

UNIVERSITÉ DE POITIERS
FACULTÉ DE MÉDECINE ET PHARMACIE

ANNÉE 2021

THÈSE

**POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE
(DÉCRET DU 16 JANVIER 2004)**

présentée et soutenue publiquement
le 2 Juillet 2021 à Poitiers
par **Kévin CASTETS**

ÉTUDE DE L'EMPATHIE CHEZ LES ÉTUDIANTS DE L'UNIVERSITÉ DE
POITIERS EN FONCTION DES FILIÈRES SOIGNANTES ET NON
SOIGNANTES, DES CRITÈRES SOCIOPROFESSIONNELS ET DES TRAITS
DE PERSONNALITÉ.

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur **Nematollah JAAFARI**

Membres : Madame le Professeur **Marie-Christine PERAULT-POCHAT**

Madame le Docteur **Lakshmipriya LE BONHEUR**

Madame le Docteur **Bérangère THIRIOUX**

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur **François BIRAULT**

UNIVERSITÉ DE POITIERS
FACULTÉ DE MÉDECINE ET PHARMACIE

ANNÉE 2021

THÈSE

**POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE
(DÉCRET DU 16 JANVIER 2004)**

présentée et soutenue publiquement
le 2 Juillet 2021 à Poitiers
par **Kévin CASTETS**

ÉTUDE DE L'EMPATHIE CHEZ LES ÉTUDIANTS DE L'UNIVERSITÉ DE
POITIERS EN FONCTION DES FILIÈRES SOIGNANTES ET NON
SOIGNANTES, DES CRITÈRES SOCIOPROFESSIONNELS ET DES TRAITS
DE PERSONNALITÉ.

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur **Nematollah JAAFARI**

Membres : Madame le Professeur **Marie-Christine PERAULT-POCHAT**

Madame le Docteur **Lakshmipriya LE BONHEUR**

Madame le Docteur **Bérangère THIRIOUX**

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur **François BIRAULT**

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE
Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- BOULETI Claire, cardiologie
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- ISAMBERT Nicolas, cancérologie
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (en disponibilité)
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORLOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT-POCHAT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOUARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, réanimation

- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie (retraite 01/03/2021)
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, hépato-gastro-entérologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique (en mission 2020/21)
- ALLAIN Géraldine, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie (en cours d'intégration PH)
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (en détachement)
- BILAN Frédéric, génétique
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire (en mission 1 an à/c nov.2020)
- CASTEL Olivier, bactériologie – virologie – hygiène
- CAYSSIALS Emilie, hématologie
- COUDROY Rémy, réanimation
- CREMNIER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GACHON Bertrand, gynécologie-obstétrique
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie
- KERFORNE Thomas, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- LAFAY-CHEBASSIER Claire, pharmacologie clinique
- LIUU Evelyne, gériatrie
- MARTIN Mickaël, médecine interne
- PALAZZO Paola, neurologie (en dispo 1 an)
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- SAPANET Michel, médecine légale
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités

- PELLERIN Luc, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe

Professeurs associés de médecine générale

- BIRAULT François
- FRECHE Bernard
- MIGNOT Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VALETTE Thierry
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann
- JEDAT Vincent

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié

Professeurs émérites

- CARRETIER Michel, chirurgie générale (08/2021)
- GIL Roger, neurologie (08/2023)
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (08/2021)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2023)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2023)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (16/02/2021)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2023)
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (08/2021)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2022)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2023)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2021)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ALLAL Joseph, thérapeutique (ex-émérite)
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONToux Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, cancérologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- EUGENE Michel, physiologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie
- VANDERMARCOQ Guy, radiologie et imagerie médicale

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Nematollah JAAFARI, Professeur des Universités, Praticien Hospitalier en Psychiatrie. Vous me faites l'honneur de présider cette thèse. Veuillez recevoir l'expression de ma sincère gratitude et de mon profond respect.

A Madame le Professeur Marie-Christine PERAULT-POCHAT, Professeur des Universités, Praticienne Hospitalière en Pharmacologie clinique. Je vous prie de recevoir mes sincères remerciements pour avoir accepté de juger mon travail. Veuillez croire en l'expression de ma respectueuse considération.

A Madame le Docteur Lakshmipriya LE BONHEUR, Docteur en Médecine Générale. Je vous remercie d'avoir accepté de participer au jury de cette thèse. Soyez assurée de mon profond respect.

A Madame le Docteur Bérangère THIRIOUX, Docteur en Neurosciences. Vous me faites l'honneur de juger ce travail. J'espère qu'il saura retenir votre intérêt. Veuillez recevoir l'expression de mes sincères remerciements.

A Monsieur le Professeur François BIRAULT, Professeur Associé de Médecine Générale. Je vous remercie de m'avoir confié ce sujet et vous remercie pour votre temps. Soyez assuré de ma gratitude et de mon profond respect.

A Madame le Docteur Nelly GOUTAUDIER, Docteur en psychopathologie, Maître de conférences du département de Psychologie. Je vous remercie pour votre temps consacré à cette étude. Veuillez trouver ici toute l'expression de ma reconnaissance.

A l'équipe PTSD BO2, merci pour votre gentillesse et votre écoute qui font de vous tous des gens formidables, cela a été un plaisir de travailler avec vous. Je vous souhaite le meilleur pour la suite.

A tous les étudiants des Universités de Poitiers de la promotion 2020-2021 qui ont bien voulu répondre à notre étude.

REMERCIEMENTS PERSONNELS

A ma mère, pour ton amour inconditionnel et pour tout ce que tu as fait pour moi, merci.

A ma sœur, je suis vraiment heureux de t'avoir à mes côtés et des moments partagés ensemble. Tu fais ma fierté.

A ma mamie Yvette et Gilles, sur qui je peux toujours compter et qui ont toujours su m'encourager, mille mercis.

A mon père et au reste de ma famille, merci de m'avoir fait tel que je suis.

A Mathys, Pierre-Henri, Amaury, Manon, Romain, Mathieu, Paul, et tous ceux qui se reconnaîtront que j'ai eu la chance de connaître par ces études de Médecine, merci de tous ces moments partagés. La route est belle en votre compagnie.

A Jérémy, pour notre longue amitié. Merci pour tout Bro, je te souhaite le meilleur.

A Thomas, frère de route depuis le début de l'internat, merci.

A Loustic, Ziggy, Docky, trois êtres qui me sont chers.

A Mégane, pour la personne que tu es, j'ai le bonheur chaque jour de partager ta vie.

ABRÉVIATIONS

- BFI-Fr : Big Five Inventory version Française
- BO : Burnout
- Ec : Empathie Cognitive
- EC : Empathic Concern (Préoccupation empathique)
- Ee : Empathie Émotionnelle
- FS : Fantasy (Fantaisie)
- IRI : Index de Réactivité Interpersonnel
- JSPE : Jefferson Scale of Physician Empathy
- PACES : Première Année Commune aux Études de Santé
- PD : Personal Distress (Détresse personnelle)
- PT : Perspective Taking (Prise de perspective)
- SPI : Schéma Précoce Inadapté

TABLE DES MATIÈRES

1. Introduction.....	11
2. Matériel et méthode.....	17
2.1. Conception de l'étude.....	17
2.1.1. Population étudiée.....	17
2.1.1.1. Population cible.....	17
2.1.1.2. Critères d'inclusion.....	17
2.1.1.3. Critères de non inclusion.....	18
2.2. Préparation de l'étude.....	18
2.3. Élaboration du questionnaire de l'étude.....	18
2.4. Distribution et communication autour du questionnaire.....	20
2.5. Échelles utilisées.....	21
2.5.1. L'IRI.....	21
2.5.2. Le Big-five.....	21
2.6. Analyse statistique.....	22
3. Résultats.....	23
3.1. Participation et caractéristiques des étudiants.....	23
3.2. Résultats des échelles de l'empathie des étudiants soignants et non soignants.....	24
3.3. Résultats des échelles de l'empathie en fonction des caractéristiques des étudiants.....	25
3.3.1. Résultats des échelles de l'empathie des étudiants en fonction du genre.....	27
3.3.2. Résultats des échelles de l'empathie des étudiants en fonction de la situation familiale.....	27
3.3.3. Résultats des échelles de l'empathie des étudiants en fonction de l'année d'étude.....	27
3.3.4. Résultats des échelles de l'empathie des étudiants en fonction du temps de travail.....	27
3.3.5. Résultats des échelles de l'empathie des étudiants en fonction de la filière d'étude.....	28
3.4. Résultats des scores de corrélation entre empathie et traits de personnalité des étudiants soignants et non soignants.....	30
3.4.1. Corrélations entre empathie et personnalité chez les étudiants soignants.....	30
3.4.2. Corrélations entre empathie et personnalité chez les étudiants non soignants.....	31
4. Discussion.....	33
4.1. Résultats principaux de notre étude.....	33
4.2. Biais et limites de l'étude.....	34
4.2.1. Biais de sélection.....	34
4.2.2. Biais de réponse.....	34
4.2.3. Biais de classement.....	34
4.2.4. Biais de confusion.....	35
4.3. Discussion et hypothèses aux résultats principaux.....	35
4.4. Rapprochements des résultats principaux avec les autres dimensions de recherche de l'étude PTSD BO2.....	41
4.5. Implications en pratique.....	42
5. Conclusion.....	45

Bibliographie.....	47
Annexe n°1 – Protocole présenté au CNIL.....	55
Annexe n°2 – Projet soumis au CER Tours-Poitiers.....	59
Annexe n°3 – Accord du CER.....	73
Annexe n°4 – Indice de réactivité interpersonnelle	75
Annexe n°5 – Big Five Inventory version française BFI-Fr.....	77
Abstract.....	81
Serment d'Hippocrate.....	83

1. INTRODUCTION

La notion d'empathie est apparue avec le philosophe Allemand Robert Vischer en 1872, dans le domaine de l'art, avec le terme « Einfühlung » se traduisant par « ressenti de l'intérieur » (1).

Le philosophe Theodore Lipps l'a ensuite étendue dans le domaine de la psychologie et des relations interpersonnelles, en l'intégrant comme le troisième mode de connaissance à côté de la perception des objets extérieurs et de la perception interne, la résumant ainsi : « L'empathie est donc la capacité que nous avons d'éprouver les sentiments de l'autre dès lors qu'il leur prête son visage » (1).

Puis, c'est le psychologue Anglo-Saxon Titchener qui a créé le terme « empathy » et introduit la problématique dans la psychologie américaine jusqu'à nos jours (1).

Une notion importante est la distinction entre les termes d'empathie et de sympathie.

Selon E. Pacherie « La différence essentielle entre les deux phénomènes tient, selon Wispé (1986), aux fins poursuivies. La sympathie,[...] suppose que nous prenions part à l'émotion éprouvée par autrui, que nous partageons sa souffrance ou plus généralement son expérience affective. [...] L'empathie en revanche est un jeu de l'imagination qui vise à la compréhension d'autrui et non à l'établissement de liens affectifs. [...] Comme le souligne Wispé : « L'objet de l'empathie est la compréhension. L'objet de la sympathie est le bien-être de l'autre. » » (2).

Selon l'approche centrée client, ou centrée patient, du psychologue humaniste Carl Rogers ce concept est le fondement d'une thérapie efficace, qu'il résume de cette manière : « l'individu possède en lui-même des ressources considérables pour se comprendre, se percevoir différemment, changer ses attitudes fondamentales et son comportement vis-à-vis de lui-même. Mais seul un climat bien définissable, fait d'attitudes psychologiques facilitatrices, peut lui permettre d'accéder à ces ressources » (3). Ainsi, Rogers décrit trois conditions nécessaires pour obtenir ce climat de relation favorable (3) :

- « L'authenticité réelle ou congruence. Plus le thérapeute est lui-même dans la relation, sans masque professionnel ni façade personnelle, plus il est probable que le client changera et grandira de manière constructive.

- Le regard positif inconditionnel. Lorsque le thérapeute éprouve une attitude positive, non jugeante et d'acceptation face à tout ce que le client est en ce moment (peu importe ce qu'il est à ce moment-là) il est vraisemblable qu'un mouvement ou changement thérapeutique se produira.
- La compréhension empathique. Cela signifie que le thérapeute ressent avec justesse les sentiments et les significations de l'expérience que le client est en train de faire. Cela signifie aussi que le thérapeute lui communique cette compréhension. »

Ainsi, pour Carl Rogers (1959), « l'état d'empathie, ou d'être empathique, consiste à percevoir le cadre de référence interne d'une personne avec exactitude, et avec les composantes et significations qui s'y rapportent, comme si l'on était cette personne, mais sans jamais perdre la condition du 'comme si' » (4).

Une revue de littérature réalisée par Dekerson et al. (5) en 2013 a permis d'évaluer l'impact d'un comportement empathique du médecin sur la santé du patient.

Les contrôles du diabète, du cholestérol, de l'hypertension artérielle ainsi que la satisfaction, l'autonomisation, la persévérance dans les efforts et le recueil d'information sont meilleurs quand le médecin adopte un comportement empathique envers ses patients (6, 7, 8, 9, 10).

Pareillement, l'état de santé émotionnelle, le niveau d'anxiété, le contrôle de la douleur et même le temps et la sévérité d'une rhinite simple se trouvent améliorés chez les patients avec un médecin empathique (11, 12, 13).

Pour Davis (14), l'empathie est conceptualisée en tant que modèle à deux composantes, intégrant à la fois une facette affective (empathie émotionnelle) et une facette cognitive (empathie cognitive). Ainsi, l'empathie fait référence à un phénomène qui « requiert à la fois la capacité de partager l'expérience émotionnelle de l'autre personne (composante affective) et une compréhension de l'expérience de cette personne (composante cognitive) » (15).

Davis propose une approche multidimensionnelle de l'empathie avec quatre sous composantes :

- la prise de perspective (« perspective taking » ou PT), qui correspond à la capacité à adopter le point de vue des autres,

- la sollicitude ou préoccupation empathique (« empathic concern » ou EC), qui évalue les sentiments de sympathie et d'inquiétude envers les autres,
- la détresse personnelle (« personal distress » ou PD), qui correspond à la capacité de ressentir et de vivre la détresse de l'autre,
- la fantaisie (« fantasy » ou FS), qui correspond à l'imaginaire, au fait de se projeter dans les sentiments de personnages fictifs (BD, films, théâtre).

L'empathie cognitive est représentée par la PT et la FS tandis que l'empathie émotionnelle est représentée par l'EC et la PD. Les différentes composantes de l'empathie peuvent être évaluées par l'indice de réactivité interpersonnelle (IRI).

La Jefferson Scale of Physician Empathy (JSPE) de Hojat (16) est une autre mesure de l'empathie orientée spécifiquement pour le milieu médical dans le cadre d'une conception principalement cognitive de l'empathie. De nombreuses études évaluant l'empathie dans le domaine de la santé utilisent ce questionnaire. Il a été trouvé une corrélation statistique significative entre les scores totaux de l'IRI et de la JSPE par M. Hojat et al. (17) en 2005 ainsi que par A. Bitoun et al. en 2020 (18).

Plusieurs études ont été réalisées dans différents pays chez les étudiants en médecine afin de mesurer leur empathie. Il apparaît dans une large proportion d'études une supériorité significative du score d'empathie chez les femmes vis-à-vis de ceux mesurés chez les hommes. Les scores d'empathie semblent aussi avoir des discordances entre pays et varier en fonction des années d'études (19, 20, 21, 22, 23, 24).

Des mesures d'empathie ont aussi été réalisées chez les étudiants paramédicaux, en études de sage-femme et chez des étudiants dentistes. Il apparaît là aussi des discordances de scores d'empathie en fonction du nombre d'années d'étude, de la filière et du pays, avec toujours une prédominance de scores chez les femmes (25, 26, 27, 28).

Il existe ainsi des scores d'empathie différents chez les étudiants. Le concept d'empathie à deux composantes, émotionnelle et cognitive, peut conduire à l'idée de différences de scores axées sur les traits de personnalité des étudiants.

La personnalité se définit selon Cottraux J. (29) comme « l'ensemble des constructions mentales personnelles, ou schémas cognitifs, que nous établissons pour interpréter le monde ».

Les principales dimensions de la personnalité peuvent être évaluées par le modèle Big-Five (30). C'est un système de classification qui mesure les cinq grands traits de la personnalité, formant le modèle « OCEAN » :

- O (Ouverture, Originalité, Ouverture d'esprit)
- C (Conscience, Contrôle, Contrainte)
- E (Extraversion, Énergie, Enthousiasme)
- A (Agréabilité, Altruisme, Affection)
- N (Émotions Négatives, Névrosisme, Nervosité).

Selon Oliver P. John et Sanjay Srivastava (31), « l'Extraversion implique une approche enthousiaste du monde matériel et social incluant des caractéristiques telles que la sociabilité, l'activité, l'affirmation de soi et l'émotion positive. L'Agréabilité contraste avec une orientation pro-sociale et communautaire envers les autres [...] et inclut des traits tels que l'altruisme, la tendresse d'esprit, la confiance et la modestie. La Conscience décrit le contrôle socialement autorisé des impulsions qui facilite les comportements orientés vers les tâches et les objectifs, tels que réfléchir avant d'agir, retarder la gratification, respecter des normes et des règles, planifier, organiser et hiérarchiser des tâches. Le Névrosisme oppose une stabilité émotionnelle et une humeur égale avec une émotion négative, telle que se sentir anxieux, nerveux, triste et tendu. L'Ouverture à l'expérience (par opposition à l'étroitesse d'esprit) décrit l'ampleur, la profondeur, l'originalité et la complexité de la vie mentale et expérimentale d'un individu. »

Le Big Five Inventory (BFI) de John et al (32) est un questionnaire pour mesurer les différences individuelles selon les cinq grandes dimensions, énoncé en langage quotidien.

