



Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2024

THESE **POUR LE DIPLOME D'ETAT** **DE DOCTEUR EN MEDECINE** **(décret du 25 novembre 2016)**

présentée et soutenue publiquement
le 11 Avril 2024 à Poitiers
par Monsieur Mickael GODIÉ

**Étude du lien entre trouble de stress post traumatique et schémas précoces
inadaptés chez les étudiants des universités françaises**

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Laurent MACCHI

Membres : Monsieur le Docteur Pierrick ARCHAMBAULT
Monsieur le Docteur Pierre-Henri CARTIER

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur François BIRAULT

LISTE DES ENSEIGNANTS

Année universitaire 2023 – 2024

SECTION MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY Marion, santé publique – **Référente égalité-diversité**
- BINET Aurélien, chirurgie infantile
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- BOULETI Claire, cardiologie
- BOURMEYSTER Nicolas, biochimie et biologie moléculaire
- 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
- COUDROY Rémi, médecine intensive-réanimation – **Assesseur 2nd cycle**
- DAHOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DONATINI Gianluca, chirurgie viscérale et digestive
- DROUOT Xavier, physiologie – **Assesseur recherche**
- DUFOR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie – **Assesseur 2nd cycle, stages hospitaliers**
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GARCIA Rodrigue, cardiologie
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLIVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- 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*)
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie – **Assesseur 1^{er} cycle**
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, médecine d'urgence
- NASR Nathalie, neurologie
- NEAU Jean-Philippe, neurologie – **Assesseur pédagogique médecine**
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie – **Doyen, Directeur de la section médecine**
- PELLERIN Luc, biologie cellulaire
- PERAULT-POCHAT Marie-Christine, pharmacologie clinique

- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire – **Assesseur L.AS et 1^{er} cycle**
- PERRAUD CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- PUYADE Mathieu, médecine interne
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBLLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLLOT Pascal, médecine interne
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, gastro-entérologie, hépatologie – **Assesseur 3^e cycle**
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie – **Assesseur 1^{er} cycle**
- THILLE Arnaud, médecine intensive-réanimation – **assesseur 1^{er} cycle stages hospitaliers**
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALLAIN Géraldine, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (*en mission 1 an à/c 01/11/2022*)
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (**en détachement**)
- BILAN Frédéric, génétique
- BRUNET Kévin, parasitologie et mycologie
- CAYSSIALS Emilie, hématologie
- CREMNITER Julie, bactériologie-virologie
- DIAZ Véronique, physiologie – **Référente relations internationales**
- EGLOFF Matthieu, histologie, embryologie et cytogénétique
- EVARD Camille, cancérologie
- GACHON Bertrand, gynécologie-obstétrique (*en dispo 2 ans à/c du 31/07/2022*)
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie (*absente jusqu'au 29/12/2023*)
- GUENEZAN Jérémy, médecine d'urgence
- HARIKA-GERMANEAU Ghina, psychiatrie d'adultes
- JAVAGUE Vincent, néphrologie
- JUTANT Etienne-Marie, pneumologie
- KERFORNE Thomas, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire (*en mission 1 an à/c 01/11/2022*)
- LAFAY-CHEBASSIER Claire, pharmacologie clinique
- LIUU Evelyne, gériatrie – **assesseur 1^{er} cycle stages hospitaliers**
- MARTIN Mickaël, médecine interne – **Assesseur 2nd cycle**
- MASSON REGNAULT Marie, dermato-vénéréologie
- PALAZZO Paola, neurologie (*en dispo 5 ans à/c du 01/07/2020*)
- PICHON Maxime, bactériologie-virologie
- PIZZOFERRATO Anne-Cécile, gynécologie-obstétrique

- RANDRIAN Violaine, gastro-entérologie, hépatologie
- SAPANET Michel, médecine légale
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire
- VALLEE Maxime, urologie

Maître de Conférences des universités de médecine générale

- MIGNOT Stéphanie

Professeur associé des universités des disciplines médicales

- FRAT Jean-Pierre, médecine intensive-réanimation

Professeur associé des universités des disciplines odontologiques

- FLORENTIN Franck, réhabilitation orale

Professeurs associés de médecine générale

- ARCHAMBAULT Pierrick
- AUDIER Pascal
- BIRAULT François
- BRABANT Yann
- FRECHE Bernard

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Régis
- BONNET Christophe
- DU BREUILLAC Jean
- FORGEOT Raphaële
- JEDAT Vincent

