mazancourt.

Directrice médicale : Catherine German.

Tous nos remerciements à nos éminents membres du Comité scientifique, inspirateurs de bonne humeur : **Pr Alain Baumelou, Pr Elisabeth Leca-Colonna, Pr Alain Puech, Dr Yves Puš, Dr François Trémolières**, et tout particulièrement à son Président, le **Pr Charles Caulin**.

Procrastination



ESPACE PARTENAIRES

Espace éditeurs
VIDAL sur votre site

SERVICE CLIENT

Contact
Aide
FAQ
Forum

ESPACE PRODUIT

Dictionnaire
VIDAL Expert
VIDAL Hoptimal
eVIDAL
VIDAL Mobile
VIDAL Recos
TAREX

ESPACE INSTITUTIONNEL

VIDAL France
VIDAL Group
Carrières
Mentions légales (CGU)
Charte forum
Charte commentaires



5.3. Procrastination: fondement physiopathologiques et neurobiologiques

La revue de la littérature n'a permis de mettre en évidence aucune donnée fiable concernant les fondements physiopathologiques ou neurobiologiques des phénomènes de procrastination.

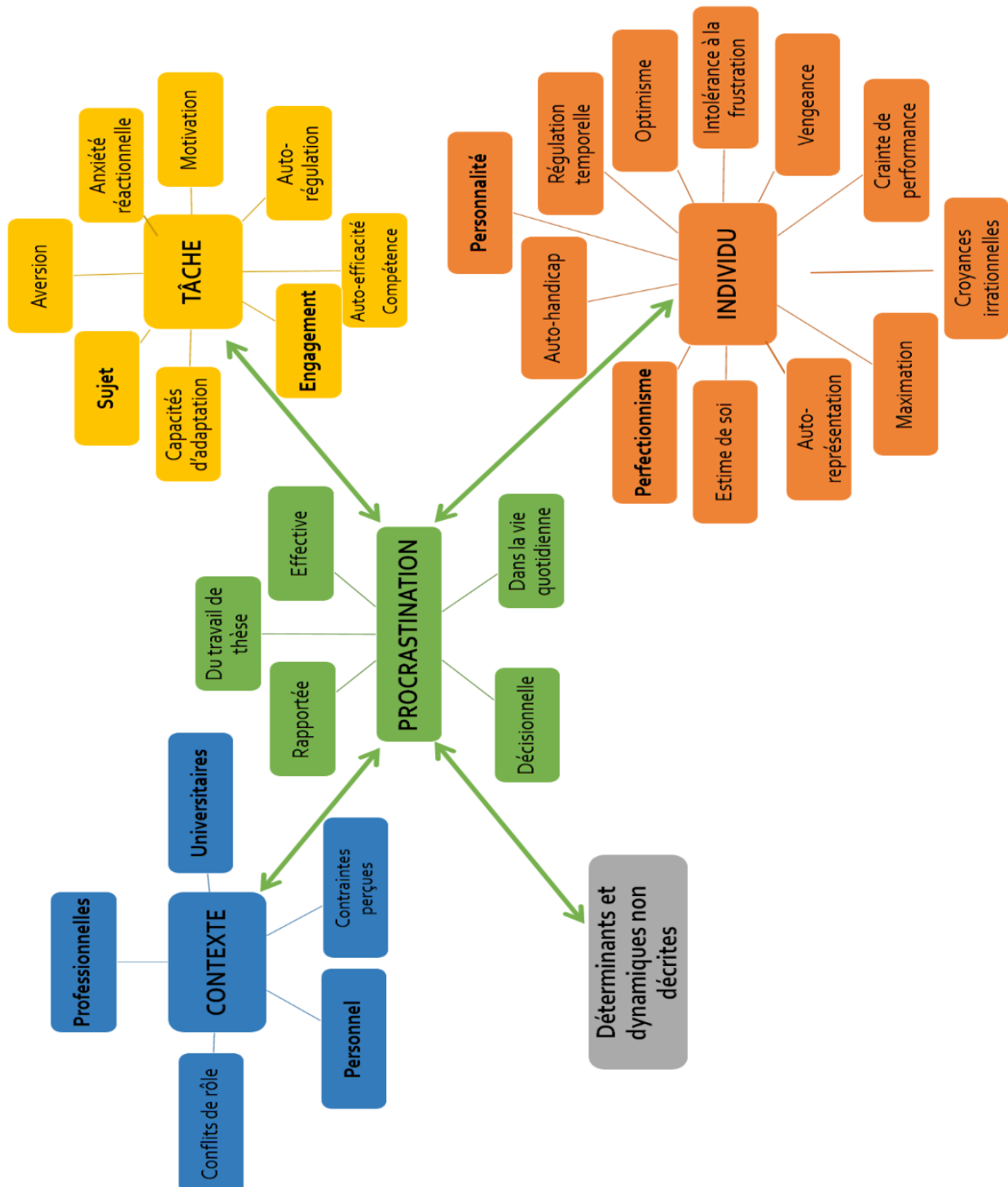
Les divers écrits évoquant une possible pathologie médico-psychiatrique ne recensent le plus souvent aucune bibliographie. Plusieurs articles parmi ceux habituellement cités se sont par ailleurs révélés introuvables.