Plusieurs études dans la littérature ont montré des associations entre les traits de personnalité des étudiants et leurs scores d'empathie, avec toutefois des discordances :

- Melchers et al (33) ont montré des liens significatifs entre PT et EC avec le trait de personnalité A, la FS avec le trait de personnalité O et la PD avec le trait de personnalité N, chez des étudiants universitaires de Chine, d'Allemagne, d'Espagne et des USA.
- En 2017, Song et Shi (34) ont montré plusieurs relations entre l'IRI et le Big Five. L'EC est associée au trait de personnalité A, la PD est associée au trait de personnalité N et négativement au trait de personnalité O. La PT avait une association avec tous les traits de personnalité OCEAN.
- Guilera et al en 2019 (35), retrouvent chez des étudiants en médecine espagnols une association entre l'EC et les traits de personnalité E, A et N. La PT montrait une association positive avec les traits de personnalité A, O, C et négative avec les traits de personnalité E et N. La PD était corrélée avec le trait de personnalité N et la FS avec le trait de personnalité O.
- Au Japon, Abe et al (36) montrent chez les étudiantes en médecine un score d'empathie, de trait de personnalité A et N, supérieurs à ceux des hommes.
- P. Costa (37) sur une étude multicentrique d'étudiants en médecine au Portugal, a montré un score d'empathie supérieur des traits de personnalités A et O après ajustement sur l'âge, le sexe et l'université.

Il existe cependant assez peu de littérature concernant la recherche de corrélation entre l'empathie et les traits de personnalité des étudiants non-soignants.

L'empathie occupe une place centrale dans la relation et la pratique médicale. Les traits de personnalité d'une personne sont au centre des interactions avec le monde qui l'entoure. La littérature semble montrer des relations entre le score d'empathie, les caractéristiques sociales et professionnelles, et certains traits de personnalités des étudiants en médecine.

Aux USA, l'étude de Thomas et al. (38) chez les étudiants en médecine retrouve des scores d'empathie supérieurs comparés à ceux des étudiants en psychologie utilisés comme population d'étude par Davis lors de la création de l'IRI (14).

Cependant, il n'existe pas à notre connaissance d'études évaluant chez un ensemble d'étudiant rattaché à une même université, l'empathie en fonction de la filière d'étude soignante ou non soignante, des caractéristiques socioprofessionnelles et des traits de personnalité.

L'objectif principal de cette thèse d'exercice est la recherche de différence de score d'empathie en fonction des filières soignantes et non soignantes des étudiants de l'Université de Poitiers.

Les objectifs secondaires sont de rechercher des corrélations entre les scores d'empathie, les traits de personnalité et des critères socioprofessionnels chez les étudiants de l'Université de Poitiers.

2. MATÉRIEL ET MÉTHODE

Le projet PTSD BO2 est composé de deux revues de la littérature et d'une étude descriptive transversale portant sur les grandes thématiques de la santé mentale des étudiants. Elle fait suite à l'étude PTSD BO réalisée en 2015 par des internes en médecine générale de la Faculté de Médecine de Poitiers.

2.1. Conception de l'étude

Cette étude épidémiologique est une enquête descriptive transversale s'intéressant à la prévalence du burn-out, de l'empathie, des schémas précoces inadaptés et du syndrome de stress post-traumatique sur une large population : les étudiants de toutes les filières universitaires de Poitiers.

2.1.1. Population étudiée

2.1.1.1. Population cible

Notre population cible concerne la totalité des étudiants de l'Université de Poitiers qui sont au nombre de 29 384 actuellement selon la directrice du pôle Formation et Réussite Étudiante de l'Université de Poitiers. Le calcul du nombre d'étudiants nécessaire a été réalisé avec un risque alpha de 2% et un intervalle de confiance de 95%, la taille d'échantillon requise était de 2220 répondants.

2.1.1.2. Critères d'inclusion

La population étudiée inclut les étudiants de l'université de Poitiers majeurs et possédant une adresse mail accessible via l'ENT.

2.1.1.3. Critères de non inclusion

La population étudiée n'a pas inclus les étudiants de l'université de Poitiers ne possédant pas une adresse mail accessible via l'ENT et les étudiants des écoles hors faculté de Poitiers.

Les étudiants ne répondant pas à l'ensemble des questionnaires n'étaient pas inclus également.

2.2. Préparation de l'étude

Afin de réaliser notre étude nous avons d'abord obtenu l'accord de la CNIL (*Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés*) en présentant un protocole (Annexe n°1) respectant la méthodologie de référence pour les “données de santé [...] présentant un caractère d'intérêt public, réalisés dans le cadre de recherches nécessitant le recueil du consentement de la personne concernée”.

Nous avons également soumis notre projet au CER de Tours-Poitiers (*Comité d'Éthique pour les Recherches impliquant la personne humaine des universités de Tours et Poitiers*) (Annexe n°2) avant d'obtenir leur accord (Annexe n°3).

2.3. Élaboration du questionnaire de l'étude

Pour l'élaboration de notre étude, nous avons sélectionné des questionnaires pertinents par rapport à notre question de thèse et validés dans leur version française :

- Caractéristiques populationnelles
- Maslach Burnout Inventory (MBI)
- Maslach Burnout Inventory - Student Survey (MBI - SS)
- Interpersonal reactivity index (IRI)
- Big Five Inventory (BFI)
- Les Schémas Précoces Inadaptés de Young (SPI Young)
- Life Events Checklist for DSM-5 (LEC-5)
- Peritraumatic Distress Inventory (PDI)
- PTSD checklist for DSM-5 (PCL5)
- Post-Traumatic Growth Inventory (PTGI)

En premier lieu les étudiants doivent renseigner leurs données socio-démographiques :

- Le sexe (homme, femme, non binaire)
- L'âge
- La nationalité
- La situation conjugale
- L'année d'étude
- La faculté d'étude
- S'il y a eu un changement de filière (dans ce cas leur filière d'origine est demandée)
- La présence d'un redoublement (si oui les années du redoublement sont à préciser)
- Leur filière d'étude à choisir parmi les grands secteurs déterminés lors d'une

discussion de groupe à partir des différentes formations possibles à l'Université de Poitiers :

- Médecine
- Autres professions de santé (dentiste, kinésithérapeute, sage-femme, IDE, psychologue, pharmacien, ambulancier...)
- Sciences et technologies
- Sciences humaines, lettres, langues et art
- Sciences de la formation et de l'éducation
- Droit
- Économie et gestion
- STAPS (Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives)
- Autres
- La spécialité médicale à choisir lorsque la filière médecine était sélectionnée, uniquement à partir de la 6^{ème} année d'étude.
- Leur temps de travail universitaire hebdomadaire.

Ce regroupement en catégories a pour but d'être le plus exhaustif possible tout en permettant d'avoir une population suffisamment importante dans chaque filière.

Ces questionnaires ont ensuite été mis en forme et les premiers essais ont été réalisés sur une plateforme test par nous-même, les étudiants du groupe de thèse, et des amis. Cette étape a permis l'amélioration progressive à la suite de nombreux essais, puis la mise en forme sur la plateforme finale sécurisée LIME SURVEY destinée au remplissage des questionnaires par notre population d'étude.

2.4. Distribution et communication autour du questionnaire

Concernant le lancement de l'étude nous avons voulu réaliser une communication efficace par la création :

- d'un mail accompagnant le questionnaire pour les doyens et pour les étudiants avec l'utilisation du tutoiement et d'un langage dynamique pour ces derniers,
- d'un site web sur le serveur de la faculté de Médecine de Poitiers,
- d'un compte Twitter dénommé : @PTSDBO2,
- d'une page Facebook dénommée : PTSD BO 2,
- d'une adresse mail dédiée aux questions des étudiants : ptsdbo2@gmail.com ,
- d'une communication sur les réseaux sociaux de différentes promotions universitaires.

La distribution des questionnaires a été réalisée par mail via les boîtes mails universitaire de l'ENT par l'intermédiaire du Professeur Nematollah JAAFARI. Ce mail contenait une présentation du projet et un lien pour accéder au questionnaire en ligne.

Le questionnaire a été activé avec une surveillance journalière des résultats sur la période du 26 février au 19 mars 2021. Cela a permis d'atteindre notre objectif de 2535 étudiants, soit 8,6% de la totalité des étudiants de l'Université de Poitiers.

A la suite du questionnaire, les étudiants ont eu accès à notre site web leur permettant d'accéder à des informations complémentaires, des documents permettant l'interprétation de leur questionnaire ainsi que des contacts mails et téléphoniques au cas où ils ressentiraient le besoin d'une aide psychologique à l'issue de ce travail. Au travers d'échanges de mails avec des étudiants, nous avons pu apporter une aide dans l'interprétation de leurs résultats ainsi que l'apport de coordonnées pour une aide psychologique. En effet, les docteurs BIRAULT François et JAAFARI Nematollah ont reçu de nombreux appels à la suite de la réalisation des questionnaires, en demande de soutien psychologique.

2.5. Échelles utilisées

2.5.1. L'IRI

L'IRI (Annexe n°4) est un outil de mesure publié pour l'évaluation multidimensionnelle de l'empathie, développé par Mark H. Davis (14).

Il s'agit d'un questionnaire d'auto-évaluation comprenant 28 réponses sur une échelle de Likert en cinq points allant de A « Ne me décrit pas bien » à E « Me décrit très bien ».

Les quatre sous-échelles sont Prise de perspective (PT), Fantaisie (FS), Préoccupation empathique (EC) et Détresse personnelle (PD).

L'Empathie cognitive (Ec) est représentée par la PT et la FS tandis que l'Empathie émotionnelle (Ee) est représentée par l'EC et la PD. La traduction française de cet outil a été validée (39).

2.5.2. Le Big-five

Le BFI (Annexe n°5) fut créé par John et ses collègues pour donner aux chercheurs et aux cliniciens un moyen efficace, sûr et valide de mesurer les différences individuelles selon les cinq grandes dimensions de la personnalité. Le BFI a été élaboré avec des buts précis.

Le premier est la brièveté et cela de deux façons : du fait du petit nombre d'items et du fait d'un temps de remplissage extrêmement court.

Le second but est la simplicité pour les participants aux recherches à comprendre le questionnaire. Il est soit utilisé comme auto-questionnaire, soit utilisé pour décrire une tierce personne. Enfin, le contenu des items est énoncé en langage quotidien.

Le troisième but est la facilité de cotation. Les participants répondent à chacune des 45 questions au moyen d'une échelle de Likert allant de 1 « désapprouve fortement » à 5 « approuve fortement ». La traduction française de cette échelle a été validée (40).

2.6. Analyse statistique

Le traitement des données recueillies a été réalisé grâce au logiciel STATISTICA. L'analyse et l'interprétation des données a été réalisée avec l'expertise de Nelly GOUTAUDIER (Maître de Conférences - Département de Psychologie – Université de Poitiers).

Les analyses de données ont été effectuées par des T test de Student et des Anovas à mesures répétées sur les différentes échelles d'empathie avec comme facteurs : genre, situation, filières, temps de travail et année d'étude (correction de Greenhouse-Geisser; Post-Hoc, correction de Bonferroni).

3. RÉSULTATS

3.1. Participation et caractéristiques des étudiants

Deux mille cinq cent trente-cinq étudiants de l'université de Poitiers ont participé à notre étude, soit 8,6% des étudiants de Poitiers, qui sont actuellement au nombre de 29 384 en se basant sur les informations de l'Université de Poitiers sur l'année 2020-2021.

Les femmes représentent la majorité des répondants avec 78% de taux de participation, les hommes représentent 21% et les non-binaires représentent 1%.

La situation familiale est répartie en 59% d'étudiants célibataires, 38% d'étudiants en couple et 2% d'étudiants mariés ou pacsés.

Parmi les 2535 répondants, 572 sont des étudiants en Santé, dont 346 sont en étude de médecine et 226 dans d'autres filières de santé. Parmi les 346 étudiants en médecine, 121 sont des internes. Les étudiants en Santé représentent environ 22,5% des étudiants de l'Université de Poitiers.

Mille neuf cent soixante-trois étudiants sont issus d'autres filières, soit 77,5% des répondants de notre étude.

Sept cent soixante-seize étudiants sont dans la filière Sciences Humaines, Lettres, Langues et Art représentant 30% de notre population d'étude.

Trois cent quatre-vingt-treize étudiants sont dans la filière Sciences et technologies représentant 15% de notre population d'étude.

Deux cent soixante-dix-huit étudiants sont dans la filière Droit et représentent 11% de notre population d'étude.

Trois cents étudiants soit 12% de notre population est dans une filière «autre».

Filières d'études	N	Pourcentage	Total.
Soignants			
Médecine	346	14,00%	572 Soit 22,5%
Autres professions de santé (IDE, dentiste, kinésithérapeute, sage-femme, psychologue, pharmacien, ambulancier...)	226	9,00%	
Non soignants			
Sciences et technologies	393	15,00%	1963 soit 77,5%
Sciences humaines, lettres, langues et art	776	30,00%	
Sciences de la formation et de l'éducation	53	2,00%	
Droit	278	11,00%	
Économie et gestion	95	4,00%	
STAPS (Sciences et Techniques des Activités Physique et Sportives)	68	3,00%	
Autres	300	12,00%	
Total	2535	100,00%	2535

Tableau 1 : Répartition des étudiants selon leur filière d'étude.

3.2. Résultats des échelles de l'empathie chez les étudiants soignants et non soignants

T-test	Moyenne des étudiants soignants (n=570)	Moyenne des étudiants non soignants (n=1970)	Écart-type	p
Prise de perspective	25,7	24,9	5,2	0.002
Fantaisie	25,3	25,8	6	0.067
Préoccupation empathique	27,7	26,9	5,2	0.000
Détresse personnelle	19,3	21,7	5,8	0.000
Empathie cognitive	51	50,7	8,5	0.567
Empathie émotionnelle	47	48,6	8,7	0.000

Tableau 2 : Analyse univariée T-Test Student de comparaison des moyennes des étudiants en filières soignantes et des étudiants en filières non soignantes selon les sous-échelles de l'empathie.

L'analyse statistique du T - Test met en évidence une différence significative pour plusieurs sous-échelles d'empathie.

La prise de perspective est significativement plus élevée chez les étudiants soignants.

La préoccupation empathique est significativement plus élevée chez les étudiants soignants.

La détresse personnelle est significativement plus élevée chez les étudiants non soignants.

L'empathie émotionnelle est significativement plus élevée chez les étudiants non soignants.

3.3. Résultats des échelles de l'empathie en fonction des caractéristiques des étudiants

	Prise de perspective	Fantaisie	Préoccupation empathique	Détresse personnelle	Empathie cognitive	Empathie émotionnelle	N
Genre	F(2, 2506)=4,7 p=,00928	F(2, 2506)=17,9 p=,00000	F(2, 2506)=71,5 p=,00000	F(2, 2506)=57,6 p=,00000	F(2,2506)=18,971 p=,00000	F(2,2506)=105,8 p=,00000	
Homme	24,4(0,2)a	24,3(0,3)a	24,4(0,2)ab	18,8(0,2)ab	48,7(0,4)a	43,2(0,4)ab	525
Femme	25,3(0,1)a	26,1(0,1)a	27,7(0,1)a	21,8(0,1)a	51,4(0,2)a	49,5(0,2)a	1973
Non binaire	25,1(0,8)	26,4(1)	27,9(1)b	22,7(0,9)b	51,4(1,5)	50,6(1,5)b	37
Total							2535
Situation	F(2, 2506) = 2,9 p=0,05115	F(2, 2506) = 6,36 p=0,00175	F(2, 2506) = 7,81 p=0,00042	F(2, 2506) = 0,82 p=0,43	F(2,25,6)=6,286 p=0,00189	F(2,2506)=4,0 p=0,01820	
Célibataire	25 (0,1)	25,9 (0,2)a	26,6 (0,1)a	21,1 (0,1)	51,1 (0,2)	47,74(0,2)a	1492
En couple	25,0 (0,2)	25,3 (0,2)a	27,7 (0,1)a	21,3 (0,2)	50,3 (0,3)a	49,1(0,3)a	981
Marié, pacsé	26,8 (0,6)	26,4 (0,7)	27,7 (0,6)	19,6 (0,8)	53,2 (1,1)a	47,3(1,1)	62
Total							2535
Année d'étude	F(10, 2506)=1,92 p=0,03	F(10, 2506)=1,63 p=0,09	F(10, 2506)=0,39 p=0,94	F(10, 2506)=1,30 p=0,22	F(10,2506)=1,569 p=0,10962	F(10,2506)=1,041 p=0,4055	
1	25,3 (0,2)	25,8 (0,2)	26,9 (0,2)	21,2 (0,2)	51,1(0,3)	48,1 (0,3)	759
2	24,7 (0,2)	25,5 (0,3)	26,9 (0,2)	21,5 (0,3)	50,3(0,4)	48,3 (0,4)	490
3	24,6 (0,2)a	25,5 (0,3)	26,9 (0,2)	21,3 (0,3)	50,2(0,4)	48,3 (0,4)	481
4	25,1 (0,3)	25,7 (0,3)	27 (0,3)	20,9 (0,3)	50,9(0,5)	48,0 (0,5)	303
5	24,8 (0,3)	26,5 (0,3)	27,4 (0,3)	21,5 (0,3)	51,3 (0,5)	48,9 (0,5)	300
6	26,0 (0,5)	25,0 (0,7)	27,5 (0,5)	20,1 (0,7)	51,1 (0,9)	47,7 (1,0)	84
7	26,0 (0,7)	23,9 (1,1)	27,6 (0,9)	21,8 (0,9)	49,9 (1,5)	49,4 (1,4)	39
8	26,6 (1,0)	25,6 (1,2)	28,6 (0,9)	22,2 (1,4)	52,8 (1,9)	50,1 (1,7)	22
9	27,6 (0,8)a	26,9 (0,9)	28,1 (0,6)	17,9 (0,8)	54,5 (1,3)	46,1 (1,2)	38
10	22,7 (1,4)	25,5 (1,5)	28,2 (1,4)	17,2 (1,7)	48,3 (2,5)	45,5 (2,1)	13
11	27,1 (1,4)	27,8 (2,5)	16,1 (2,3)	17,7 (2,3)	55,0 (3,5)	43,8 (4,2)	6
Total							2535