Professeurs émérites

- BINDER Philippe, médecine générale (08/2028)
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie (08/2028)
- GIL Roger, neurologie (08/2026)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2026)
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale (08/2025)
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire (08/2028)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (08/2026)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2024)
- ROBERT René, médecine intensive-réanimation (30/11/2024)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2026)

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
- 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
- CARRETIER Michel, chirurgie viscérale et digestive (ex-émérite)
- CASTEL Olivier, 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
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- 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)
- GILBERT-DUSSARDIER Brigitte, génétique
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- HERPIN Daniel, cardiologie (ex-émérite)
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie viscérale et digestive
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (ex-émérite)
- 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
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (ex-émérite)
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

SECTION PHARMACIE

Professeurs des universités-praticiens hospitaliers

- DUPUIS Antoine, pharmacie clinique – **Assesseur pédagogique pharmacie**
- FOUCHER Yohann, biostatistiques
- GREGOIRE Nicolas, pharmacologie et pharmacométrie
- MARCHAND Sandrine, pharmacologie, pharmacocinétique
- RAGOT Stéphanie, santé publique

Professeurs des universités

- BODET Charles, microbiologie
- CARATO Pascal, chimie thérapeutique
- FAUCONNEAU Bernard, toxicologie
- FAVOT-LAForge Laure, biologie cellulaire et moléculaire
- GUILLARD Jérôme, pharmacochimie
- IMBERT Christine, parasitologie et mycologie médicale
- OLIVIER Jean-Christophe, pharmacie galénique, biopharmacie et pharmacie industrielle – **réfèrent relations internationales**
- PAGE Guylène, biologie cellulaire, biothérapeutiques
- PAIN Stéphanie, toxicologie
- SARROUILHE Denis, physiologie humaine – **Directeur de la section pharmacie**

Maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers

- BARRA Anne, immuno-hématologie
- BINSON Guillaume, pharmacie clinique – **encadrement stages hospitaliers**
- THEVENOT Sarah, hygiène, hydrologie et environnement – **encadrement stages hospitaliers**

Maîtres de conférences

- BARRIER Laurence, biochimie générale et clinique
- BON Delphine, biophysique
- BRILLAUD Julien, pharmacocinétique, biopharmacie
- BUYCK Julien, microbiologie (HDR)
- CHAUZY Alexia, pharmacologie fondamentale et thérapeutique
- DEBORDE-DELAGE Marie, chimie analytique
- DELAGE Jacques, biomathématiques, biophysique
- GIRARDOT Marion, biologie végétale et pharmacognosie
- INGRAND Sabrina, toxicologie
- MARIVINGT-MOUNIR Cécile, pharmacochimie (HDR)
- PINET Caroline, physiologie, anatomie humaine
- RIOUX-BILAN Agnès, biochimie – **Référente CNAES – Responsable du dispositif COME'in – référente égalité-diversité**
- TEWES Frédéric, chimie et pharmacotechnie (HDR)
- THOREAU Vincent, biologie cellulaire et moléculaire
- WAHL Anne, phytothérapie, herborisation, aromathérapie

Maîtres de conférences associés - officine

- DELOFFRE Clément, pharmacien
- ELIOT Guillaume, pharmacien
- HOUNKANLIN Lydwin, pharmacien

A.T.E.R. (attaché temporaire d'enseignement et de recherche)

- ARANZANA-CLIMENT Vincent, pharmacologie
- KAOUAH Zahyra, bactériologie
- MOLINA PENA Rodolfo, pharmacie galénique

Professeur émérite

- COUET William, pharmacie clinique (08/2028)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- BARTHES Danièle, chimie analytique (directrice honoraire)
- BAUDRY Michel, physiologie (directeur honoraire)
- BOURIANNES Joëlle, physiologie
- BRISSON Anne-Marie, chimie thérapeutique-pharmacocinétique
- COURTOIS Philippe, pharmacie clinique-pharmacodynamie (directeur honoraire)
- DE SCHEEMAEKER Henri, botanique et cryptogamie
- FOURTILLAN Jean-Bernard, pharmacologie et pharmacocinétique
- GIRAUD Jean-Jacques, chimie analytique
- GUERIN René, biophysique
- HERISSE Jacques, biologie moléculaire
- HUSSAIN Didja, pharmacie galénique
- JANVIER Blandine, bactériologie, virologie et parasitologie
- JOUANNETAUD Marie-Paule, chimie thérapeutique (directrice honoraire)
- LEVESQUE Joël, pharmacognosie
- MAISSIAT Renée, biologie cellulaire et moléculaire
- METTEY Yvette, chimie organique
- PARIAT Claudine, pharmacodynamie
- RABOUAN Sylvie, chimie physique, chimie analytique
- SEGUIN François, biophysique, biomathématiques (directeur honoraire)
- VANTELON Nadine, biochimie
- VIOSSAT Bernard, chimie générale et minérale

CENTRE DE FORMATION UNIVERSITAIRE EN ORTHOPHONIE (C.F.U.O.)