Aucune conclusion ne sera donc envisagée concernant la dimension médicale des tendances individuelles à la procrastination.

6. ANNEXE 6: Procrastination, infographies

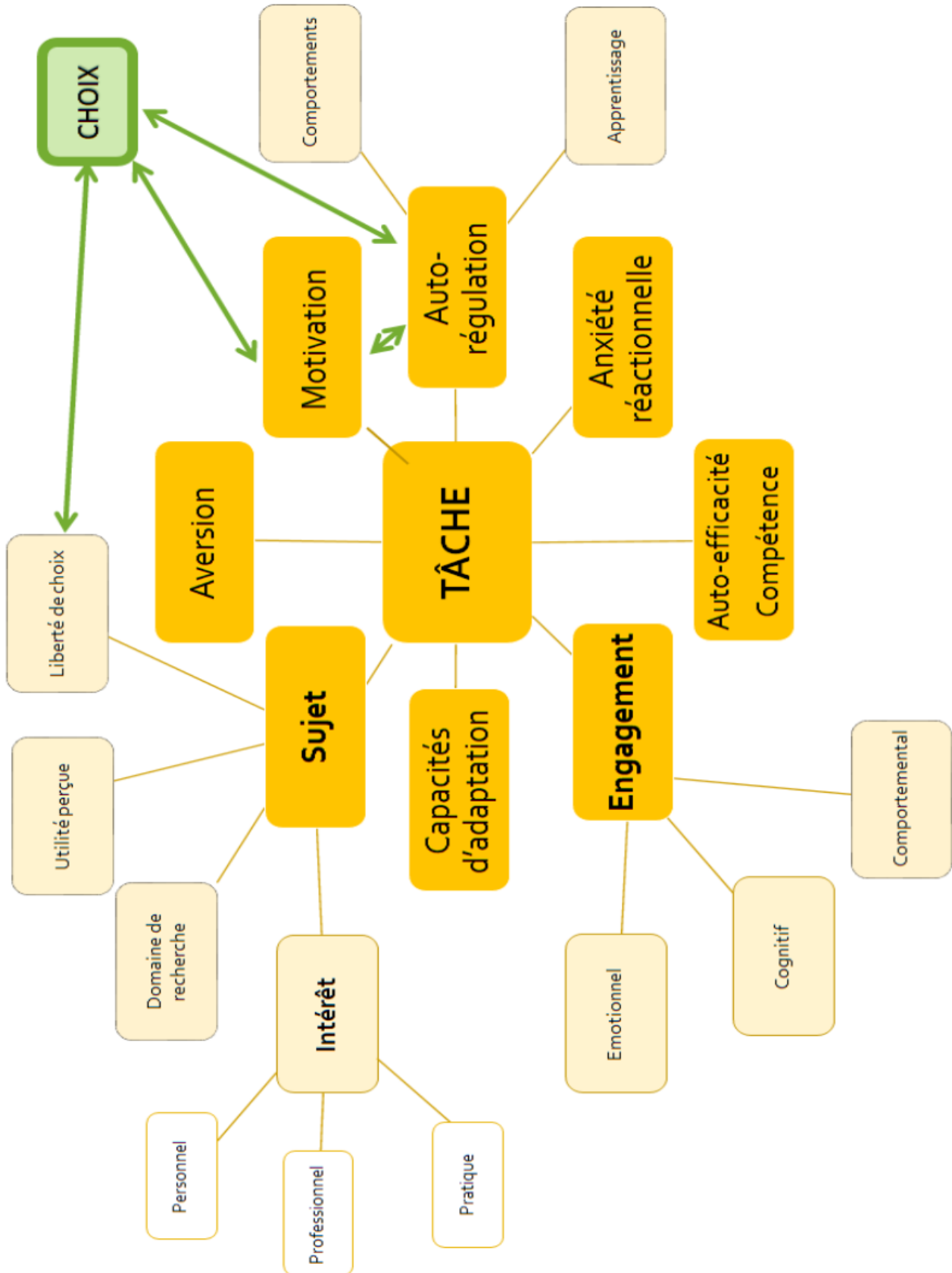
6.1. Les facteurs déterminants de la procrastination du travail de thèse