Temps de travail	F(6, 2506)=0,78 p=0,58	F(6, 2506)=2,74 p=0,011	F(6, 2506)=1,21 p=0,29	F(6, 2506)=5,11 p=0,00003	F(6,2506)=1,298 p=0,25465	F(6,2506)=1,579 p=0,1492	
1	24,8 (0,2)	26,5 (0,2)ab	26,7 (0,2)	22,3 (0,2)abcd	51,3 (0,3)	49,0 (0,4)	619
2	24,9 (0,1)	25,5 (0,2)a	26,9 (0,2)	21,5 (0,2)efg	50,4 (0,3)	48,5 (0,3)	954
3	25,2 (0,2)	25,7 (0,3)	27,1 (0,2)	20,8 (0,2)ah	50,9 (0,4)	47,9 (0,4)	503
4	25,6 (0,3)	25,2 (0,4)	27,8 (0,3)	19,9 (0,4)be	50,8 (0,6)	47,7 (0,5)	243
5	25,4 (0,5)	24,2 (0,6)b	26,9 (0,4)	18,9 (0,5)cfh	49,6 (0,9)	45,8 (0,8)	122
6	26,3 (0,7)	26,7 (0,7)	28,0 (0,6)	18,7 (0,8)dg	53,0 (1,0)	46,7 (1,1)	62
7	26,3 (0,7)	25,9 (1,3)	28,0 (0,6)	19,2 (1,2)	51,8 (1,6)	47,2 (1,4)	32
Total							2535
Filières	F(8, 2506)=2,4 p=,01572	F(8, 2506)=2,9 p=,00356	F(8, 2506)=4,2 p=,00005	F(8, 2506)=7,3 p=,00000	F(8,2506)=3,6890 p=,00027	F(8,2506)=4,7245 p=0,00001	
Médecine	26(0,3)ab	25,6(0,3)	27,6(0,2)ab	18,7(0,3)abcd efg	51,6 (0,5)ab	46,3(0,4)abc	346
Autres professions de santé	25,2(0,4)	24,9(0,4)a	27,8(0,3)cd	20,4(0,4)ahi	50,1 (0,6)	48,2(0,6)	226
Sciences et technologies	24,5(0,3)a	24,9(0,3)b	25,5(0,3)acef g	21,4(0,3)b	49,4 (0,4)ac	46,9(0,5)def	393
Sciences humaines, lettres, langues et art	25,5(0,2)c	26,6(0,2)abc	27,6(0,2)eh	22,2(0,2)chj	52,1 (0,3)cd	49,8(0,3)adgh	776
Sciences de la formation et de l'éducation	25 (0,7)	26,8(0,7)	28,3(0,5)fi	23,7(0,7)dikl	51,7 (1,0)	52,1(0,9)beijk	53
Droit	24,2 (0,3)bc	25,1(0,4)c	26,6(0,3)	20,9(0,4)ek	49,2 (0,5)bd	47,5(0,5)gi	278
Économie et gestion	24,6 (0,5)	25,1(0,6)	25,6(0,5)bdhi	21,7(0,6)f	49,7 (0,7)	47,3(0,8)j	95
STAPS	24,9 (0,6)	24,6(0,7)	25,8(0,6)	19,78(0,7)jl	49,5 (0,8)	45,6(1,0)hkl	68
Autres	24,8 (0,3)	26,3(0,3)	27,3(0,3)g	22(0,3)g	51,1 (0,5)	49,2(0,5)cfl	300
Total							2535

Tableau 3 : Résultats des ANOVAS entre les sous-échelles d'empathie et les caractéristiques socioprofessionnelles des étudiants.

Les valeurs qui présentent des lettres en commun présentent un post hoc avec $p < 0,05$.

3.3.1. Résultats des échelles de l'empathie des étudiants en fonction du genre

La prise de perspective, la fantaisie, la préoccupation empathique et la détresse personnelle sont significativement plus élevées chez les femmes par rapport aux hommes. L'empathie cognitive et l'empathie émotionnelle sont également significativement plus élevées chez les femmes.

Les étudiants non-binaires présentent pour leur part une préoccupation empathique, une détresse personnelle ainsi qu'une empathie émotionnelle significativement plus élevées que les hommes.

3.3.2. Résultats des échelles de l'empathie des étudiants en fonction de la situation familiale

La fantaisie est significativement plus élevée chez les étudiants célibataires par rapport aux étudiants en couple. Cependant, la préoccupation empathique et l'empathie émotionnelle sont significativement plus élevées chez les étudiants en couple par rapport aux étudiants célibataires.

A noter que l'empathie cognitive est significativement plus élevée chez les couples mariés ou pacsés par rapport aux couples qui ne le sont pas.

3.3.3. Résultats des échelles de l'empathie des étudiants en fonction de l'année d'étude

La prise de perspective est significativement plus élevée chez les étudiants de neuvième année comparativement aux étudiants en troisième année.

3.3.4. Résultats des échelles de l'empathie des étudiants en fonction du temps de travail

La fantaisie est significativement plus élevée pour les étudiants travaillant moins de 30 heures par semaine comparativement aux étudiants travaillant 30 à 40 heures par semaine ainsi que ceux travaillant entre 60 et 70 heures par semaine.

La détresse personnelle des étudiants travaillant moins de 30 heures par semaine est significativement supérieure à ceux travaillant entre 40 et 50 heures, 50 à 60 heures, 60 à 70 heures et 70 à 80 heures par semaine, de même que pour les étudiants travaillant entre 30 et 40 heures par semaine par rapport à ceux travaillant entre 50 à 60 heures par semaine, 60 à 70 heures, et 70 à 80 heures par semaine.

La détresse personnelle des étudiants travaillant entre 40 et 50 heures est significativement supérieure à ceux travaillant entre 60 à 70 heures par semaine.

3.3.5. Résultats des échelles de l'empathie des étudiants en fonction de la filière d'étude

La prise de perspective des étudiants en médecine est significativement plus élevée par rapport aux étudiants en Sciences et technologies et aux étudiants en Droit.

La prise de perspective est significativement plus élevée chez les étudiants en Sciences humaines, lettres, langues et art que chez les étudiants en Droit.

La fantaisie des étudiants en Sciences humaines, lettres, langues et art est significativement plus élevée par rapport aux étudiants en Autres professions de santé, Sciences et technologies et Droit.

La préoccupation empathique des étudiants en Médecine est significativement plus élevée que chez les étudiants en Sciences et technologies et Économie et gestion.

La préoccupation empathique des Autres professions de santé est significativement plus élevée que chez les étudiants en Sciences et technologies, et Économie et gestion.

La préoccupation empathique des étudiants en Sciences et technologies est significativement plus basse que chez les étudiants en Médecine et Autres professions de santé, ainsi que celles des étudiants en Sciences humaines, lettres, langues et art, en Sciences de la formation et de l'éducation et les étudiants des filières Autres.

La préoccupation empathique des étudiants en Sciences humaines, lettres, langues et art, ainsi que celle des étudiants en Sciences de la formation et de l'éducation est significativement supérieure à celle des étudiants en Économie et gestion.

La détresse personnelle des étudiants en Médecine est significativement plus basse comparée aux étudiants en Autres professions de santé, en Sciences et technologies, en Sciences humaines, lettres, langues et art, en Sciences de la formation et de l'éducation, en Droit, en Économie et gestion, et dans les filières Autres.

La détresse personnelle des étudiants en Autres professions de santé est significativement plus basse comparée aux étudiants en Sciences humaines, lettres, langues et art, et en Sciences de la formation et de l'éducation.

La détresse personnelle des étudiants en STAPS est significativement plus basse comparée aux étudiants en Sciences humaines, lettres, langues et art, et en Sciences de la formation et de l'éducation.

La détresse personnelle des étudiants en Sciences de la formation et de l'éducation est significativement plus élevée comparée aux étudiants en Médecine, en Autres professions de santé, en Droit, et en STAPS.

L'empathie cognitive des étudiants en Médecine est significativement plus élevée que chez les étudiants en Sciences et technologies et les étudiants en Droit.

L'empathie cognitive des étudiants en Sciences humaines, lettres, langues et art est significativement plus élevée comparativement aux étudiants en Sciences et technologies et aux étudiants en Droit.

L'empathie émotionnelle des étudiants en Sciences de la formation et de l'éducation est significativement plus élevée que chez les étudiants en Médecine, les étudiants en Sciences et technologies, les étudiants en Droit, les étudiants en Économie et gestion et les étudiants en STAPS.

L'empathie émotionnelle des étudiants en Sciences humaines, lettres, langues et art est significativement plus élevée que chez les étudiants en Médecine, les étudiants en Sciences et technologies, les étudiants en Droit et les étudiants en STAPS.

L'empathie émotionnelle des étudiants Autres est significativement plus élevée que pour les étudiants en Médecine, les étudiants en Sciences et technologies et les étudiants en STAPS.

3.4. Résultats des scores de corrélation entre empathie et traits de personnalité chez les étudiants soignants et non soignants

Variables	Prise de perspective (PT)	Fantaisie (FS)	Préoccupation empathique (EC)	Détresse personnelle (PD)	Empathie cognitive (Ec)	Empathie émotionnelle (Ee)
Soignants / Non soignants						
Ouverture (O)	0,27 / 0,23	0,31 / 0,3	0,16 / 0,15	-0,18 / -0,11	0,39 / 0,35	-0,04 / 0,01
Conscience (C)	0,15 / 0,11	-0,04 / -0,05	0,09 / 0,15	-0,17 / -0,15	0,06 / 0,03	-0,06 / -0,01
Extraversion (E)	0,06 / 0,01	0,1 / 0,02	0,07 / 0,11	-0,29 / -0,23	0,11 / 0,02	-0,16 / -0,09
Agréabilité (A)	0,5 / 0,46	0,03 / 0,05	0,41 / 0,46	-0,01 / 0	0,32 / 0,32	0,23 / 0,27
Névrosisme (N)	-0,08 / -0,06	0,21 / 0,14	0,23 / 0,2	0,46 / 0,5	0,1 / 0,06	0,45 / 0,46

Tableau 4 : Scores de corrélation entre empathie et personnalité chez les étudiants soignants et étudiants non soignants.

3.4.1. Corrélations entre empathie et personnalité chez les étudiants soignants

Les résultats significatifs des scores de corrélation entre empathie et traits de personnalité des étudiants soignants montrent que:

- L'Ouverture d'esprit a une corrélation modérément positive à l'empathie cognitive (0,39), une corrélation modérée avec ses deux sous-échelles PT et FS (0,27 et 0,31 respectivement) et une corrélation faiblement négative avec l'empathie émotionnelle (-0,04). Il existe une faible corrélation positive avec la sous-échelle EC (0,16) ainsi qu'une faible corrélation négative avec sa sous-échelle PD (-0,18).
- La Conscience retrouve une faible corrélation positive avec PT (0,15) et EC (0,09) ainsi qu'une faible corrélation négative avec PD (-0,17).

- L'Extraversion a une corrélation positive faible avec l'empathie cognitive et négative faible avec l'empathie émotionnelle (0,11 et -0,16 respectivement). La sous-échelle PD retrouve une corrélation modérément négative (-0,29). La sous-échelle FS retrouve une corrélation positive faible (0,1).
- L'Agréabilité est corrélée modérément de manière positive à l'empathie cognitive et émotionnelle (0,31 et 0,23 respectivement), avec une corrélation forte pour PT (**0,50**) et EC (**0,41**).
- Le Névrosisme est fortement corrélé à l'empathie émotionnelle (**0,45**) et sa sous-échelle PD (**0,46**), et de manière modérée avec EC (0,23) et FS (0,21). Une faible corrélation positive existe avec l'empathie cognitive (0,1).

3.4.2. Corrélations entre empathie et personnalité chez les étudiants non soignants

Les résultats significatifs des scores de corrélation entre empathie et traits de personnalité des étudiants non soignants montrent que :

- L'Ouverture d'esprit est modérément corrélée positivement avec l'empathie cognitive (0,35) et ses deux sous-échelles PT et FS (0,23 et 0,3 respectivement). Une corrélation faiblement positive est retrouvée avec EC (0,15) et négative avec PD (-0,11).
- La Conscience a une corrélation positive faible avec EC (0,15) et négative avec PD (-0,15). Il existe une corrélation faiblement positive avec PT (0,11) et négative avec FS (-0,05).
- L'Extraversion est corrélée modérément négativement à la sous-échelle PD (-0,23) et à l'empathie émotionnelle (-0,09). Il existe aussi une faible corrélation positive avec l'EC (0,11).
- L'Agréabilité est corrélée modérément avec l'empathie émotionnelle (0,27) et cognitive (0,32), avec une corrélation forte de leurs sous-échelles EC (**0,46**) et PT (**0,46**). Il existe une faible corrélation avec FS (0,05).
- Le Névrosisme est corrélé fortement à l'empathie émotionnelle (**0,46**), fortement avec la sous-échelle PD (**0,50**), et modérément avec EC (0,20). Une corrélation faible est aussi retrouvée avec FS (0,14) et l'empathie cognitive (0,06). Une faible corrélation négative existe avec PT (-0,06).

4. DISCUSSION

4.1. Résultats principaux de notre étude

Les résultats principaux de l'étude de l'empathie chez les étudiants de l'université de Poitiers ont montré que:

- L'empathie cognitive et émotionnelle ainsi que toutes leurs sous-échelles sont supérieures chez les femmes par rapport aux hommes.
- L'empathie émotionnelle des étudiants non soignants est supérieure aux étudiants soignants.
- La prise de perspective et la préoccupation empathique des étudiants soignants sont supérieures aux étudiants non soignants. La détresse personnelle des étudiants soignants est plus basse que celle des étudiants non soignants.
- L'empathie émotionnelle des étudiants en couple est plus élevée que les étudiants célibataires.
- La moyenne de la détresse personnelle des étudiants de Poitiers diminue au fur et à mesure que le temps de travail hebdomadaire augmente.
- Les étudiants en médecine ont une détresse personnelle inférieure à toutes les autres filières d'étudiants, sauf STAPS avec un résultat non significatif.
- Les liens forts, soit un score de corrélation supérieur à 0,40, entre l'empathie et les traits de personnalité chez les étudiants soignants et non soignants sont les mêmes. Il s'agit des corrélations positives entre le trait de personnalité d'Agréabilité avec la prise de perspective et la préoccupation empathique, ainsi que le trait de personnalité Névrosisme avec la détresse personnelle et empathie émotionnelle.

4.2. Biais et limites de l'étude

4.2.1. Biais de sélection

Il s'agit d'une étude monocentrique.

La spécialité de biologie médicale a été omise lors de l'élaboration de la liste des spécialités médicales.

Il est possible que les étudiants les plus sensibilisés aux thématiques abordées par notre étude aient davantage répondu aux questionnaires que les étudiants se sentant moins sensibilisés par ces sujets.

Notre étude était composée de 409 questions réparties dans 8 questionnaires. Le temps de réponse a probablement été un frein quant à la réalisation du questionnaire.

4.2.2. Biais de réponse

Il s'agit d'une étude réalisée en ligne, par conséquent les participants remplissant les questionnaires ont pu être perturbés par leur environnement. En effet, plus de 830 questionnaires ont été remplis de manière incomplète, et non pas pu être comptabilisés dans notre étude.

Le phénomène de désirabilité social et artefact du questionnement doivent aussi être mentionnés (41, 42). La désirabilité sociale est selon Crowne et Marlowe (1960) « une tendance de l'individu à vouloir se présenter favorablement aux yeux de la société », et l'artefact du questionnement désigne « l'adoption d'un comportement de réponse spécifique par le répondant en situation de questionnement s'il croit avoir discerné, même partiellement, l'objectif de ce questionnement ».

4.2.3. Biais de classement

L'utilisation d'auto-questionnaire est soumise à une part de subjectivité ainsi qu'à l'interprétation propre du répondant sur les items présentés et ce malgré l'utilisation de questionnaires validés.

Le cas des étudiants PACES n'avait pas été clairement défini au début de l'étude et dans le questionnaire, leur choix de filière a donc été hétérogène. Il aurait convenu de définir au préalable la filière dans laquelle ils devaient se déclarer ou de créer une filière PACES afin qu'ils soient considérés de manière homogène. Ce biais pourrait être corrigé lors de l'étude nationale.

4.2.4. Biais de confusion

La culture, le niveau socio-économique des parents et la religion n'ont pas été pris en compte dans cette étude.

4.3. Discussion et hypothèses aux résultats principaux

Nous retrouvons dans notre étude des scores supérieurs pour l'empathie cognitive et émotionnelle ainsi que toutes leurs sous-échelles chez les étudiantes femmes comparés aux hommes. Ces résultats sont concordants avec de nombreuses autres études réalisées à l'internationale chez les étudiants en médecine (19, 20, 21, 22, 23, 24) ainsi que chez des étudiants paramédicaux (14, 28).

Nous pouvons faire le rapprochement de la capacité d'empathie avec le système de neurones miroirs (43), avancé comme le schéma neurobiologique le plus plausible de ce comportement (44, 45, 46). Il est documenté grâce à de nombreuses études d'imagerie par résonance magnétique que l'exécution de l'action et l'observation déclenchent des activations isomorphes dans le système moteur, dans le registre de l'émotionnel, ainsi que dans le cortex somatosensoriel secondaire (47, 48, 49, 50, 51, 52).

Nous pouvons tenter d'expliquer pour partie ces résultats d'empathie supérieurs chez les femmes, d'une part, par un volume de matière grise dans les zones cérébrales dédiées aux neurones miroirs plus important comparativement aux hommes, comme le rapportent dans leur étude Cheng et al (53), et d'autre part, par un recrutement des zones contenant des neurones miroirs plus important chez les femmes que chez les hommes (54).

L'empathie émotionnelle des étudiants en couple est plus élevée comparée aux étudiants célibataires. Nous pouvons penser que les différentes expériences de vie en lien avec la relation de couple puissent modifier la réaction empathique de l'étudiant dans le vécu émotionnel des situations.

L'empathie émotionnelle des non-soignants est plus élevée comparée à celle des soignants. Nos résultats semblent aller, en partie, à l'encontre d'une étude réalisée au Royaume-Uni chez des étudiants en pharmacie et en école d'infirmier, rapportant un score d'empathie plus élevé que chez des étudiants en Droit (55), de même que l'étude de Thomas et al (38) retrouvant un score d'empathie des étudiants en médecine supérieur à celui d'étudiants en psychologie. Ce résultat que nous obtenons est toutefois à nuancer car l'empathie émotionnelle est l'addition de deux sous-échelles, la préoccupation empathique et la détresse personnelle. En effet, la détresse personnelle trouve un score plus élevé chez les étudiants non soignants mais la préoccupation empathique est quant à elle plus élevée chez les étudiants soignants. Il est donc délicat de proposer des hypothèses expliquant une empathie émotionnelle plus élevée dans sa globalité chez les non-soignants avec la dualité de ses sous-échelles entre les deux groupes. Il est à envisager que notre étude manque de puissance afin de catégoriser l'empathie émotionnelle. Il est ainsi préférable de discuter des sous-échelles.