- GICQUEL Ludovic, PU-PH, **directeur du C.F.U.O.**
- VERON-DELOR Lauriane, maître de conférences en psychologie

ENSEIGNEMENT DE L'ANGLAIS

- DEBAIL Didier, professeur certifié

CORRESPONDANTS HANDICAP

- Pr PERDRISOT Rémy, section médecine
- Dr RIOUX-BILAN Agnès, section pharmacie

REMERCIEMENTS

Au président du jury,

Monsieur le Professeur Laurent MACCHI, vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse. Veuillez recevoir l'expression de mon profond respect et de ma sincère gratitude.

Au jury,

Monsieur le Docteur Pierrick ARCHAMBAULT, vous me faites l'honneur de participer au jury de cette thèse. Je vous remercie sincèrement et vous assure l'expression de ma considération distinguée.

Au jury et ami,

Monsieur le Docteur Pierre-Henri CARTIER, tu me fais l'honneur de juger ce travail mais aussi d'être présent lors de cet événement important de mes études que j'ai partagées avec toi en stage aux urgences. Je te remercie pour les bons moments passés ensemble au travail et surtout en dehors, lors de nos séances de sport. Je te remercie d'avoir accepté d'être jury de cette thèse.

Au jury et directeur de thèse,

Monsieur le Professeur François BIRAULT, je vous remercie de m'avoir confié ce sujet et de m'avoir accompagné et dirigé sur ces derniers mois. Merci d'avoir pris de votre temps pour que je puisse réaliser ce travail. Veuillez trouver dans ce travail toute l'expression de ma reconnaissance.

A tous les étudiants ayant répondu aux questionnaires,

Merci d'avoir pris le temps et de permettre à ce travail d'exister, en espérant qu'il puisse aider de nombreux patients, étudiants en situation de souffrance.

REMERCIEMENTS PERSONNELS

A ma famille,

Merci de m'avoir épaulé et guidé durant ces nombreuses années d'études. Le chemin n'a pas été de tout repos, mais il aurait été impossible sans vous. A mes parents, merci à ma mère pour son soutien sans faille, merci à mon père pour sa pleine confiance depuis les tout débuts. Merci à mes grands-parents, d'avoir été présent à chaque étape de ma vie. Merci à Manon et Mekki pour leur soutien. Enfin, merci À Khadija, Houari et Yacine de m'avoir accepté dans leur foyer pendant de longs mois de révision.

A mes amis bordelais,

Merci à toi Killian, tu m'accompagnes depuis presque vingt ans, je me souviens de mes victoires en conquêtes galactiques (si, si) pendant des nuits sans fin au collège, puis merci à toi Stephen qui m'a donné le goût de la musique, je n'oublierai jamais nos soirées de mélomane. A ces amitiés que j'ai construites à la faculté Fredo et Sarah, Thomas et Laura, Gauthier, parfois le temps nous manque pour se voir mais je vous remercie de pouvoir profiter de chaque instant passé ensemble. Raph, Arnaud et Thib merci de lâcher la scar dorée, et surtout merci de rester comme vous êtes. Quentin et Louis mes lascars préférés. Merci à Marine, Stephou, Lucas, Manon que je vois peu mais que je n'oublie pas. Merci aussi à Jérémie, Raphie, Pierre, Hélène, Antoine, Rémi, Manon, Léa. Amitiés bordelaises qui se sont sublimées à Poitiers.

A mes amis Poitevins,

Merci à vous d'avoir fait de ce changement d'air, une aventure merveilleuse. A Helena pour ta folie. A Alice et Clem, le couple royal qui forment une famille magnifique avec l'arrivée de petit Paul que j'ai grande hâte de rencontrer, merci à Thomas qui nous manque beaucoup trop et à Anna, je te souhaite de garder ton âme créatrice car l'art aide à vivre. A Babou et Antoine pour votre joie de vivre. A Stess et Polo les rois de la night. A Théo et tes belles moustaches. A Crousti pour sa folie. A MAC et petit DD pour toutes ces fioles bleues à la taverne. Je remercie aussi tous ceux qui ont été présent pendant cette période marquante de ma vie que j'ai passé pendant six mois à l'internat d'Angoulême. Merci à Alex mon zebi, qui part voir le monde avec sa chère Alice, A JP mon Zin et Pascale futurs parents, Auriane et Toto, DaddyChoc, Gauthier, Robin, Charles, Cécé, Mathou, Chloé.