Fig 181 : Infographie – Vue d'ensemble des facteurs déterminants de la procrastination du travail de thèse



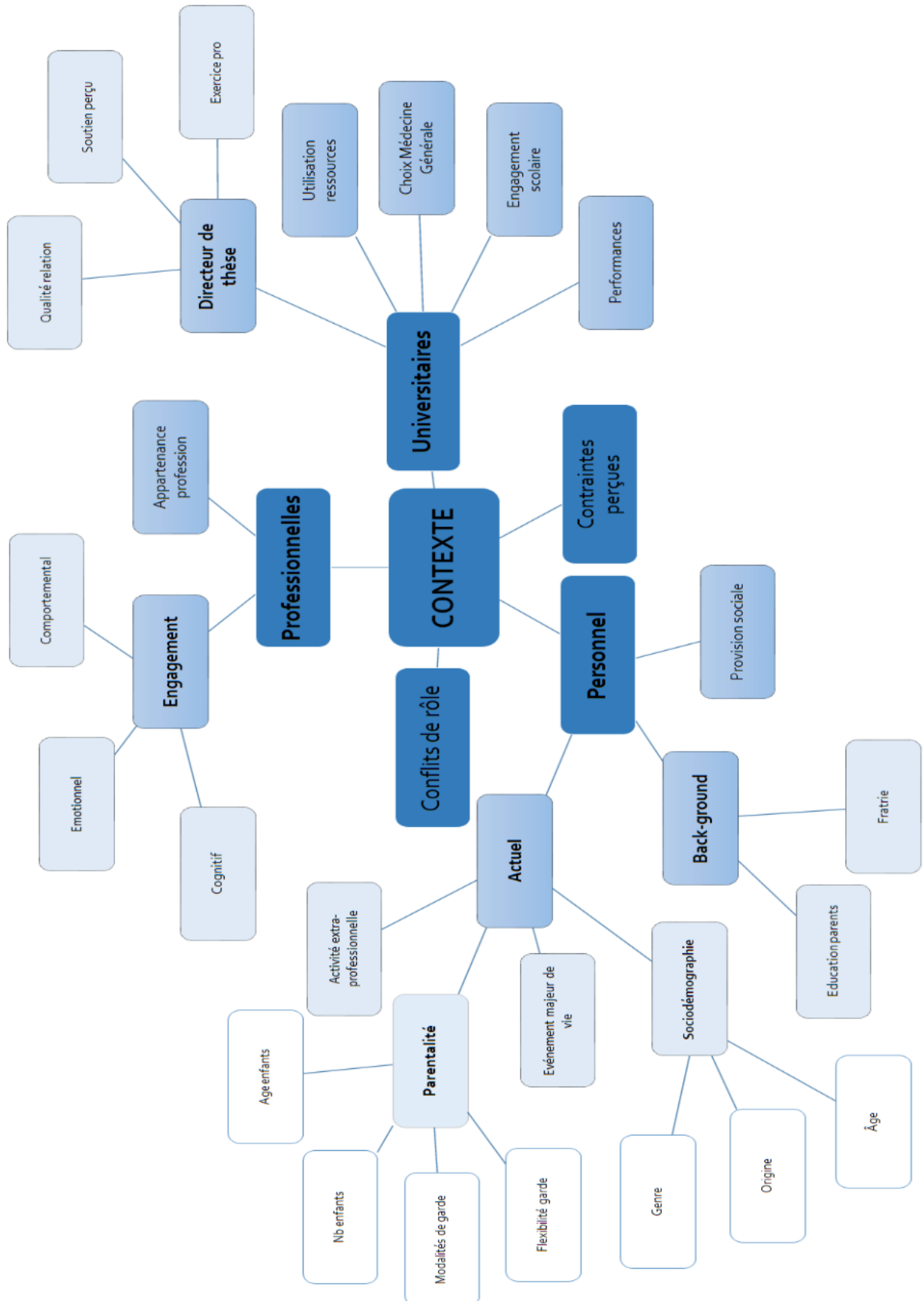
6.2. Les facteurs inhérents et associés à la tâche