Les moyennes de score de détresse personnelle des étudiants de Poitiers sont en relation inverse avec l'augmentation du temps de travail hebdomadaire. Nous retrouvons ainsi les scores les plus élevés pour les étudiants travaillant le moins de temps, et les scores les plus bas pour les étudiants travaillant le plus de temps. Selon Davis (14), la sous-échelle détresse personnelle mesure les sentiments personnels d'anxiété et d'inconfort qui résultent de l'observation de l'expérience négative d'autrui. Ainsi, nos résultats suggéreraient que le temps de travail hebdomadaire serait un facteur protecteur envers ces sentiments. Il est possible qu'une plus grande observation des expériences négatives d'autrui qui serait induite par l'augmentation du temps de travail favoriserait une meilleure gestion personnelle de ses émotions négatives. Une autre manière d'approcher ces résultats serait de s'interroger sur une sélection naturelle des étudiants avec une détresse personnelle naturellement plus faible se retrouvant ainsi dans les tranches horaires les plus hautes.

Nous retrouvons chez les étudiants soignants une détresse personnelle plus basse que chez les étudiants non-soignants, et une moyenne de détresse personnelle chez les étudiants en médecine inférieure à celle de toutes les autres filières de notre étude, hors STAPS. Ces résultats nous montrent qu'il existe une différence d'empathie pour la sous-échelle détresse personnelle chez les étudiants en fonction des filières et il apparaît ainsi que les étudiants en médecine soient moins impactés par des sentiments d'anxiété et d'inconfort dans les situations d'expérience négative d'autrui que les autres étudiants. Nous pouvons émettre comme hypothèse que les études de médecine et de santé permettent une meilleure gestion émotionnelle de l'étudiant devant une situation clinique difficile. Il est possible que l'apprentissage des pathologies aussi bien physiques, psychologiques que mentales puisse permettre un contrôle émotionnel de l'étudiant lors de l'exposition à ladite situation, à laquelle il se prépare, pouvant ainsi lui permettre de proposer une réponse empathique davantage tournée sur le champ cognitif que émotionnel. Les étudiants soignants sont confrontés à ce type de situation dans un contexte où ils ont un rôle dynamique à jouer, le passage à l'action qu'il soit verbal, physique ou intellectuel, permettrait peut-être de moins vivre la souffrance de l'autre dès lors qu'ils ont quelque chose à faire, à proposer.

Nous pouvons aussi nous demander si la crise sanitaire liée à la Covid-19, probablement ressentie comme un traumatisme dans la population étudiante par la fermeture des établissements universitaires et la perturbation des conditions de vie, aurait pu venir perturber leur empathie émotionnelle. La diffusion insistante et prolongée par les médias des conditions sanitaires, d'expériences négatives vécues par autrui à potentiellement pu perturber l'équilibre des étudiants et il est légitime de se poser la question d'un impact sur leur capacité empathique de détresse personnelle.

Il existe une différence entre les deux groupes d'étudiants, les étudiants non soignants ont peut-être été davantage touchés par les mesures d'arrêt de toutes leurs activités universitaires et professionnelles comparés aux étudiants soignants qui ont plutôt vu leurs activités en lien avec la santé se poursuivre et peut-être même augmenter pour certains. Nous avons vu précédemment que la détresse personnelle tend à diminuer avec l'augmentation du nombre d'heures de travail hebdomadaire chez l'ensemble des étudiants, il serait intéressant de mesurer les différences de temps de travail effectives entre les groupes d'étudiants soignants et non soignants pour observer si l'hypothèse d'une différence de détresse personnelle en lien avec une différence de temps de travail causée par la crise sanitaire est valide.

Il existe bien une différence de score de détresse personnelle entre étudiants en médecine et étudiants en autres professions de santé, mais cette deuxième catégorie d'étudiants étant hétéroclite, il est difficile d'émettre des hypothèses. Une étude évaluant l'ensemble des étudiants en santé, avec préférentiellement l'échelle JSPE de Hojat serait intéressante afin de comparer les scores d'empathie clinique des différentes filières de soin.

Par ailleurs, nous retrouvons une forte corrélation entre la détresse personnelle et le trait de personnalité Névrosisme, aussi bien chez les étudiants soignants que non-soignants. Nos résultats sont concordants avec ceux retrouvés dans une étude multicentrique de 2016 chez des étudiants en médecine (33) ainsi que ceux retrouvés en Chine (34) et en Espagne (35).

Cette corrélation n'est pas surprenante du fait des définitions de ces deux entités. Le trait de personnalité Névrosisme renvoie à un état de stabilité émotionnelle et une humeur égale avec une émotion négative, telle que se sentir anxieux, nerveux, triste et tendu (31). L'étude de Larsen et Ketelaar (56) a retrouvé que les individus avec un trait de personnalité de Névrosisme répondent émotionnellement, pour un même stimulus négatif, plus fort que les autres individus. Ainsi devant une même situation l'étudiant pourrait avoir une réaction émotionnelle différente en intensité selon les traits de personnalité qu'il présente. Il serait ainsi intéressant de mesurer l'importance que représente le trait de personnalité de Névrosisme dans la population étudiante.

Nous trouvons chez les étudiants soignants une prise de perspective plus élevée que chez les non soignants. Selon Davis (14), la sous-échelle prise de perspective évalue les tentatives d'adopter le point de vue d'autres personnes et de voir les choses de leur point de vue.

Il ne semble pas étonnant de retrouver une prise de perspective plus élevée chez les étudiants soignants comparée aux étudiants non soignants car le choix de leurs études et future profession inscrit autrui dans une position centrale. En effet, la mise en position centrale d'autrui pourrait faciliter le développement d'une approche bio-psycho-sociale (57), de manière consciente ou inconsciente, par les étudiants soignants au cours de leurs études théoriques et de leurs stages. Cette approche des professionnels de santé a pour objectif de prendre connaissance de la vie d'un individu au sens large, en évaluant sa santé biologique, psychologique et sociale, son environnement, mais aussi ses croyances, ses souhaits et ses doutes.

Cette approche implique par essence un détachement de ses propres convictions et déterminants pour se baser sur le point de vue d'autrui, tout en maintenant une réflexion basée sur les données de la science. Pour exemples, la délivrance de conseils médicaux ou de santé, d'un acte de soin ou d'une ordonnance médicale, requiert une capacité de prise de perspective chez l'étudiant soignant qui la délivre afin de favoriser l'acceptation et l'observance par le patient (58).

D'autre part, nous pouvons aussi émettre l'hypothèse qu'il existe naturellement une tendance à la prise de perspective plus importante chez les étudiants soignants, qui puisse favoriser consciemment ou inconsciemment une préférence envers cette branche professionnelle. Nous pourrions imaginer une étude mesurant les scores d'empathie chez les étudiants en PACES - ou nouvellement Parcours Accès Santé Spécifique et Licence Accès Santé - tout en renseignant leurs souhaits d'orientations dans les différentes branches de santé. Ces scores pourraient alors être comparés à ceux des étudiants de la filière souhaitée.

Dans notre étude la prise de perspective est fortement corrélée au trait de personnalité Agréabilité, chez les étudiants soignants et non soignants. Nos résultats sont concordants avec ceux retrouvés chez des étudiants en médecine à l'international (33), en Chine (34) et en Espagne (35).

Cette forte corrélation entre l'Altruisme et la prise de perspective pourrait résider dans le fait que cette sous-échelle d'empathie reflète des capacités à être orienté sur l'autre et que le trait de personnalité d'Agréabilité reflète par définition l'ouverture à l'autre, à être altruiste, à adopter un comportement de coopération et de serviabilité avec une motivation pro-sociale et communautaire (31, 59).

Une étude de comparaison des moyennes de prise de perspective entre étudiants soignants en médecine et soignants hors médecine serait intéressante afin d'observer s'il existe une différence entre ces différents étudiants professionnels de soins. L'étude de ce phénomène serait plus pertinente avec l'utilisation de la JSPE comme échelle d'empathie, évaluant l'empathie dans le domaine du soin. Une autre étude mesurant l'importance du trait de personnalité Agréabilité dans la population étudiante soignante et non soignante pourrait aussi être intéressante afin d'axer l'apprentissage de l'empathie selon les traits de personnalité s'ils diffèrent.

Enfin, nous trouvons que la moyenne de la préoccupation empathique des étudiants soignants est plus élevée comparée aux étudiants non-soignants. Selon Davis (14), la préoccupation empathique mesure les sentiments de chaleur, de compassion et de souci pour les autres et, toujours selon Davis (60), les personnes avec un score de préoccupation empathique élevé auraient de plus grandes tendances à la timidité et à l'anxiété sociale.

Nos résultats suggèrent donc qu'il existerait une plus grande tendance chez les étudiants soignants à avoir des sentiments de compassion et d'inquiétude envers l'autre que chez les étudiants non soignants. La timidité et l'anxiété sociale n'ont pas été évaluées précisément dans notre étude mais pourraient être une piste de réflexion.

Une autre hypothèse pourrait être qu'il existe chez les étudiants soignants davantage de phénomènes de contre-transfert, d'autrui à l'étudiant soignant, lors d'une situation vécue par autrui comme difficile ou désagréable. Il pourrait alors naître un sentiment de compassion ou de sympathie rapprochant l'étudiant du domaine de l'empathie émotionnelle.

L'étude de De Young et al (61) a mis en évidence une covariation entre trait de personnalité Altruiste et les régions du cerveau impliquées lors de la reconnaissance des états émotionnels des autres. Il n'est ainsi pas étonnant de retrouver dans nos résultats un score de corrélation fort entre la préoccupation empathique et l'Agréabilité. Cette corrélation est toutefois du même ordre chez les étudiants soignants et non soignants. Ces résultats sont en accord une fois de plus avec ceux cités dans la partie introduction (33, 34, 35). Afin d'aller plus loin dans nos hypothèses, il serait intéressant de mesurer la prévalence du trait de personnalité d'Agréabilité chez les étudiants soignants et de la comparer aux étudiants non-soignants.

4.4. Rapprochements des résultats principaux avec les autres dimensions de recherche de l'étude PTSD BO2

La même population étudiante a été étudiée dans les domaines de l'épuisement professionnel académique, du syndrome de stress post-traumatique et des schémas précoces inadaptés, respectivement par Manon Deboute, Thomas Mergnac et Paul Verschoore.

Il ressort de ces différents travaux que les étudiants non soignants ont un épuisement professionnel académique et une prévalence de syndrome de stress post-traumatique plus élevés comparés aux étudiants soignants. Il est intéressant de noter que le score de détresse personnelle chez les étudiants non soignants va dans le même sens que les résultats de l'épuisement professionnel académique et du syndrome de stress post-traumatique. A l'inverse, les scores de prise de perspective et de préoccupation empathique sont inférieurs chez les étudiants non soignants comparés aux étudiants soignants.

Il a aussi été mis en évidence que les schémas précoces inadaptés les plus prévalents chez les étudiants soignants sont idéaux exigeant, abnégation, négativité-pessimisme, surcontrôle émotionnel et punition. Il est légitime de se demander si ces derniers peuvent influencer sur le choix d'une filière soignante ou non soignante, mais aussi, si un lien entre les sous-échelles d'empathie et les SPI existe.

Il serait intéressant d'analyser les dynamiques de ces résultats afin d'observer s'il existe un lien significativement statistique qui ne soit pas le simple fruit du hasard.

Une première piste s'ouvre avec Bastien Yonneau, retrouvant une association positive mais faible entre l'épuisement émotionnel (composante de l'épuisement professionnel avec la dépersonnalisation et l'accomplissement personnel), l'empathie émotionnelle et la détresse personnelle.

S'agissant d'une étude de faisabilité monocentrique, une étude de plus grande envergure au niveau national pourrait permettre d'aller plus loin dans ces hypothèses, et de gagner en puissance statistique sur nos premiers résultats.

4. 5. Implications en pratique

Il a récemment été proposé de considérer chez les praticiens qu'une « pathologie de la relation de soins » mènerait à un épuisement professionnel, et ainsi faire le lien entre l'empathie des médecins ou des étudiants en médecine et l'épuisement professionnel. L'hypothèse neurophysiologique de l'empathie développée par Thirioux et al (62) conclut une genèse de l'épuisement professionnel par une dysfonction de l'empathie.

L'hypothèse avancée étant que l'empathie cognitive est protectrice de l'épuisement professionnel chez les étudiants avec des scores élevés de prise de perspective et des scores faibles de détresse personnelle aux sous-échelles de l'IRI, et inversement, que l'empathie émotionnelle favorise un épuisement professionnel.

Nos résultats tendent à suggérer que les étudiants soignants développent une empathie d'allure protectrice de l'épuisement professionnel académique comparés aux étudiants non soignants en ce qui concerne les scores de prise de perspective et de détresse personnelle.

Une mesure de l'empathie, en particulier des sous-échelles prise de perspective et détresse personnelle, semble pertinente à réaliser chez l'étudiant soignant, d'une part pour les conséquences favorables d'une prise en charge empathique envers les patients avec de nombreux bénéfices sur la santé du patient et de la satisfaction au travail du professionnel, et d'autre part sur les conséquences graves que pourrait amener une dysrégulation empathique avec l'épuisement professionnel, afin de pouvoir agir au plus tôt. Un dépistage de dysrégulation empathique, outre le fait d'une conscientisation du phénomène par l'étudiant concerné, pourrait conduire à des modifications de parcours dudit étudiant.

Dans le cadre d'une empathie cognitive trop faible, il a par exemple été montré que les groupes Balint permettaient une amélioration du score empathique chez les étudiants en médecine de Paris (63). Dans cette pratique, les participants apportent sans notes des expériences cliniques authentiques, qui sont analysées sous leurs angles affectif, cognitif et comportemental, sans considérer la problématique biomédicale sous-jacente, dans une approche de non jugement.

Dans le cadre d'une empathie émotionnelle trop forte, un accompagnement centré sur l'étudiant dans un cadre bienveillant pourrait être proposé. Il pourrait par exemple se composer d'un soutien ou suivi psychologique, d'un accompagnement professoral sur le vécu de situations difficiles, pour que même un étudiant isolé puisse bénéficier d'une écoute. Des séances de rencontre, de partage et d'échanges de points de vue en groupe avec des étudiants de différentes filières, présentant des scores empathiques et des traits de personnalité différents, pourraient être proposées en parallèle.

Une étude nationale permettant de mettre en lumière les conséquences d'une dysrégulation de l'empathie chez les étudiants soignants et non soignants dans les domaines des schémas précoces inadaptés, de l'épuisement professionnel académique et du syndrome de stress post-traumatique apparaît pertinente à conduire.

Une mesure des traits de personnalité des étudiants soignants et non soignants serait aussi intéressante devant les corrélations que nous retrouvons entre la prise de perspective et l'Agréabilité ainsi que la détresse personnelle et le Névrosisme.

Détecter de potentiels traits de personnalité chez les étudiants, si leurs corrélations se confirment avec l'étude nationale, augmenterait par conséquent les chances d'un meilleur encadrement universitaire des étudiants potentiellement à risque de développer une dysrégulation de l'empathie. La question d'un apprentissage de l'empathie orienté sur les traits de personnalité de l'étudiant serait alors une piste de réflexion.

5. CONCLUSION

Cette étude a permis de mettre en évidence des différences de scores d'empathie entre les étudiants soignants et non soignants. L'empathie émotionnelle des étudiants non soignants est plus élevée que celle des étudiants soignants. Les sous-échelles prise de perspective et préoccupation empathique sont plus élevées chez les étudiants soignants, tandis que la détresse personnelle est plus faible comparés aux étudiants non soignants. La sous-échelle détresse personnelle est plus faible chez les étudiants en médecine comparés à l'ensemble de toutes les autres filières, hors STAPS.

Nous retrouvons pour l'ensemble des sous-échelles d'empathie des scores plus élevés chez les femmes.

Nous retrouvons également des corrélations fortes, aussi bien chez les étudiants soignants que non soignants entre la détresse personnelle et l'empathie émotionnelle avec le trait de personnalité Névrosisme, ainsi qu'entre la prise de perspective et la préoccupation empathique avec le trait de personnalité d'Agréabilité.

Une étude portant sur un plus grand nombre d'étudiants et à caractère multicentrique reste nécessaire pour confirmer ces résultats, et rechercher d'autres liens avec les domaines d'étude de PTSD BO2.

BIBLIOGRAPHIE

- 1. Jorland G. L'empathie, histoire d'un concept. L'Empathie. Odile Jacob. Paris; 2004. p. 19–49.
- 2. Pacherie E, Berthoz A, Jorland. L'empathie. Editions Odile Jacob. 2004;149-181
- 3. Sanford R, Stora N, Ducroux-Biass F. Le regard positif inconditionnel : une manière d'être mal comprise. Approche Centrée Sur Pers Prat Rech. 2009;9(1):11.
- 4. Rogers CR. A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships: As developed in the client-centered framework. New York: McGraw-Hil ; 1959 ; Vol. 3 : p.184-256.
- 5. Derksen F, Bensing J, Lagro-Janssen A. Effectiveness of empathy in general practice: a systematic review. Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract. 2013 Jan;63(606):e76–84.
- 6. Hojat M, Louis DZ, Markham FW, Wender R, Rabinowitz C, Gonnella JS. Physicians' empathy and clinical outcomes for diabetic patients. Acad Med J Assoc Am Med Coll. 2011 Mar;86(3):359–64.
- 7. Hojat M, Louis DZ, Maxwell K, Markham FW, Wender RC, Gonnella JS. A brief instrument to measure patients' overall satisfaction with primary care physicians. Fam Med. 2011 Jun;43(6):412–7.
- 8. Levinson W, Roter D. Physicians' psychosocial beliefs correlate with their patient communication skills. J Gen Intern Med. 1995 Jul;10(7):375–9.
- 9. Buszewicz M, Pistrang N, Barker C, Cape J, Martin J. Patients' experiences of GP consultations for psychological problems : a qualitative study. Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract. 2006 Jul;56(528):496–503.