Merci à Fafou,

Si j'aime autant la pédiatrie, tu y es aussi pour quelque chose. Merci d'avoir été là même dans les moments difficiles.

A ma famille de Grand'Rue,

Raphaëlle pour ton sourire et ton enthousiasme à toutes épreuves, à Adri mon frerot, je suis honoré d'être le témoin de ton engagement pour Raph, mais surtout de partager les Red hot et Luis Miguel avec toi. Le meilleur reste à venir.

A la 'tite Ju, qui a un cœur énorme sur la main, mais qui devient toute rouge après un verre de vin. A Dédé, mon frère ludiste émérite collé à mon canapé. Hâte de voir ce que l'avenir nous réserve.

A Nora,

Merci à toi, d'avoir été ce pilier imperturbable auquel j'ai pu m'appuyer durant tant d'épreuves, merci d'être forte, mais aussi pour ta douceur, ta compréhension. Merci de pouvoir me permettre de tout partager avec toi. Je t'aime pour tout ça mais aussi pour tout ce que je ne peux pas exprimer. Je t'aime aussi pour avant et pour après.

A Ondine, ma petite boule de poils noirs.

Table des matières

LISTE DES ABREVIATIONS	10
1 - INTRODUCTION	11
1.1 Le Trouble de stress post-traumatique (TSPT ou PTSD)	11
1.1.1 Histoire	11
1.1.2 Définition	11
1.1.3 Prévalence du TSPT	12
1.2. Les schémas précoces inadaptés (SPI)	13
1.2.1 Définition	13
1.2.2 Lien entre SPI et trouble de stress post-traumatique dans la littérature	14
1.2.3 Les schémas précoces chez les étudiants	15
2 - METHODE.....	16
2.1 Conception de l'étude.....	17
2.2 Population étudiée	17
2.2.1 Population cible.....	17
2.2.2 Critères d'inclusion	17
2.2.3 Critères de non-inclusion.....	17
2.3 Préparation de l'étude	18
2.4 Élaboration du questionnaire d'étude.....	18
2.5 Distribution et communication autour du questionnaire.....	19
2.6 Analyse des universités participantes	20
2.7 Échelles utilisées.....	21
2.7.1 Le Life Events Checklist for DSM-5 (LEC-5)	21
2.7.2 Le Peritraumatic Distress Inventory (PDI).....	21
2.7.3 Le Post Traumatic Growth Inventory (PTGI).....	22
2.7.4 Le PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5)	22
2.7.5 Le questionnaire des schémas précoces inadapté (SPI) de Young (YSQ-3S3)	23
2.8 Analyses statistiques.....	23
3 - RESULTATS	24
3.1 Universités participantes	24
3.2 Effectif total.....	24
3.3 Caractéristiques de l'échantillon étudié	25
3.4 Trouble de stress post-traumatique chez les étudiants.....	26
3.5 SPI chez les étudiants.....	27
3.6 Troubles de stress post-traumatique et SPI chez les étudiants	29
4 - DISCUSSION.....	36

4.1 Résumé des résultats	36
4.1.1 Objectif principal	36
4.1.2 Objectif secondaire	36
4.2 Principaux biais.....	37
4.2.1 Biais de sélection	37
4.2.2 Biais de classement	37
4.2.3 Biais de confusion.....	38
4.3 Limites de l'étude	38
4.4 Analyse des résultats	39
4.5 Perspective	42
5 - CONCLUSION	44
6 – BIBLIOGRAPHIE.....	45
7 – ANNEXE.....	48
RESUME ET MOTS CLES.....	73

LISTE DES ABREVIATIONS

BO : Burn Out

CER : Comité d'Éthique pour les Recherches

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique

DSM : Diagnostic and Statistical Manual

ENT : Espace Numérique de Travail

LAS : Licence avec option Accès Santé

LEC-5: Life Event Checklist for DSM-5

NVVRs: National Vietnam Veterans Readjustment Survey

PACES : Première Année Communes aux Études de Santé

PASS : Parcours Accès Santé Spécifique

PCL-5 : PTSD Checklist for DSM-5

PDI: Peritraumatic Distress Inventory

PTGI: Post Traumatic Growth Inventory

PTSD: Post Traumatic Stress Disorder

PTSDBO2: Post Traumatic Stress Disorder and Burn Out 2

SPI : Schémas de Précoces Inadaptés

TSPT : Trouble de Stress Post-Traumatique

YSQ-SQ3 : Young's Schema Questionnaire, 3eme version courte

1 - INTRODUCTION

1.1 Le Trouble de stress post-traumatique (TSPT ou PTSD)

1.1.1 Histoire

Hérodote est l'un des premiers à décrire les effets d'un choc psychologique chez un soldat athénien, vers 450 av. J.-C. Il s'agit de la première description d'un cas de conversion hystérique, survenu durant un combat et ayant persisté par la suite de façon chronique. (1)