Fig 182 : Infographie – Les déterminants inhérents et/ou associés à la tâche



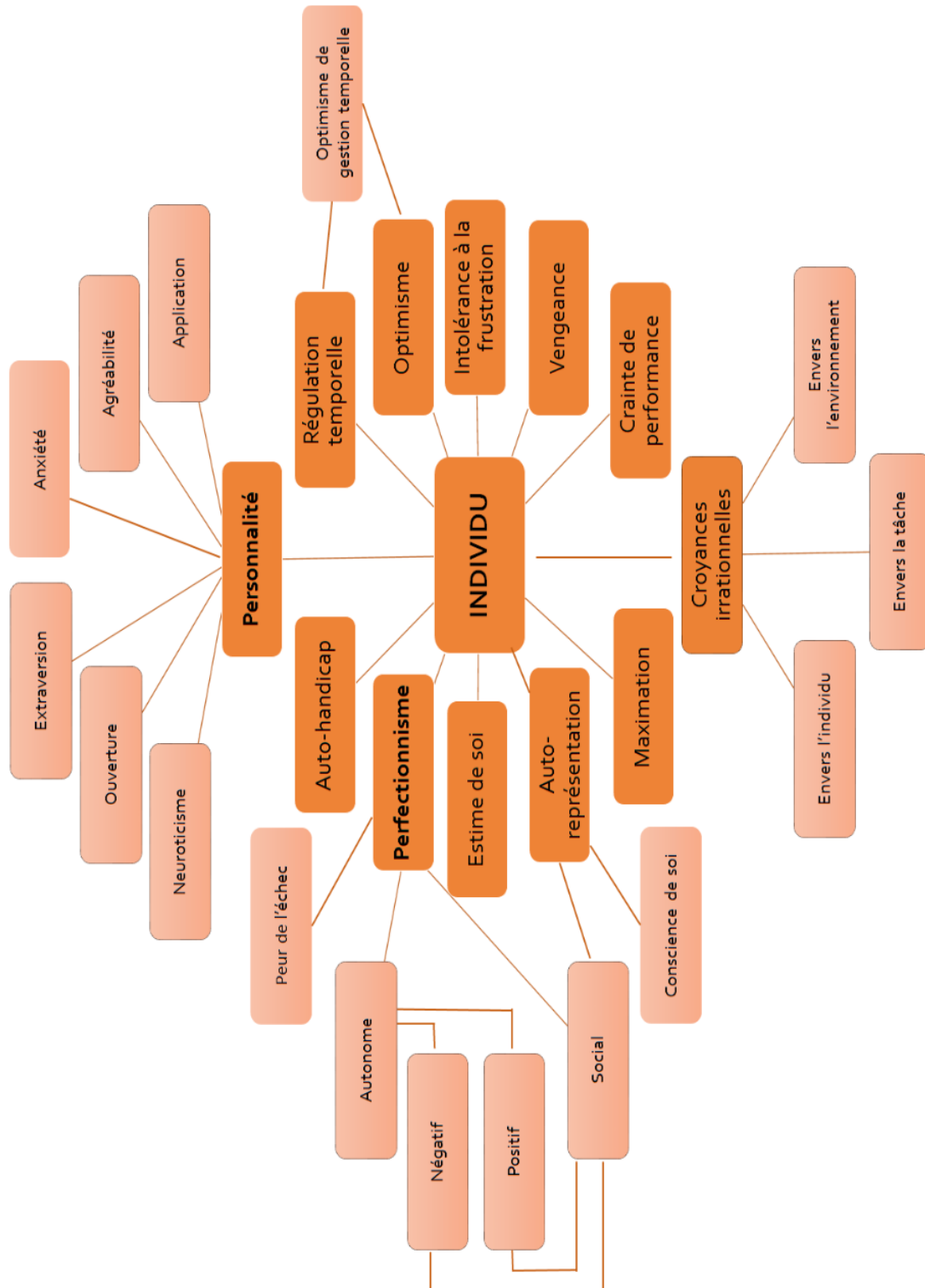
6.3. Les facteurs inhérents et associés au contexte de réalisation

Fig 183 : Infographie – Les déterminants inhérents et/ou associés au contexte de réalisation



6.4. Les déterminants psychologiques associés à la procrastination du travail de thèse

Fig 184 : Infographie – Les déterminants psychologiques associées à la procrastination du travail de thèse



SERMENTS

1. Serment d'Hippocrate

« Je jure par Apollon médecin, par Esculape, Hygie et Panacée, par tous les dieux et toutes les déesses, et je les prends à témoin que, dans la mesure de mes forces et de mes connaissances, je respecterai le serment et l'engagement écrit suivant :

Mon Maître en médecine, je le mettrai au même rang que mes parents. Je partagerai mon avoir avec lui, et s'il le faut je pourvoirai à ses besoins. Je considérerai ses enfants comme mes frères et s'ils veulent étudier la médecine, je la leur enseignerai sans salaire ni engagement. Je transmettrai les préceptes, les explications et les autres parties de l'enseignement à mes enfants, à ceux de mon Maître, aux élèves inscrits et ayant prêté serment suivant la loi médicale, mais à nul autre.