- 10. Mercer SW, Neumann M, Wirtz M, Fitzpatrick B, Vojt G. General practitioner empathy, patient enablement, and patient-reported outcomes in primary care in an area of high socio-economic deprivation in Scotland - A pilot prospective study using structural equation modeling. *Patient Educ Couns*. 2008 Nov;73(2):240–5.
- 11. Van Dulmen S, Van Den Brink-Muinen A. Patients' preferences and experiences in handling emotions : a study on communication sequences in primary care medical visits. *Patient Educ Couns*. 2004 Oct;55(1):149–52.
- 12. Rakel D, Barrett B, Zhang Z, Hoeft T, Chewning B, Marchand L, et al. Perception of empathy in the therapeutic encounter : effects on the common cold. *Patient Educ Couns*. 2011 Dec;85(3):390–7.
- 13. Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ Can Med Assoc J*. 1995 mai 1;152(9):1423-33.
- 14. Davis MW. A Multidimensional Approach to Individual Differences in Empathy. *JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology*. 1980 ;10:1-85.
- 15. Decety J, Jackson PL. The functional architecture of human empathy. *Behav Cogn Neurosci Rev*. 2004 Jun;3(2):71-100.
- 16. Hojat M, Gonnella JS, Nasca TJ, Mangione S, Veloksi JJ, Magee M. The Jefferson Scale of Physician Empathy: further psychometric data and differences by gender and specialty at item level. *Acad Med*. 2002 Oct;77(10 Suppl):S58-60.
- 17. Hojat M, Mangione S, Kane GC, Gonnella JS. Relationships between scores of the Jefferson Scale of Physician Empathy (JSPE) and the Interpersonal Reactivity Index (IRI). *Med Teach*. 2005 Nov;27(7):625–8.
- 18. Bitoun A, Buffel du Vaure C, Lucet C, Jaury P, Malmartel A ; Assessment of medical student empathy: the French validation of the JSPE-MS©. *Exercer* 2020;160:88-94.

- 19. Chen DC, Kirshenbaum DS, Yan J, Kirshenbaum E, Aseltine RH. Characterizing changes in student empathy throughout medical school. *Med Teach*. 2012;34(4):305-11.
- 20. Shariat SV, Habibi M. Empathy in Iranian medical students: measurement model of the Jefferson scale of empathy. *Med Teach*. 2013;35(1):e913-8.
- 21. Kataoka HU, Koide N, Ochi K, Hojat M, Gonnella JS. Measurement of empathy among Japanese medical students: psychometrics and score differences by gender and level of medical education. *Acad Med*. 2009 Sep;84(9):1192-7.
- 22. Magalhães E, Salgueira AP, Costa P, Costa MJ. Empathy in senior year and first year medical students: a cross-sectional study. *BMC Med Educ*. 2011 Jul 29;11:52.
- 23. Tavakol S, Dennick R, Tavakol M. Empathy in UK medical students: differences by gender, medical year and specialty interest. *Educ Prim Care*. 2011 Sep;22(5):297-303.
- 24. Bangash AS, Ali NF, Shehzad AH, Haqqi S. Maintenance of empathy levels among first and final year medical students: a cross sectional study. *F1000Res*. 2013 Jul 16;2:157.
- 25. McKenna L, Boyle M, Brown T, Williams B, Molloy A, Lewis B, Molloy L. Levels of empathy in undergraduate midwifery students: an Australian cross-sectional study. *Women Birth*. 2011 Jun;24(2):80-4.
- 26. Sherman JJ, Cramer A. Measurement of changes in empathy during dental school. *J Dent Educ*. 2005 Mar;69(3):338-45.
- 27. Naguib GH, Sindi AM, Attar MH, Alshouibi EN, Hamed MT. A Cross-Sectional Study of Empathy Among Dental Students at King Abdulaziz University. *J Dent Educ*. 2020 Jan;84(1):22-26.

- 28. Beovich B, Williams B. Empathy in Japanese paramedicine students: A cross-sectional study. *Nursing & Health Sciences*. 2021 Mar;23(1):176-182.
- 29. Cottraux J. Thérapies cognitives. *EMC-Psychiatrie*. 2016;13(4):1-11
- 30. McCrae RR, John OP. An introduction to the five-factor model and its applications. *J Pers*. 1992 Jun;60(2):175-215.
- 31. John, O. P., & Srivastava, S.. The Big-Five trait taxonomy: History, measurement, and theoretical perspectives . Berkeley: University of California ; 1999 ;Vol. 2 : p. 102-138.
- 32. John OP. The "Big Five" factor taxonomy: Dimensions of personality in the natural language and in questionnaires. In : Pervin LA, editors. *Handbook of personality: Theory and research*. New York : Guilford press; 1990. p.66–100
- 33. Melchers MC, Li M, Haas BW, Reuter M, Bischoff L, Montag C. Similar Personality Patterns Are Associated with Empathy in Four Different Countries. *Front Psychol*. 2016 Mar 8;7:290.
- 34. Song Y, Shi M. Associations between empathy and big five personality traits among Chinese undergraduate medical students. *PLoS One*. 2017 Feb 10;12(2):e0171665.
- 35. Guilera T, Batalla I, Forné C, Soler-González J. Empathy and big five personality model in medical students and its relationship to gender and specialty preference: a cross-sectional study. *BMC Med Educ*. 2019 Feb 14;19(1):57.
- 36. Abe, K., Niwa, M., Fujisaki, K. et al. Associations between emotional intelligence, empathy and personality in Japanese medical students. *BMC Med Educ*. 2018;18(1): 47.

- 37. Costa P, Alves R, Neto I, Marvão P, Portela M, Costa MJ. Associations between medical student empathy and personality: a multi-institutional study. PLoS One. 2014 Mar 17;9(3):e89254.
- 38. Thomas MR, Dyrbye LN, Huntington JL, Lawson KL, Novotny PJ, Sloan JA, Shanafelt TD. How do distress and well-being relate to medical student empathy? A multicenter study. J Gen Intern Med. 2007 Feb;22(2):177-83.
- 39. Gilet AL, Mella N, Studer J, Grün D, Labouvie-Vief G. Assessing dispositional empathy in adults : A French validation of the Interpersonnal Reactivity Index (IRI). Can J Behav Sci Rev Can Sci Comport. 2013;45(1):42-8.
- 40. Plaisant O, Courtois R, Réveillère C, Mendelsohn. Validation par analyse factorielle du Big Five Inventory Français (BFI-Fr). Analyse convergente avec le NEO-PI-R [Factor structure and internal reliability of the French Big Five Inventory (BFI-Fr). Convergent and discriminant validation with the NEO-PI-R]. Annales Médico-Psychologiques. 2010;168(2):97–106.
- 41. Butori R, Parguel B. Les biais de réponse -Impact du mode de collecte des données et de l'attractivité de l'enquêteur. AFM, 2010.
- 42. Herbert M., Que se passe-t-il lorsque les répondants à un questionnaire tentent de deviner l'objectif de recherche ? Le biais du répondant :conceptualisation, mesure et étude d'impact, Actes du XXIIIème Congrès International de l'AFM, Aix-les-Bains, 2007.
- 43. Di Pellegrino G, Fadiga L, Fogassi L, Gallese V, Rizzolatti G. Understanding motor events: a neurophysiological study. Exp Brain Res. 1992;91(1):176-80.
- 44. Gallese V, Fadiga L, Fogassi L, Rizzolatti G. Action recognition in the premotor cortex. Brain. 1996 Apr;119(Pt 2):593-609.

- 45. Gallese, Vittorio. The 'shared manifold' hypothesis: From mirror neurons to empathy. *Journal of Consciousness Studies*. 2001;8(5-7):33-50.
- 46. Fabbri-Destro M, Rizzolatti G. Mirror neurons and mirror systems in monkeys and humans. *Physiology (Bethesda)*. 2008 Jun;23:171-9.
- 47. Buccino G, Binkofski F, Fink GR, Fadiga L, Fogassi L, Gallese V, Seitz RJ, Zilles K, Rizzolatti G, Freund HJ. Action observation activates premotor and parietal areas in a somatotopic manner: an fMRI study. *Eur J Neurosci*. 2001 Jan;13(2):400-4.
- 48. Grèzes J, Armony JL, Rowe J, Passingham RE. Activations related to "mirror" and "canonical" neurones in the human brain: an fMRI study. *Neuroimage*. 2003 Apr;18(4):928-37.
- 49. Binkofski F, Buccino G. The role of ventral premotor cortex in action execution and action understanding. *J Physiol Paris*. 2006 Jun;99(4-6):396-405.
- 50. Newman-Norlund RD, van Schie HT, van Zuijlen AM, Bekkering H. The mirror neuron system is more active during complementary compared with imitative action. *Nat Neurosci*. 2007 Jul;10(7):817-8.
- 51. Wicker B, Keysers C, Plailly J, Royet JP, Gallese V, Rizzolatti G. Both of us disgusted in My insula: the common neural basis of seeing and feeling disgust. *Neuron*. 2003 Oct 30;40(3):655-64.
- 52. Keysers C, Wicker B, Gazzola V, Anton JL, Fogassi L, Gallese V. A touching sight: SII/PV activation during the observation and experience of touch. *Neuron*. 2004 Apr 22;42(2):335-46.
- 53. Cheng Y, Chou KH, Decety J, Chen IY, Hung D, Tzeng OJ, et al. Sex differences in the neuroanatomy of human mirror-neuron system: A voxel-based morphometric investigation. *Neuroscience*. 2009; 158(2): 713–720.

- 54. Schulte-Rüther M, Markowitsch HJ, Shah NJ, Fink GR, Piefke M. Gender differences in brain networks supporting empathy. *Neuroimage*. 2008 Aug 1;42(1):393-403.
- 55. Wilson SE, Prescott J, Becket G. Empathy levels in first- and third-year students in health and non-health disciplines. *Am J Pharm Educ*. 2012 Mar 12;76(2):24.
- 56. Larsen, R. J., & Ketelaar, T. (1991). Personality and susceptibility to positive and negative emotional states. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1991;61(1):132–140.
- 57. Engel GL. The need for a new medical model : A challenge for biomedicine. *Science* 1977;198:129-96.
- 58. Légeron P, Azoulaï G. Trois axes pour améliorer l’observance dans la prise en charge de l’asthme : cas particulier de l’enfant. *Revue Française d'Allergologie et d'Immunologie Clinique*. 2001;41(7):634-40.
- 59. Graziano WG, Habashi MM, Sheese BE, Tobin RM. Agreeableness, empathy, and helping: a person x situation perspective. *J Pers Soc Psychol*. 2007 Oct;93(4):583-99.
- 60. Davis MH. Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1983;44(1):113–126.
- 61. DeYoung CG, Hirsh JB, Shane MS, Papademetris X, Rajeevan N, Gray JR. Testing predictions from personality neuroscience: Brain structure and the big five. *Psychol Sci*. 2010; 21(6): 820–828.
- 62. Thirioux B, Birault F, Jaafari N. Empathy Is a Protective Factor of Burnout in Physicians: New Neuro-Phenomenological Hypotheses Regarding Empathy and Sympathy in Care Relationship. *Front Psychol*. 2016 May 26;7:763.

- 63. Lemogne C, Du Vaure C. B, Hoertel N, Catu-Pinault A, Limosin F, Ghasarossian C. "Balint groups and narrative medicine compared to a control condition in promoting students' empathy." BMC Medical Education. 2020 ; 20(1): 1-8.

ANNEXE N°1 – PROTOCOLE PRÉSENTÉ AU CNIL



Inscription au registre des activités de traitement de l'université de Poitiers Déclaration d'un traitement

*En application du Règlement général sur la protection des données (RGPD)
et de la loi Informatique et libertés (LIL)*

Contact : dpo@univ-poitiers.fr

Afin d'établir des priorités dans les demandes, il vous désormais demandé d'anticiper vos démarches au moins 4 semaines avant la date de lancement. Il est indispensable d'indiquer la date d'ouverture (pas une période) du projet afin de pouvoir établir des priorités de traitement. Cette date est aussi utile en cas d'ouverture d'enquête en ligne.

Si une étude nécessite une enquête en ligne, il est fortement recommandé d'utiliser le logiciel Lime Survey. Le formulaire d'enquête devra être accompagné de la fiche de conformité ; il vous sera également demandé de mettre en copie l'Observatoire de la réussite étudiante (OREVE) quoi doit anticiper vos demandes d'enquête. Contact : observatoire.oreve@univ-poitiers.fr



fiche_presentation_
synthetique_enquet

Pour un traitement anonyme, une déclaration de conformité n'est pas obligatoire. Mais en cas de doute, veuillez contacter votre DPO (dpo@univ-poitiers.fr) qui évaluera si le traitement est totalement anonyme. Veuillez joindre à votre message la fiche de conformité RGPD afin d'évaluer le cadre du recueil de traitement.

FICHE DE CONFORMITE DE TRAITEMENT DES DONNÉES PERSONNELLES

Responsable de traitement : le président de l'université de Poitiers

Demandeur : BIRAULT François Fonction ou Statut du demandeur : Professeur associé médecine générale Direction, laboratoire, composante, autre à préciser : département médecine générale Date de la demande : 10/12/2020

Numéro du traitement affecté	202030
------------------------------	--------

Veuillez joindre à cette fiche tout document utile à l'analyse globale (notice d'information, questionnaire, fiche de consentement, projet d'étude).

AVIS DPO avant consolidation en attente

Cette déclaration de traitement concerne uniquement la collecte de courriels dans le cadre de l'étude « Profils de personnalités, trouble de stress post-traumatique (TSPT) et épuisement professionnel chez les étudiants inscrits à l'université en France métropolitaine ». L'information aux personnes sera faite sur le questionnaire Limesurvey administré par les étudiants de médecine. Cette information indiquera clairement que les étudiants peuvent recontacter l'équipe pour plus d'informations sur la recherche en étant redirigés vers le site web de l'école de médecine, ainsi ils pourront se manifester. Les emails seront ensuite détruits.

Une déclaration sous le numéro 202030 avait été faite avant l'arrivée de la nouvelle DPO. Celle-ci n'ayant pas été retrouvée, il a été choisi de conserver ce numéro et de mettre à jour la fiche de traitement.

Nom du traitement	Collecte d'emails dans le cadre de l'étude suivante : <i>Profils de personnalités, trouble de stress post-traumatique (TSPT) et épuisement professionnel chez les étudiants inscrits à l'université en France métropolitaine</i>
Type de traitement (ex : thèse en médecine générale, projet de recherche, expérimentation, enquête...)	PHD
Date de mise en œuvre	Indiquer la date de lancement du questionnaire et non une période pour pouvoir anticiper les demandes (il faut double-cliquer sur la case grise pour insérer la date) Janvier 2021
Finalité(s) Si plusieurs finalités, veuillez les expliciter par point (1, 2, 3...)	Contacté les étudiants qui le souhaitent L'idée est que les étudiants qui le souhaitent puissent laisser leur mail pour échanger et leur adresser le fruit du travail réalisé grâce à l'étude « <i>Profils de personnalités, trouble de stress post-traumatique (TSPT) et épuisement professionnel chez les étudiants inscrits à l'université en France métropolitaine</i> » Nous proposons à ceux qui le souhaitent de nous laisser leur mail pour

	échanger et leur adresser les fruits de notre travail. Ils pourront se rendre sur le site web de l'école de médecine et laisser leurs coordonnées.
Base légale du traitement	Mission d'intérêt public (article 6.1.e du RGPD) Veuillez laisser ce champ sans autres commentaires.
Service chargé de la mise en œuvre (préciser s'il y a différents lieux de traitement), responsable(s) fonctionnel(s) et technique(s)	
Exercice des droits (accès, rectification, et droits spécifiques au traitement)	Francois.birault@univ-poitiers.fr Pour toute réclamation, la DPO de l'université devra impérativement être informée pour tenir le registre des réclamations à jour selon l'obligation réglementaire. dpo@univ-poitiers.fr
Catégories de personnes concernées par le traitement	étudiants
Type de données à caractère personnel recueillies et utilisées	Âge sexe
Si le traitement porte sur des données sensibles Soyez précis sur ce recueil qui permet de définir le cadre du traitement	

En cas de questionnaire	Non concerné. Le questionnaire envoyé aux étudiants est à part et il est anonyme (paramétrage anonyme des IP via LimeSurvey)
Destinataires des données <i>(personnes amenées à manipuler les données)</i>	Francois Birault et des étudiants en thèse de médecine générale
Technologies utilisées	Redirection vers le site sur lequel les étudiants pourront faire une demande de prise de contact pour avoir des informations sur la recherche
Information des personnes	Les participants seront informés par mail de l'étude et de leur possibilité de participer Le questionnaire administré sous Limesurvey fait une information aux personnes. Un lien vers le site web sera mis en place et les étudiants pourront y être redirigés.
Sécurité des données	Les données emails collectées en cas de prise de contact feront l'objet d'une destruction à l'issue de la prise de contact. Aucun mail ne sera conservé.
Durée de conservation	5 ans
Service chargé de la suppression des données à la fin du traitement	Les étudiants de médecine et l'équipe de recherche
Mise à jour (date et objet) – Case réservée au DPO	

<u>Autres précisions</u>
--

ANNEXE N° 2 – PROJET SOUMIS AU CER TOURS-POITIERS



SFR FED 4226 – Comité d’Ethique pour les Recherches impliquant la personne humaine des universités de Tours et Poitiers

FORMULAIRE DE SOUMISSION AU CER TOURS-POITIERS

RESUME DU PROJET (*en une page*)

NB - Il est demandé au rédacteur de cette demande d’effacer les indications en italique bleu après avoir rempli le formulaire. La longueur totale du dossier ne doit pas dépasser 10 pages.

Titre du projet : Profils de personnalités, trouble de stress post-traumatique et l’épuisement professionnel chez les étudiants en France

N° de fiche de conformité de traitement des données à caractère personnel pour inscription au registre des traitements de l’université (cf. Règlement Général sur la Protection des Données – RGPD et Loi Informatique et Libertés – LIL) : N°202030

Domaine scientifique :

Santé mentale

Chercheur(s) titulaire(s) responsable(s) scientifique(s) du projet :

Dr. François BIRAULT (MD)

Maison de Santé Pluridisciplinaire Universitaire des Couronneries

115 rue des couronneries

86000 Poitiers

Faculté de Médecine et de Pharmacie

D1

6 rue de la milétrie

TSA 51115

86073 POITIERS Cedex 9

Lieu(x) de recherche (endroit(s)) où l’étude va être conduite :

étude de faisabilité à l’Université de Poitiers puis étude France entière

Objectif principal (5 lignes max.) :

L’objectif principal est d’évaluer le lien entre les schémas précoces et l’épuisement professionnel.

Je prends connaissance du fait que l’avis rendu par le CER-TP ne concerne que le projet de recherche présenté dans ce document.

Date :

Signature numérisée du responsable scientifique:

1. DESCRIPTION SOMMAIRE DU PROJET

Contexte et intérêt scientifiques

Concepts de base

Selon Young, (Young et al. 2006) des schémas précoces inadaptés (SPI) s'élaborent depuis le plus jeune âge. Les SPI sont des représentations inconditionnelles de soi et de ses relations avec les autres, développées au cours de l'enfance ou de l'adolescence. Ils sont constitués de souvenirs, d'émotions, de pensées et de sensations corporelles qui s'enrichissent et se complexifient au cours de la vie, jusqu'à devenir envahissants pour l'individu. Les sujets ne pouvant reconnaître l'existence de ces schémas, ils développent des comportements auto-défaitistes et auto-défensifs perpétuels. Les SPI représentent donc un des éléments constitutifs de la personnalité et sont à la source des scénarios de vie pérennisant les mêmes erreurs. J. Young et al. ont classé les SPI en cinq domaines correspondant aux besoins humains et affectifs fondamentaux : séparation et rejet, manque d'autonomie et de performance, manque de limites, orientation vers les autres, sur-vigilance et inhibition.

La personnalité peut être évaluée par le modèle des cinq grands facteurs de personnalité, ou Big Five. C'est un système de classification de la personnalité qui mesure les traits de la personnalité. Les cinq personnalités sont O (Ouverture, Originalité, Ouverture d'esprit); C (Conscience, Contrôle, Contrainte); E (Extraversion, Énergie, Enthousiasme); A (Agréabilité, Altruisme, Affection); N (Émotions Négatives, Névrosisme, Nervosité), le modèle « OCEAN ».

L'empathie, est définie en 1961, par Carl Rogers (Rogers, 1961) comme la capacité de ressentir le monde intérieur des clients comme s'il s'agissait du nôtre. Selon Davis (Davis, 1980), l'empathie est conceptualisée en tant que modèle à deux composants, intégrant à la fois une facette affective (empathie émotionnelle ou Ee) et une facette cognitive (empathie cognitive ou Ec). Ainsi, l'empathie fait référence à un phénomène qui « requiert à la fois la capacité de partager l'expérience émotionnelle de l'autre personne (composante affective) et une compréhension de l'expérience de cette personne (composante cognitive) ».

Davis propose une approche multidimensionnelle de l'empathie avec quatre sous composantes :

- la prise de perspective (« perspective taking » ou PT), qui correspond à la capacité à adopter le point de vue des autres,
- la sollicitude ou préoccupation empathique (« empathic concern » ou EC), qui évalue les sentiments de sympathie et d'inquiétude envers les autres,
- la détresse personnelle (« personal distress » ou PD), qui correspond à la capacité de ressentir et de vivre la détresse de l'autre,
- la fantaisie (« fantasy » ou FS), qui correspond à l'imaginaire, au fait de se projeter dans les sentiments de personnages fictifs (BD, films, théâtre).

L'empathie cognitive (Ec) est représentée par la PT et la FS tandis que l'empathie émotionnelle (Ee) est représentée par l'EC et la PD.

Les différentes composantes de l'empathie peuvent être évaluées par l'index de réactivité interpersonnelle (IRI).

Le syndrome d'épuisement professionnel (SEP) est un syndrome psychologique d'épuisement émotionnel (EE), de dépersonnalisation (DEP), et d'une diminution de l'accomplissement personnel (AP) qui peut survenir chez les personnes travaillant avec d'autres personnes, à quelque titre que ce soit (Maslach et al. 1996). L'EE est typiquement lié au rapport avec un travail vécu comme difficile, fatiguant, stressant. La DEP, ou perte d'empathie, se caractérise par une baisse de considération positive envers les autres. L'AP est un sentiment de « soupape de sécurité », qui assurerait un équilibre en cas d'épuisement professionnel et de dépersonnalisation.

Justification de la question de recherche

Le syndrome d'épuisement professionnel, aussi appelé burnout, est significativement plus élevé pour les professionnels de santé comparativement aux autres professions (Shanafelt et al., 2012).

L'épuisement professionnel est défini par Lee (Lee, Lovell et Brotheridge, 2010) comme un état psychologique consécutif au stress émanant de la sphère professionnelle, dans lequel les professionnels « perdent leurs inquiétudes et leurs émotions pour les personnes avec lesquelles ils travaillent et les traitent même de façon déshumanisée » (Maslach & Jackson, 1981).

L'outil de mesure de la sévérité de l'épuisement professionnel, « le Maslach Burnout Inventory », (MBI ; Maslach & Jackson, 1981) conduit certains à réfuter ce syndrome pour ne le considérer au mieux que comme une forme de dépression (Bianchi R et al., 2016). Toutefois, les mesures du MBI sont plus élevées chez les soignants et une étude récente retrouve un burnout chez 49% des médecins Français avec 5% de forme sévère (Kansoun et al., 2019). Quant à la prévalence de l'épuisement professionnel (EP) dans la population générale, elle est estimée aux alentours de 4 à 7% (Khredidine, 2012). Enfin, d'après Nmadu, les taux moyens d'épuisement professionnel chez les médecins sont 3 fois plus élevés que dans d'autres professions (Nmadu et al., 2019; Veyssier-Belot, 2015). Bien que l'EP affecte des individus de tout âge et ce, quelle que soit leur catégorie professionnelle, il est donc important de remarquer, que ce trouble affecte plus particulièrement les professions impliquant des relations interpersonnelles fréquentes, notamment les professions médicales (Edwards, 2000).

Les étudiants en soins sont également vulnérables avec 76 % des étudiants en médecine présentant un critère d'EP (Shanafelt et al., 2002). Il faut noter que 7% des internes en médecine générale ont des scores extrêmement élevés aux sous-échelles MBI-EE et MBI-DEP, associés à des scores extrêmement bas à la sous-échelle MBI-AP, c'est-à-dire des scores considérés comme pathologiques. De plus, des études longitudinales ont établi que la dépersonnalisation augmente corrélativement avec le nombre d'années d'études médicales (Hojat et al., 2004; Handford et al., 2013).

L'étiopathogénie de l'EP chez les praticiens est encore controversée. Des facteurs de risque personnels, développementaux-psycho-dynamiques, professionnels mais aussi environnementaux ont été mis en avant. En particulier, le

CER Tours-Poitiers – Courriel : presidencecertp@univ-tours.fr
CHRU Bretonneau - Bât B1A - 2, Bd Tonnellé - 37044 TOURS Cedex France
Tél. 02 47 47 97 43

déséquilibre entre la vie privée et la vie professionnelle mais aussi entre les intérêts envers soi-même et envers les autres, pourraient être des facteurs de risques importants (Truchot, 2006) (Thirioux et al., 2016, Table 1).

Il a été proposé récemment de considérer l'EP chez les praticiens comme « une pathologie de la relation de soins » (Galam et al., 2013 ; Thirioux et al., 2016) et de faire le lien entre l'épuisement professionnel et les troubles d'empathie chez les médecins. L'hypothèse neurophysiologique de l'empathie développée par Thirioux et al (2016) conclut une genèse de l'épuisement professionnel par une dysfonction de l'empathie.

La notion d'empathie doit être évaluée mais une seule échelle peut être utilisée pour une durée de réponses aux questionnaires limitée. Notre étude n'étant pas basée uniquement sur les soignants, nous avons opté pour l'échelle plus générale IRI.

De nombreuses études ont été menées. Elles ont mis en évidence d'autres facteurs que l'empathie pouvaient conduire au développement et/ou au maintien symptômes d'épuisement professionnel.

Parmi les facteurs de risque de l'empathie, les résultats de la personnalité semblent importants à prendre en compte. En effet, la personnalité joue un rôle important dans la détresse liée au travail (Piedmont, 1993). Une association entre la personnalité Big-5 et le symptôme d'épuisement professionnel a donc tout naturellement été retrouvée ; avec les résultats les plus forts pour le névrosisme. En effet, plusieurs études ont démontré une corrélation élevée entre névrosisme et épuisement professionnel. On peut citer à titre d'exemple, une étude menée sur des médecins de soins primaires qui a démontrée que, parmi les 5 dimensions de la personnalité, la corrélation la plus élevée a été trouvée entre le névrosisme et l'épuisement professionnel, quels que soient les symptômes (Brown, Slater et Lofters, 2019).

Plusieurs recherches montrent que la personnalité peut être modulée par des schémas précoces inadaptés (SPI), particulièrement le névrosisme tel que le décrit le modèle de la personnalité en cinq facteurs. (Grebott et al., 2014).

Les schémas précoces influent sur la personnalité qui, elle, interagit avec l'empathie. Nous venons de le voir, l'empathie et l'épuisement professionnel sont intimement liés. Nous pouvons donc nous interroger sur la corrélation entre schémas précoces et épuisement professionnel. Un facteur de confusion peut être le trouble de stress post traumatique.

Comme il existe un chevauchement des symptômes, il n'est pas surprenant que les symptômes d'épuisement professionnel et de Trouble de Stress Post-Traumatique (TSPT) soient associés. Il peut être mesuré par des autogestionnaires comme le Test de l'Impact of Event Scale-Revised (IES-R). Sa prévalence est estimée à 8% sur l'ensemble d'une vie dans la population générale. Chez les soignants, elle est de l'ordre de 15 à 22%. Au cours des dernières décennies, de nombreuses études ont mis en évidence une forte association entre le névrosisme et les symptômes du TSPT à la suite de diverses expériences traumatisantes telles que la guerre du Vietnam (Hyer et al., 1994) ou une catastrophe naturelle (Parslow et al. 2006). Une étude récente a retrouvé qu'un Névroisme élevé était significativement lié au développement de TSPT et de croissance post-traumatique chez les étudiants en médecine de la faculté de Poitiers (Senotier, 2019). Par ailleurs, Palgi (Palgi et al., 2019) indique que les patients atteints de TSPT ont des déficits d'aptitudes empathiques, à la fois émotionnelles et cognitives, et que leurs difficultés d'empathie peuvent sous-tendre leurs déficiences d'aptitudes sociales et interpersonnelles.

À notre connaissance, il n'existe pas d'étude ayant recherché de lien entre les SPI et l'EP, l'empathie, le Big Five et le TSPT chez les étudiants. *Cette étude s'insère dans un projet plus large.* L'hypothèse neurophysiologique de l'empathie développée par Thirioux et al conclut à une genèse de l'épuisement professionnel par une dysfonction de l'empathie. *Il est dans ce cadre intéressant de comprendre si les schémas précoces connus chez les soignants interagissent avec l'épuisement professionnel, et si c'est le cas dans quel sens.* Dans cette étude portant sur les étudiants inscrits dans les facultés françaises, l'objectif principal est d'évaluer le lien entre les schémas précoces et l'EP. Le critère de jugement principal est de déterminer les profils de schémas précoces au moyen d'une analyse en cluster (k mean clustering) puis de tester les différences statistiquement significative au seuil de 5% entre les trois composantes du MBI (EE, DEP et AP) pour ces clusters. Nous pourrions alors dégager les profils de schémas précoces prédisposant au SEP. Secondairement, nous effectuerons la même démarche pour le TSPT. L'IRI et le Bigfive permettront de quantifier un effet de ces composantes sur nos résultats.

Références :

Ag N, Vn O, Am O, No U, Cjc I, Aa G, et al. Physician Burnout: An Overview. *Journal of Research in Basic & Clinical Sciences*. 2019;1(1):4.

Bakker, Arnold B., Karen I. van der Zee, Kerry A. Lewig, et Maureen F. Dollard. The Relationship Between the Big Five Personality Factors and Burnout: A Study Among Volunteer Counselors. *Journal of Social Psychology* 146, n° 1 (février 2006): 31-50.

<https://doi.org/10.3200/SOCP.146.1.31-50>.

Beckman TJ, Reed DA, Shanafelt TD, West CP. Impact of Resident Well-Being and Empathy on Assessments of Faculty Physicians. *J GEN INTERN MED*. 1 janv 2010;25(1):52-6.

Benjet C, Bromet E, Karam EG, Kessler RC, McLaughlin KA, Ruscio AM, et al. The epidemiology of traumatic event exposure worldwide: results from the World Mental Health Survey Consortium. *Psychological Medicine*. janv 2016;46(02):327-43.

Bernat JA, Ronfeldt HM, Calhoun KS, Arias I. Prevalence of Traumatic Events and Peritraumatic Predictors of Posttraumatic Stress Symptoms in a Nonclinical Sample of College Students. *J Trauma Stress*. 1 oct 1998;11(4):645-64.

Bianchi R, Schonfeld I, Laurent E. On the dead end of current research on burnout's prevalence. *Publications and Research [Internet]*. 1 janv 2016.

Brazeau CMLR, Schroeder R, Rovi S, Boyd L. Relationships Between Medical Student Burnout, Empathy, and Professionalism Climate. *Academic Medicine*. oct 2010;85(10):S33.

Brown PA, Slater M, Lofters A. Personality and burnout among primary care physicians: an international study. *Psychol Res Behav Manag*. 18 mars 2019;12:169-77.

Calhoun LG, Cann A, Tedeschi RG, McMillan J. A correlational test of the relationship between posttraumatic growth, religion, and cognitive processing. *J Trauma Stress*. juill 2000;13(3):521-7.

Davis MW. A Multidimensional Approach to Individual Differences in Empathy. *JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology*. 1980 ;10:1-85.

Decety, Jean, et Philip L. Jackson. The Functional Architecture of Human Empathy. *Behavioral and Cognitive Neuroscience Reviews* 3, n° 2 (juin 2004): 71-100. <https://doi.org/10.1177/1534582304267187>.

Edwards, D., Burnard, P., Coyle, D., Fothergill, A., & Hannigan, B. (2000). Stress and burnout in community mental health nursing: a review of the literature. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 7(1), 7-14.

English T, John OP, Srivastava S, Gross JJ. Emotion regulation and peer-rated social functioning: A 4-year longitudinal study. *Journal of Research in Personality*. 1 déc 2012;46(6):780-4.

GIRAUDEAU Martin, Profils de personnalité et développement du trouble de stress post-traumatique chez les étudiants en Médecine de la Faculté de Poitiers, Thèse de Doctorat d'Université, Médecine Générale, Poitiers, 2019.

Grebot É, Olivier M, Duprez M. Schémas précoces inadaptés et personnalité selon une approche en cinq facteurs. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*. 1 déc 2014;24(4):160-7.

Gunty AL, Frazier PA, Tennen H, Tomich P, Tashiro T, Park C. Moderators of the relation between perceived and actual posttraumatic growth. *Psychological trauma : theory, research, practice and policy*. 1 mars 2011;3(1):61-6.

Hemmerdinger JM, Stoddart SD, Lilford RJ. A systematic review of tests of empathy in medicine. *BMC Med Educ*. 25 juill 2007;7(1):24.

CER Tours-Poitiers – Courriel : presidencecertp@univ-tours.fr
CHRU Bretonneau - Bât B1A - 2, Bd Tonnelé - 37044 TOURS Cedex France
Tél. 02 47 47 97 43

- Hojat M, LaNoie M. Exploration and confirmation of the latent variable structure of the Jefferson scale of empathy. *Int J Med Educ.* 20 avr 2014;5:73-81.
- Hyer L, Braswell L, Albrecht B, Boyd S, Boudewyns P, Talbert S. Relationship of NEO-PI to personality styles and severity of trauma in chronic PTSD victims. *Journal of Clinical Psychology.* 1994;50(5):699-707.
- Jackson T, Provencio A, Bentley-Kumar K, Percy C, Cook T, McLean K, et al. PTSD and surgical residents: Everybody hurts... sometimes. *The American Journal of Surgery.* déc 2017;214(6):1118-24.
- John OP, Naumann LP, Soto CJ. Paradigm shift to the integrative Big Five trait taxonomy: History, measurement, and conceptual issues. In: *Handbook of personality: Theory and research*, 3rd ed. New York, NY, US: The Guilford Press; 2008. p. 114-58.
- Kansoun, Ziad, Laurent Boyer, Marianne Hodgkinson, Virginie Villes, Christophe Lançon, et Guillaume Fond. « Burnout in French physicians: A systematic review and meta-analysis ». *Journal of Affective Disorders* 246 (1 mars 2019): 132-47. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.056>.
- Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic Stress Disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry.* 1 déc 1995;52(12):1048-60.
- Khiredine I. La souffrance psychique en lien avec le travail chez les salariés actifs en France entre 2007 et 2012, à partir du programme MCP. :8.
- D.G. Kilpatrick, H.S. Resnick, M.E. Milanak, M.W. Miller, K.M. Keyes, M.J. Friedman National estimates of exposure to traumatic events and PTSD prevalence using DSMIV and DSM-5 criteria *J Trauma Stress*, 26 (5) (Oct 2013), pp. 537-547.
- Lamothe, Martin, Emilie Boujut, Franck Zenasni, et Serge Sultan. To Be or Not to Be Empathic: The Combined Role of Empathic Concern and Perspective Taking in Understanding Burnout in General Practice. *BMC Family Practice* 15 (2014): 15.
- Lee RT, Lovell BL, Brotheridge CM. Tenderness and steadiness: Relating job and interpersonal demands and resources with burnout and physical symptoms of stress in Canadian physicians. *Journal of Applied Social Psychology.* 2010;40(9):2319-42.
- Lee PT, Loh J, Sng G, Tung J, Yeo KK. Empathy and burnout: a study on residents from a Singapore institution. *Singapore Med J.* 2018;59(1):50-4.
- Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1996). *Maslach Burnout Inventory*. (3rd ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job Burnout. *Annu.rev Psychol.* 2001;52:397-422
- Maslach, C et col. (2006). *Burn-out : l'épuisement professionnel*. Presses du Belvédère.
- Morina N, Stam K, Pollet TV, Priebe S. Prevalence of depression and posttraumatic stress disorder in adult civilian survivors of war who stay in war-afflicted regions. A systematic review and meta-analysis of epidemiological studies. *Journal of Affective Disorders.* 15 oct 2018;239:328-38.
- National Estimates of Exposure to Traumatic Events and PTSD Prevalence Using DSM-IV and DSM-5 Criteria - Kilpatrick - 2013 - *Journal of Traumatic Stress* - Wiley Online Library [Internet]. [cité 14 mai 2020]. Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/jts.21848>
- Ong YZ, Siddiqui S, John S, Chen Z, Chang S. The Prevalence of Post-Traumatic Stress Disorder in Intensive Care Unit Staff and the Common Coping Strategies Used. *Ann Acad Med Singap.* mai 2016;45(5):215-8.