Dans toute la mesure de mes forces et de mes connaissances, je conseillerai aux malades le régime de vie capable de les soulager et j'écarterai d'eux tout ce qui peut leur être contraire ou nuisible. Jamais je ne remettrai du poison, même si on me le demande, et je ne conseillerai pas d'y recourir. Je ne remettrai pas d'ovules abortifs aux femmes.

Je passerai ma vie et j'exercerai mon art dans la pureté et le respect des lois. Je ne taillerai pas les calculeux, mais laisserai cette opération aux praticiens qui s'en occupent. Dans toute maison où je serai appelé, je n'entrerai que pour le bien des malades. Je m'interdirai d'être volontairement une cause de tort ou de corruption, ainsi que toute entreprise voluptueuse à l'égard des femmes ou des hommes, libres ou esclaves. Tout ce que je verrai ou entendrai autour de moi, dans l'exercice de mon art ou hors de mon ministère, et qui ne devra pas être divulgué, je le tairai et le considérerai comme un secret.

Si je respecte mon serment sans jamais l'enfreindre, puissé-je jouir de la vie et de ma profession, et être honoré à jamais parmi les hommes. Mais si je viole et deviens parjure, qu'un sort contraire m'arrive! »

2. Serment médical

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

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

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

ABSTRACT

Procrastination is a multidimensional concept defined as the propensity of needlessly delaying what should be done to reach one's goal, involving the experience of subjective discomfort and serious anxiety. Procrastination related to school behaviours is defined as academic procrastination. Cognitive and psychological dynamics involved, their expression, and their consequences, would generate difficulties in the completion of student's final dissertations.

This study sought to understand the relationship between the postponement of medical students final dissertation and the previewed components. The analysis of literature has provided keys in building an original self-assessment measure. It has been tested on family doctors in Annonay and the surrounding areas.

The univariate analysis has suggested a prime statistical relation between procrastination and voluntary delay, procrastination in daily life, the underestimation of the time needed to complete tasks, the work methods of the thesis supervisors, time-based constraints, or intrinsic motivation. These consistent results reinforce the importance of taking procrastination into account while supporting PhD students.

Further exploration is required to confirm these by using larger samples, and to investigate cases. The accessibility and sensitivity of these elements in preventive and learning measures might be considered. Specific teaching tools might be designed and developed to guide doctoral students wisely.

Furthermore, a general reflection about the relevance of the final medical dissertation, and its terms and conditions, should be carried out.

Keywords : *procrastination / doctors / medical students / final dissertation / explanation / psychology / educational research*

RESUME

La procrastination est un concept multidimensionnel défini comme la tendance à reporter inutilement ce qu'il est nécessaire de faire pour atteindre l'objectif fixé, et impliquant le ressenti d'un inconfort et l'expérience d'une anxiété invalidante. La procrastination académique correspond à son application dans le champ scolaire. Les dynamiques comportementales, cognitives et psychologiques impliquées, leur expression, et leurs conséquences, généreraient des difficultés dans la réalisation des travaux de thèse.

Ce travail visait à apporter une perspective intégrative des facteurs déterminants de la procrastination du travail de thèse chez les médecins généralistes.

Un instrument original d'auto-évaluation a été construit après revue et analyse de la littérature, puis éprouvé auprès des médecins généralistes du Bassin Annonéen.

L'analyse univariée a distingué l'auto-évaluation d'un fort sentiment de report volontaire du travail de thèse, les tendances marquées à la procrastination dans la vie quotidienne, la sous-estimation du temps nécessaire pour atteindre les objectifs fixés, la prévalence des contraintes temporelles, les modalités d'exercice du directeur de thèse, les contraintes ressenties et l'orientation intrinsèque de la motivation comme statistiquement associées aux phénomènes de report. Ces constatations sont cohérentes avec les résultats décrits dans la littérature et appuient l'intérêt de considérer ces phénomènes dans l'accompagnement des doctorants.

L'imputabilité de ces déterminants devra être confirmée par une recherche expérimentale sur de plus vastes effectifs. Leur accessibilité et leur sensibilité à la prévention et à la prise en charge pédagogique pourront être étudiées. Le développement d'outils favorisant l'accompagnement éclairé et constructif des doctorants pourra être envisagé. Une réflexion générale concernant les objectifs et les modalités de la thèse d'exercice en Médecine Générale pourra être conjointement menée.

Mots clefs: procrastination / médecins généralistes / thèse d'exercice de médecine générale / déterminants / psychologie / outils pédagogiques