Palgi, Sharon, Ehud Klein, et Simone Shamay-Tsoory. « The role of oxytocin in empathy in PTSD ». *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy* 9, n° 1 (janvier 2017): 70-75. <https://doi.org/10.1037/tra0000142>.

Parslow RA, Jorm AF, Christensen H. Associations of pre-trauma attributes and trauma exposure with screening positive for PTSD: analysis of a community-based study of 2085 young adults. *Psychological Medicine*. mars 2006;36(3):387-95.

Pérez-Fuentes M del C, Molero Jurado M del M, Martos Martínez Á, Gázquez Linares JJ. Burnout and Engagement: Personality Profiles in Nursing Professionals. *Journal of Clinical Medicine*. mars 2019;8(3):286.

Piedmont RL. A longitudinal analysis of burnout in the health care setting: The role of personal dispositions. *Journal of Personality Assessment*. 1993;61(3):457-73.

Préface de La thérapie des schémas, Jeffrey E. Young, Janet S. Klosko et Marjorie E. Weishaar, p. 15-16. Rogers C. On becoming a person. A therapist's view of psychotherapy. Boston: Mifflin; 1961 : 284.

Relationship of early-life trauma, war-related trauma, personality traits, and PTSD symptom severity : a retrospective study on female civilian victims of war: *European Journal of Psychotraumatology*: Vol 7, No 1. Consulté le 25 juillet 2019. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3402/ejpt.v7.30964>.

Saddichha, Sahoo, Ajay Kumar, et Nirmala Pradhan. Cognitive schemas among mental health professionals: Adaptive or maladaptive? *Journal of Research in Medical Sciences : The Official Journal of Isfahan University of Medical Sciences* 17, n° 6 (juin 2012): 523-26.

SENOTIER Chloé, Profils de personnalité et développement du trouble de stress post-traumatique chez les étudiants en Médecine de la Faculté de Poitiers, Thèse de Doctorat d'Université, Médecine Générale, Poitiers, 2019.

Shanafelt, T. D., Bradley, K. A., Wipf, J. E., & Back, A. L. (2002). Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Annals of internal medicine*, 136(5), 358-367. Simpson, Susan, Gabriella Simionato, Matthew Smout, Michiel F. van Vreeswijk, Chris Hayes, Christina Sougleris, et Corinne Reid. Burnout amongst Clinical and Counselling Psychologist: The Role of Early Maladaptive Schemas and Coping Modes as Vulnerability Factors. *Clinical Psychology & Psychotherapy* 26, n° 1 (2019): 35-46. <https://doi.org/10.1002/cpp.2328>.

Shanafelt, T.D., Boone, S., Tan, L., Dyrbye, L.N., Sotile, W., Satele, D. et al. (2012). Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. *Arch Intern Med*. 172, 1377-1385.

Tedeschi RG, Calhoun LG. Target Article: « Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence ». *Psychological Inquiry*. 2004;15(1):1-18.

The Big-Five Trait Taxonomy: History, Measurement, and Theoretical Perspectives. Oliver P. John and Sanjay Srivastava. University of California at Berkeley. <https://pages.uoregon.edu/sanjay/pubs/bigfive.pdf>

van der Wal RAB, Bucx MJL, Hendriks JCM, Scheffer G-J, Prins JB. Psychological distress, burnout and personality traits in Dutch anaesthesiologists: A survey. *Eur J Anaesthesiol*. mars 2016;33(3):179-86.

Veyssier-Belot C. Le syndrome d'épuisement professionnel chez les médecins. *La Revue de Médecine Interne*. 20 janv 2015;36.

Wang Z, Inslicht SS, Metzler TJ, Henn-Haase C, McCaslin SE, Tong H, et al. A prospective study of predictors of depression symptoms in police. *Psychiatry Research*. 28 févr 2010;175(3):211-6.

Zenasni, F., Boujut, E., Bluffel du Vaure, C., Catu-Pinault, A., Tavani, J. L., Rigal, L.,... Sultan, S. (2012). Development of a French-language version of the Jefferson scale of physician empathy and association with practice characteristics and burnout in a sample of general practitioners. *International Journal of Person-Centered Medicine*, 2, 759–766. doi:10.5750/ijpcm.v2i4.295.

Objectifs

L'objectif principal est d'évaluer le lien entre les schémas précoces et l'EP.
L'objectif secondaire est d'évaluer le lien entre les schémas précoces et le TSPT.

Hypothèses générales

L'hypothèse neurophysiologique de l'empathie développée par Thirioux et al (2016) conclut à une genèse de l'épuisement professionnel par une dysfonction de l'empathie.
Parmi les facteurs de risque de l'empathie, les résultats de la personnalité semblent importants à prendre en compte. En effet, la personnalité joue un rôle important dans la détresse liée au travail (Piedmont, 1993).
Plusieurs recherches montrent que la personnalité peut être modulée par des schémas précoces inadaptés (SPI), particulièrement le névrosisme tel que le décrit le modèle de la personnalité en cinq facteurs. (Greb et al., 2014).
L'hypothèse principale posée dans ce cadre est qu'il existe une interaction entre schémas précoces et l'épuisement professionnel.
L'hypothèse secondaire est qu'il existe, sur le même raisonnement, une interaction entre schémas précoces et trouble de stress post-traumatique.

Conflits d'intérêts

aucun

2. MATERIEL ET METHODES

A. Participants

Nombre exact de participants ou « fourchette » approximative et critères utilisés pour fixer ce nombre : Minimum 5% des étudiants de Poitiers soit 1400

Epuisement professionnel non soignant 30% soignants 40% effectif nécessaire comparaison 2 populations au risque de premier espèce de 5% et 1-béta 90% bilatéral : 952 étudiants

PTSD non soignant 10% soignants 30% effectif nécessaire comparaison 2 populations au risque de premier espèce de 5% et 1-béta 90% bilatéral : 158 étudiants

Au total 1110 étudiants nécessaires, avec pour ce type d'étude 10% de répondants en moyenne soit 1400 étudiants attendus.

Recrutement :

Mode de recrutement : mail adressé aux étudiants de l'université de Poitiers, conformément à la procédure de diffusion d'enquêtes (la direction de la faculté de Médecine-Pharmacie sollicite les directions des autres composantes)

Lieu de recrutement : Université de Poitiers pour l'étude de faisabilité dès autorisation du comité et France entière à partir de novembre 2020 (doyens des autres universités contactés par le doyen de la faculté de Médecine-Pharmacie).

Critères de sélection : tous les étudiants inscrits dans une université

Critères de non inclusion : étudiant non volontaire pour répondre au questionnaire

Indemnisation éventuelle des sujets :

aucune

B. Méthode

Description du protocole :

Etude prospective observationnelle recherchant les schémas les plus à risque d'épuisement professionnel (EP) et de troubles de stress post traumatique (TSPT)

Utilisation d'un questionnaire composé de différents questionnaires validés :

- Les caractéristiques populationnelles : âge, genre, année d'étude, type d'étude, nationalité.
- Le questionnaire des schémas précoces inadaptés (SPI) de YOUNG
- Le BFI-Fr : BIG-five Inventory version française
- La LEC-5 : liste de contrôle de la vie des événements stressants pour le DSM-V
- Le PDI : inventaire de détresse péri traumatique
- La PCL-5 : Post-Traumatic Stress Disorder Checklist Scale, version DSM-5- Le PTGI : évalue la capacité de récupération après un traumatisme (l'optimisme)
- Le MBI : Maslach Burnout inventory
- L'IRI : l'index de réactivité interpersonnelle (évalue la tendance spontanée à l'empathie)

CER Tours-Poitiers – Courriel : presidencecertp@univ-tours.fr
CHRU Bretonneau - Bât B1A - 2, Bd Tonnellé - 37044 TOURS Cedex France
Tél. 02 47 47 97 43

A l'université de Poitiers, un mail sera adressé, si avis favorable des directions de composantes, aux étudiants inscrits de l'année 2020-2021. Ce mail leur indiquera l'objectif de l'étude et fournira un lien pour répondre au questionnaire. L'enquête est anonyme. L'adresse mail des étudiants qui souhaiteraient recevoir les résultats de l'enquête sera recueillie, et fera l'objet d'un traitement distinct.

Le doyen de la faculté de Médecine-Pharmacie sollicitera ses homologues des universités françaises pour diffusion auprès d'un maximum d'étudiants en France métropolitaine, selon les critères de diffusion propres à chaque université.

Les données seront recueillies par Lime Survey, le logiciel d'enquêtes de l'université de Poitiers. Elles seront stockées sur le serveur de l'UP pour une durée limitée, avec accès limité aux investigateurs (F. Birault, Professeur N. Jaafari, N. Goutaudier). Un fichier Excel des réponses anonymes sera généré à partir de Lime Survey. Excel et Statistica seront utilisés pour traiter les données (investigateurs et cinq étudiants en thèse d'exercice de médecine).

Pour l'analyse des résultats, des corrélations de Pearson seront effectuées pour mesurer les liens entre les scores obtenus à la PCL-5, la MBI, le PTGI et les scores obtenus à l'échelle des schémas de Young et aux mesures continues ? .

Le seuil de significativité sera fixé à 0.05 (analyse bivariable).

Une analyse en fonction des variables socio-démographiques catégorielles sera réalisée en utilisant les scores totaux au PCL-5, à la MBI et au PTGI comme variable dépendante.

Une série d'analyses de régressions multiples sera réalisée afin de dégager les prédicteurs de l'intensité des symptômes de stress post-traumatique, de l'épuisement professionnel.

Matériel utilisé : questionnaires validés / logiciel d'enquêtes Lime Survey

Calendrier des évaluations ou observations :

Une session par participants

Durée de la participation pour chaque étudiant: 30 minutes

Durée de l'étude :

Autorisation de l'étude de faisabilité se déroulant sur Poitiers par le CER (Comité d'Ethique pour les Recherches impliquant la personne humaine des universités) Tours- Poitiers : septembre 2020.

Ouverture de l'étude de faisabilité se déroulant sur Poitiers : septembre 2020.

La durée de la période d'inclusion pour l'étude de faisabilité est de 1 mois.

Ouverture de l'étude France entière : novembre 2020.

La durée de la période d'inclusion pour l'étude France entière est de 1 mois.

La durée de participation à l'étude pour le patient est de 30 minutes.

La durée de l'étude est estimée à 6 mois.

Analyse des données : Une analyse en cluster (k mean clustering) et des analyses multivariées seront utilisées pour dégager les profils et les différences significatives entre les variables.

C. Bénéfices et risques prévisibles et connus pour la santé physique et mentale (estime de soi, etc.) et la vie sociale (réputation)

Promouvoir une formation pour les sujets à risque d'épuisement professionnel

Répondre par **oui** ou **non** dans la case correspondante :

NON	Votre protocole utilise-t-il une mise en scène expérimentale destinée à dissimuler une partie de l'objectif ou de la méthodologie aux sujets ou de faire croire à d'autres objectifs ou d'autres méthodologies ?
OUI	Questions considérées par le participant comme personnelles ou confidentielles ?
NON	Matériaux considérés par le participant comme menaçants, choquants, répugnants ?
NON	Possible atteinte à la vie privée du participant, de sa famille, incluant l'utilisation d'informations personnelles ?
NON	Utilisation de stimuli physiques (auditifs, visuels, haptiques, etc.) autre que des stimuli associés à des activités normales ?
NON	Privation de besoins physiologiques (boire, manger, dormir, etc.)
NON	Manipulation de paramètres psychologiques ou sociaux comme la privation sensorielle, l'isolement social ou le stress psychologique ?
NON	Efforts physiques au-delà du niveau considéré comme modéré pour le participant ?
NON	Exposition à des drogues, produits chimiques ou agents

CER Tours-Poitiers – Courriel : presidencecercp@univ-tours.fr
CHRU Bretonneau - Bât B1A - 2, Bd Tonnellé - 37044 TOURS Cedex France
Tél. 02 47 47 97 43

potentiellement toxiques ?

Quelle est la démarche adoptée en cas de détection d'un problème chez un ou plusieurs participants ?

Possibilité d'arrêt de réponse au questionnaire à tout moment

Possibilité d'entretien si nécessaire : prendre contact auprès du Dr F. Birault, médecin généraliste, au 05 49 45 11 11 et/ou Dr N. Jaafari, psychiatre au 05 16 52 61 45

Ne s'applique pas :

D. Vigilance/ Arrêt prématuré de l'étude

Critères d'arrêt de l'étude pour un sujet qui y participe

Aucun

3. TRAITEMENT DES DONNÉES – RESPECT DE LA VIE PRIVÉE DU PARTICIPANT

A. Confidentialité

Procédé d'anonymisation

L'enquête est anonyme. Si l'adresse mail est fournie, dans la perspective de recevoir les conclusions de la recherche, elle est dissociée des réponses, et fait l'objet d'un traitement distinct, déclaré au registre des activités de traitement de l'université de Poitiers.

[fiche de conformité RGPD du 11 juillet 2020 n° 202030. \(Annexe 2\)](#)

Personnes ayant accès aux données

Données brutes et adresses mail : accès limité aux investigateurs (F. Birault, Professeur N. Jaafari, N. Goutaudier).

Données anonymes exportées sous Excel : investigateurs et étudiants en thèse d'exercice de médecine

B. Archivage

Données anonymes : sans limite de durée

Adresses mail pour envoi des conclusions de la recherche : 5 ans

Lieu de l'archivage : département de Médecine générale, université de Poitiers

Personne responsable : investigateur principal

Possibilité de destruction à la demande du participant : non : impossibilité de retrouver les dossiers

4. NOTICE D'INFORMATION ET CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

A. Précisions sur la notice d'information

Tout participant présélectionné sera préalablement informé par le responsable scientifique des objectifs de l'étude, de sa méthodologie, de sa durée, de ses contraintes et des risques prévisibles. Il sera notamment précisé au participant qu'il est entièrement libre de refuser de participer à l'étude et de retirer son consentement à tout moment sans encourir aucune responsabilité ni aucun préjudice de ce fait. Un document résumant les renseignements donnés par le responsable scientifique lui sera remis (Notice d'information -++ Annexe n°1).

B. Consentement éclairé

Le formulaire de consentement éclairé sera administré avant le remplissage du questionnaire par l'étudiant (Formulaire de consentement éclairé - Annexe n°2).

CER Tours-Poitiers – Courriel : presidencecertp@univ-tours.fr
CHRU Bretonneau - Bât B1A - 2, Bd Tonnellé - 37044 TOURS Cedex France
Tél. 02 47 47 97 43

ANNEXE 1 - NOTICE D'INFORMATION

Titre du projet : Profils de personnalités, trouble de stress post-traumatique et l'épuisement professionnel chez les étudiants en France

Chercheur(s) titulaire(s) responsable(s) scientifique(s) du projet :
Dr. François BIRAULT (MD)
Maison de Santé Pluridisciplinaire Universitaire des Couronneries
Faculté de Médecine et de Pharmacie
Université de Poitiers
Bâtiment D1
6, rue de la milétrie
TSA 51115
86073 POITIERS CEDEX 9

Lieu de recherche :

Enquête en ligne
Etude de faisabilité à l'Université de Poitiers puis étude France entière

But du projet de recherche :

Déterminer s'il existe un lien entre les profils de personnalité et l'épuisement professionnel puis entre les profils de personnalité et le trouble de stress post-traumatique chez les étudiants, de façon à comparer les étudiants en santé avec les étudiants des autres disciplines, afin de proposer des actions de prévention pour les sujets à risque d'épuisement professionnel, adaptées en particulier pour les étudiants en santé.

Ce que l'on attend de vous (méthodologie)

Si vous acceptez de participer à cette étude, vous participerez à une expérience pendant laquelle vous répondrez à un questionnaire en ligne d'une durée approximative de trente minutes.

Vos droits à la confidentialité

Le logiciel d'enquête, Lime Survey, est paramétré pour que les réponses soient strictement anonymes.
Si vous fournissez votre adresse mail pour recevoir les conclusions de l'étude, conformément aux pratiques déontologiques de la recherche, celle-ci sera dissociée de vos réponses.

Vos droits de vous retirer de la recherche en tout temps

- 1/ votre contribution à cette recherche est volontaire ;
- 2/ vous pouvez interrompre votre participation à tout moment.

Bénéfices

Promouvoir des actions pour les sujets à risque d'épuisement professionnel

Risques possibles

À notre connaissance, cette recherche peut impliquer un risque ou un inconfort devant certaines questions pouvant être considérées par le participant comme personnelles ou confidentielles.
Si tel est votre cas, vous pouvez vous retirer ou cesser votre participation à cette étude à tout moment sans aucune conséquence.
Si vous le souhaitez, vous pouvez prendre contact auprès du Dr François Birault, médecin généraliste, au 05 49 45 11 11 et/ou Dr Neemat Jaafari, psychiatre au 05 16 52 61 45.

Diffusion : Cette recherche sera diffusée dans des articles de revue académique.

Vos droits de poser des questions en tout temps

Vous pouvez poser des questions au sujet de la recherche en tout temps en communiquant avec le responsable scientifique du projet par téléphone au 05 49 45 11 11, ou à l'adresse francois.birault@univ-poitiers.fr

Fiche de présentation synthétique d'enquête RGDP n°202030.

<u>Nom de l'enquête</u>	Profils de personnalités, trouble de stress post-traumatique (TSPT) et épuisement professionnel chez les étudiants inscrits à l'université en France métropolitaine Est-ce que ce sera le titre présenté aux étudiants ? Sinon, indiquer de préférence le titre qui sera utilisé
<u>Type d'enquête</u>	☐ enquête à des fins de recherche
<u>Responsable fonctionnel</u>	Promoteur : Pr. Marc Paccalin, Doyen de la faculté de Médecine-Pharmacie marc.paccalin@chu-poitiers.fr Faculté Médecine et Pharmacie Bâtiment D1 6, rue de la milétrie TSA 51115 86073 POITIERS CEDEX 9tel 05 49 45 43 43
<u>Responsable technique</u>	Dr. François BIRAULT (MD) francois.birault@univ-poitiers.fr Maison de Santé Pluridisciplinaire Universitaire des Couronneries Faculté de Médecine et de Pharmacie Université de Poitiers 115 rue des couronneries 86000 Poitiers Directeur de thèse de 5 étudiants en thèse d'exercice de médecine impliqués dans le projet
<u>Objet de l'enquête</u>	Objectif principal de la recherche : Déterminer les personnalités les plus à risque d'épuisement professionnel et de troubles de stress post traumatique chez les étudiants à l'université en France métropolitaine, de façon à pouvoir comparer les étudiants en santé et les étudiants d'autres disciplines. Objectifs secondaires : -estimer l'impact des schémas précoces sur le choix de la filière universitaire - identifier la corrélation entre les schémas précoces et le burn out - identifier la corrélation entre les schémas précoces et le TSPT - déterminer si le TSPT chez les soignants favorise le burn out -estimer l'indépendance entre TSPT et épuisement professionnel chez les étudiants non soignants - déterminer si les premiers répondants (sans relance) sont représentatifs de la population étudiée

Champ (population enquêtée ciblée)	Volontaires étudiants inscrits en université France métropolitaine. Une étude de faisabilité est réalisée à l'université de Poitiers, au mois de septembre 2020. Les doyens des autres universités sont sollicités par le doyen de l'UP pour diffuser l'enquête.
Mode de diffusion du questionnaire envisagé	Conformément à la procédure de diffusion d'enquêtes de l'UP, une demande de diffusion de l'enquête sur les listes de diffusion de la Faculté de Médecine Pharmacie est adressée à la direction, qui sollicite la direction des autres composantes de l'UP pour diffuser l'enquête.
Outils de traitement des données	Les données seront recueillies par Lime Survey. Elles seront stockées sur le serveur, pendant la durée définie par l'OREVE – Observatoire de la réussite étudiante et de la vie étudiante, gestionnaire des comptes Lime Survey, avec accès limité aux investigateurs (F. Birault, Professeur N. Jaafari, N. Goutaudier). Elles seront exportées sur un fichier Excel. Les réponses seront traitées de façon anonyme. Les adresses électroniques, fournies par les personnes intéressées par une restitution des résultats de l'enquête, feront l'objet d'une conservation distincte. Excel et Stata seront utilisés pour traiter les données, qui seront conservées 5 ans.
Recueil de données à caractère personnel	☒ oui ☐ non-sensibles Les données recueillies par le biais du questionnaire ne permettent pas la reconnaissance des personnes. Seule l'adresse mail fournie par les personnes souhaitant recevoir les résultats de l'enquête constitue un recueil de données personnelles
Date souhaitée de diffusion de l'enquête (et relances éventuelles)	Septembre 2020 pour Poitiers, novembre 2020 France entière
Date de fermeture	1 mois après l'ouverture

Joindre à cette fiche tout document explicatif des objectifs de l'enquête, le(s) questionnaire(s) ou le protocole de recueil des données, ainsi que la fiche de conformité RGPD et loi Informatique et libertés préremplie, si l'enquête n'est pas anonyme.

Mentions Informatique et libertés

Le recueil des fiches de présentation d'enquêtes diffusées à l'UP a fait l'objet d'une déclaration au registre des activités de traitement de données à caractère personnel de l'Université de Poitiers. Contact pour l'exercice des droits d'accès et de rectification. dpo@univ-poitiers.fr. La durée de conservation des données liées à ces traitements est limitée à l'année universitaire.

ANNEXE N°3 – ACCORD DU CER



CER Tours-Poitiers

Comité d’Ethique de la Recherche (CER) Tours-Poitiers

Tours, le 04 novembre 2020.

OBJET: Dossier n° 2020-08-01 AVIS du CER-TP

Titre du projet : Profils de personnalités, trouble de stress post-traumatique et l'épuisement professionnel chez les étudiants en France

Chercheur(s) titulaire(s) responsable(s) scientifique(s) du projet : François BIRAULT

Cher collègue,

Suite à la réunion du CER-TP en date du 03 novembre 2020, le Comité d’Ethique a donné un avis favorable à votre projet de recherche.

Vous en souhaitant bonne réception, je vous prie d’agréer, cher collègue, l’expression de mes cordiales salutations.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Nicolas COMBALBERT".

Nicolas COMBALBERT
Président du CER-TP

CER Tours-Poitiers – Courriel : presidencecertp@univ-tours.fr
Université de Tours 60 rue du Plat d’Etain 37000 Tours
Université de Poitiers 15 rue de l’Hôtel Dieu 86000 Poitiers

ANNEXE N°4 – INDICE DE RÉACTIVITÉ INTERPERSONNELLE

Le questionnaire suivant concerne vos pensées et vos sentiments dans différentes situations. Pour chaque item, indiquez dans quelle mesure la phrase vous correspond en choisissant la lettre appropriée sur l'échelle décrite ci-dessous: A, B, C, D, ou E. Quand vous avez choisi votre réponse, entourez la.

LISEZ CHAQUE ITEM ATTENTIVEMENT AVANT DE RÉPONDRE. Répondez le plus honnêtement possible. Merci.

Échelle de cotation : A (ne me décrit pas vraiment) - B - C - D - E (me décrit très bien)

1	J'imagine et fantasme assez régulièrement sur des choses qui pourraient m'arriver.	FS
2	Je suis souvent sensible à l'égard des gens qui ont moins de chance que moi et me préoccupe de leur sort.	EC
3	J'ai parfois des difficultés à imaginer les choses du point de vue d'une autre personne.	PT (-)
4	Parfois, je ne me sens pas vraiment désolé(e) pour les autres lorsqu'ils ont des problèmes.	EC (-)
5	Je m'identifie complètement par les sentiments aux personnages d'un roman	FS
6	Dans les situations d'urgences, je me sens inquiet(e) et mal à l'aise.	PD
7	Je suis habituellement objectif (ve) lorsque je regarde un film ou une pièce de théâtre, et je ne me laisse pas souvent captiver entièrement dans l'action.	FS (-)
8	En cas de désaccord, j'essaie de considérer le point de vue de chacun avant de prendre une décision	PT
9	Lorsque je vois que l'on profite de quelqu'un, j'éprouve une certaine envie de le protéger.	EC
10	Quand je me retrouve dans une situation très émouvante, je me sens parfois incapable de réagir.	PD
11	J'essaie parfois de mieux comprendre mes amis en imaginant comment les choses se présentent de leur point de vue.	PT
12	Se sentir totalement impliqué(e) dans un bon livre ou un bon film est assez rare pour moi.	FS (-)
13	Lorsque je vois quelqu'un souffrir, j'ai tendance à garder mon sang froid. (PD) (-)	PD (-)
14	Habituellement, le malheur des autres ne me perturbe pas particulièrement. (EC)	EC (-)
15	Si je suis sûr(e) que j'ai raison, je ne perds pas mon temps à écouter les arguments des autres.	PT (-)
16	Après avoir vu une pièce de théâtre ou un film, il m'est arrivé de me sentir dans la peau d'un des personnages	FS
17	Je suis effrayé(e) à l'idée de me retrouver dans une situation émotionnellement tendue.	PD

18	Lorsque je vois une personne traitée injustement, il m'arrive parfois de ne pas ressentir beaucoup de pitié pour elle.	EC (-)
19	Je suis habituellement efficace dans la gestion des situations d'urgence.	PD (-)
20	Je suis souvent touché(e) par des événements dont je suis témoin.	EC
21	Je crois qu'il y a deux facettes à chaque question et j'essaie de prendre en considération toutes les deux.	PT
22	Je me décrirais comme une personne qui s'attendrit plutôt facilement.	EC
23	Lorsque je regarde un bon film, je peux très facilement me mettre à la place d'un des personnages principaux	FS
24	J'ai tendance à perdre mon sang-froid dans les situations d'urgence.	PD
25	Quand je suis en colère contre quelqu'un, j'essaye généralement de me mettre à sa place un instant.	PT
26	Lorsque je lis un roman (ou une histoire) intéressant, j'imagine comment je me sentirais si les événements de l'histoire m'arrivaient.	FS
27	Quand je vois quelqu'un qui a vraiment besoin d'aide dans une situation d'urgence, je perds mes moyens.	PD
28	Avant de critiquer quelqu'un, j'essaie d'imaginer ce que je ressentirais si j'étais à sa place.	PT

L'IRI est un auto-questionnaire de 28 items pour lesquels le sujet doit attribuer une note allant de 1 (ne me décris pas vraiment) à 5 (me décris très bien) selon l'affirmation qui lui est présentée.

Les scores possibles à l'échelle d'empathie de Davis (IRI) vont de 28 à 140 (28 items cotés de 1 à 5).

Le score global correspond à la somme des scores à 4 sous-échelles permettant de distinguer l'empathie affective et l'empathie cognitive :

Cotation : (-) indique que l'item doit être noté en « reverse »

A=1 B=2 C=3 D=3 4=5; pour le reverse : A=5 B=4 C=3 D=2 E=1

ANNEXE N°5 – BIG FIVE INVENTORY VERSION FRANÇAISE : BFI-FR

Votre perception de vous-même

Pour chacun des énoncés, cochez le chiffre indiquant dans quelle mesure vous approuvez ou désapprouvez l'énoncé.

1. Désapprouve fortement
2. Désapprouve un peu
3. N'approuve ni ne désapprouve
4. Approuve un peu
5. Approuve fortement

Je me vois comme quelqu'un qui....

1. Est bavard(e)	1	2	3	4	5
2. A tendance à critiquer les autres	1	2	3	4	5
3. Travaille consciencieusement	1	2	3	4	5
4. Est déprimé(e),cafardeux(se)	1	2	3	4	5
5. Est créatif(ve),plein d'idées originales	1	2	3	4	5
6. Est réservé(e)	1	2	3	4	5
7. Est serviable, et n'est pas égoïste avec les autres	1	2	3	4	5
8. Peut parfois être négligeant(e)	1	2	3	4	5
9. Est «relax»,détendu(e),gère bien le stress	1	2	3	4	5
10. S'intéresse à de nombreux sujets	1	2	3	4	5
11. Est plein(e) d'énergie	1	2	3	4	5
12. Commence facilement à se disputer avec les autres	1	2	3	4	5
13. Est fiable dans son travail	1	2	3	4	5
14. Peut-être angoissé(e)	1	2	3	4	5
15. Est ingénieux(se), une grosse tête	1	2	3	4	5
16. Communique beaucoup d'enthousiasme	1	2	3	4	5
17. Est indulgent(e) de nature	1	2	3	4	5
18. A tendance à être désorganisé(e)	1	2	3	4	5
19. Se tourmente beaucoup	1	2	3	4	5
20. A une grande imagination	1	2	3	4	5
21. A tendance à être silencieux(se)	1	2	3	4	5

22. Fait généralement confiance aux autres	1	2	3	4	5
23. A tendance à être paresseux(se)	1	2	3	4	5
24. Est quelqu'un de tempéré(e), pas facilement troublé(e)	1	2	3	4	5
25. Est inventif(ve)	1	2	3	4	5
26. A une forte personnalité, s'exprime avec assurance	1	2	3	4	5
27. Est parfois dédaigneux(se), méprisant(e)	1	2	3	4	5
28. Persévère jusqu'à ce que sa tâche soit finie	1	2	3	4	5
29. Peut être lunatique, d'humeur changeante	1	2	3	4	5
30. Apprécie les activités artistiques et esthétiques	1	2	3	4	5
31. Est quelque fois timide, inhibé(e)	1	2	3	4	5
32. Est prévenant(e) et gentil(le) avec presque tout le monde	1	2	3	4	5
33. Est efficace dans son travail	1	2	3	4	5
34. Reste calme dans les situations angoissantes	1	2	3	4	5
35. Préfère un travail simple et routinier	1	2	3	4	5
36. Est sociable, extraverti(e)	1	2	3	4	5
37. Est parfois impoli(e) avec les autres	1	2	3	4	5
38. Fait des projets et les poursuit	1	2	3	4	5
39. Est facilement anxieux(se)	1	2	3	4	5
40. Aime réfléchir et jouer avec des idées	1	2	3	4	5
41. Est peu intéressé(e) par tout ce qui est artistique	1	2	3	4	5
42. Aime coopérer avec les autres	1	2	3	4	5
43. Est facilement distrait(e)	1	2	3	4	5
44. A de bonnes connaissances en art, musique ou littérature	1	2	3	4	5
45. Cherche des histoires aux autres	1	2	3	4	5

Cotation

Chaque facteur correspond à la moyenne de la somme des énoncés en inversant les scores des énoncés marqué d'un R.

- Le score lié à la dimension E (Extraversion, Énergie et Enthousiasme) est la moyenne de la somme des énoncés suivants : 1, 6 R, 11 , 16 , 21 R, 26, 31 R, 36
- Le score lié à la dimension A (Agréabilité, Altruisme et Affection) est la moyenne de la somme des énoncés suivants : 2 R, 7, 12 R, 17 , 22 , 27 R, 32, 37 R, 42, 45 R
- Le score lié à la dimension C (Conscience, Contrôle, Contrainte) est la moyenne de la somme des énoncés suivants : 3, 8 R, 13, 18 R, 23 R, 28 , 33 , 38 , 43 R
- Le score lié à la dimension N (Émotions Négatives, Névrosisme, Nervosité), est la moyenne de la somme des énoncés suivants : 4, 9 R, 14 , 19 , 24 R, 29, 34 R, 39
- Le score lié à la dimension O (Ouverture, Originalité, Ouverture d'esprit) est la moyenne de la somme des énoncés suivants : 5, 10 , 15 , 20 , 25 , 30 , 35 R, 40, 41 R, 44

ABSTRACT

INTRODUCTION : L'empathie favorise une communication médecin-patient positive et est associée à une amélioration de la prise en charge du patient. La littérature semble montrer des variations d'empathie chez les étudiants en médecine en fonction du sexe de l'année d'étude et des traits de personnalité. Il existe cependant peu d'études à notre connaissance recherchant des différences de scores d'empathie entre des étudiants soignants et non soignants, des critères socioprofessionnels, et des traits de personnalité des étudiants.

QUESTION DE RECHERCHE : L'objectif principal de cette thèse d'exercice est la recherche de différence de score d'empathie entre les étudiants de l'Université de Poitiers en fonction des filières soignantes et non soignantes. Les objectifs secondaires sont de rechercher des corrélations entre les scores d'empathie et les traits de personnalités ainsi que des facteurs socioprofessionnels chez les étudiants de l'Université de Poitiers.

MATÉRIEL ET MÉTHODE : Une étude transversale a été menée à l'Université de Poitiers du 26 Février au 19 Mars 2021. Des auto-questionnaires comprenant l'indice de réactivité interpersonnelle, le Big Five Inventory, des données de caractéristiques démographiques, sociales et professionnelles ont été distribués via la boîte mail universitaire. Un total de 2535 étudiants, soit 8,6% des étudiants de Poitiers, ont été inclus dans l'étude.

RÉSULTATS : Les résultats ont mis en évidence des scores d'empathie supérieurs chez les femmes. La prise de perspective et la préoccupation empathique sont significativement plus élevées chez les étudiants soignants. La détresse personnelle est significativement plus basse chez les étudiants soignants. Les corrélations fortes entre traits de personnalité et empathie sont les mêmes chez les étudiants soignants et non soignants, à savoir l'Agréabilité avec la prise de perspective et la préoccupation empathique, et le Névrosisme avec l'empathie émotionnelle et la détresse personnelle.

CONCLUSION : Il existe des différences de scores d'empathie entre les étudiants soignants et non-soignants, sans différence de corrélation avec les traits de personnalité, mais avec des différences socioprofessionnelles.

Mots clés : *Empathie, Profils de personnalité, IRI, Big-five, Université de Poitiers*

SERMENT D'HIPPOCRATE

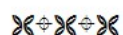


UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de
Pharmacie

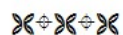


SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !



ABSTRACT

INTRODUCTION : L'empathie favorise une communication médecin-patient positive et est associée à une amélioration de la prise en charge du patient. La littérature semble montrer des variations d'empathie chez les étudiants en médecine en fonction du sexe de l'année d'étude et des traits de personnalité. Il existe cependant peu d'études à notre connaissance recherchant des différences de scores d'empathie entre des étudiants soignants et non soignants, des critères socioprofessionnels, et des traits de personnalité des étudiants.

QUESTION DE RECHERCHE : L'objectif principal de cette thèse d'exercice est la recherche de différence de score d'empathie entre les étudiants de l'Université de Poitiers en fonction des filières soignantes et non soignantes. Les objectifs secondaires sont de rechercher des corrélations entre les scores d'empathie et les traits de personnalités ainsi que des facteurs socioprofessionnels chez les étudiants de l'Université de Poitiers.

MATÉRIEL ET MÉTHODE : Une étude transversale a été menée à l'Université de Poitiers du 26 Février au 19 Mars 2021. Des auto-questionnaires comprenant l'indice de réactivité interpersonnelle, le Big Five Inventory, des données de caractéristiques démographiques, sociales et professionnelles ont été distribués via la boîte mail universitaire. Un total de 2535 étudiants, soit 8,6% des étudiants de Poitiers, ont été inclus dans l'étude.

RÉSULTATS : Les résultats ont mis en évidence des scores d'empathie supérieurs chez les femmes. La prise de perspective et la préoccupation empathique sont significativement plus élevées chez les étudiants soignants. La détresse personnelle est significativement plus basse chez les étudiants soignants. Les corrélations fortes entre traits de personnalité et empathie sont les mêmes chez les étudiants soignants et non soignants, à savoir l'Agréabilité avec la prise de perspective et la préoccupation empathique, et le Névrosisme avec l'empathie émotionnelle et la détresse personnelle.

CONCLUSION : Il existe des différences de scores d'empathie entre les étudiants soignants et non-soignants, sans différence de corrélation avec les traits de personnalité, mais avec des différences socioprofessionnelles.

Mots clés : Empathie, Profils de personnalité, IRI, Big-five, Université de Poitiers