Mais c'est en 1889 que le neurologue allemand Herman Oppenheim décrit pour la première fois le terme de « **névrose traumatique** ». Entité qui a été reprise suite à l'étude des symptômes fonctionnels présentés par des accidentés ou témoins d'accident de travail chez les travailleurs de chemin de fer. (2)

C'est après la Première Guerre mondiale, que les symptômes des **anciens combattants** seront décrits, on parle alors de « **shellshock** » (Jones, 2006) ou « **peur des tranchées** » (3) caractérisés par des tremblements incontrôlés, des vomissements incontrôlables, de violentes « contractures », ou encore de syndromes de folie inconnus (4).

Ce n'est qu'après la **guerre du Vietnam** que la recherche va s'accélérer en réponse aux nombreux anciens combattants souffrant de problèmes psychologiques chroniques ; ceux-ci responsables de **dysfonctionnements sociaux et professionnels** (5). L'étude « **National Vietnam Veterans Readjustment Survey** » (NVVRS) a été l'une des premières études à grande échelle visant à examiner le trouble de stress post-traumatique (TSPT) et d'autres problèmes psychologiques liés au combat chez une population de vétérans (Kulka, 1990). Elle a aidé à mettre en lumière le TSPT en tant que blessure caractéristique de la guerre du Vietnam et a abouti à une plus grande reconnaissance du TSPT en tant que trouble de santé mentale. (6)

1.1.2 Définition

En 2013, le diagnostic lui-même a été mis à jour avec le DSM-V (Annexe 1) et est passé d'un trouble anxieux à une nouvelle catégorie de **troubles associés à un traumatisme**.

Cela a été fait en partie pour fournir un diagnostic mis à jour, représentant la pathologie sous-jacente de la maladie et pour la différencier davantage des troubles anxieux et dépressifs avec lesquels elle partage une certaine symptomatologie.

À l'heure actuelle, pour avoir un diagnostic de TSPT, une personne **doit avoir subi une exposition à un traumatisme important** qui a causé une **altération importante de la fonction professionnelle et sociale pendant plus d'un mois**.

On parle de stress aigu lorsque l'exposition est plus récente (3 jours à 1 mois).

Les symptômes doivent inclure un symptôme intrusif, un symptôme d'évitement, deux altérations négatives de la cognition ou de l'humeur liées au traumatisme et deux symptômes d'altérations de l'éveil et de la réactivité.

Le TSPT peut s'accompagner de symptômes dissociatifs tels que la dépersonnalisation et/ou la déréalisation.

1.1.3 Prévalence du TSPT

Une étude de 2016 rapporte que 70% de la population mondiale a été témoin d'une situation vécue comme traumatisante. (7) La prévalence au cours de la vie du trouble du TSPT varie de 6,1 à 9,2 % dans la population adulte générale aux États-Unis et au Canada (8), (9),

Des taux plus élevés de TSPT ont été trouvés dans des sous-groupes de population aux États-Unis par rapport à la population générale des États-Unis, (Amérindiens, réfugiés) avec un taux de TSPT jusqu'à 1,4 fois supérieur. (10)

Une étude récente de 2017 réalisée sur 26 pays du monde montre une prévalence du TSPT de **3,9 % dans l'échantillon total et de 5,6 % parmi les sujets exposés à un traumatisme**. La moitié des répondants atteints de TSPT ont signalé des symptômes persistants. Le désavantage social, y compris le jeune âge, le sexe féminin, le fait d'être célibataire, d'être moins instruit, d'avoir un revenu familial plus faible et d'être au chômage, était associé à un risque accru de TPST parmi les traumatisés exposés. (11)

Concernant les étudiants une étude américaine retrouve que 70% des étudiants déclarent avoir vécu au moins un événement potentiellement traumatique et parmi eux **34,4 % présentent un ou plusieurs critères associés aux TSPT**. Le sexe féminin, des symptômes dépressifs et anxieux plus élevés et le nombre de d'expositions à des événements traumatisants étaient positivement associés aux symptômes du TSPT. (12)

Chez les étudiants en santé parmi 1 134 internes américains au 12^{ème} mois de leurs études 640 (56,4 %) ont déclaré avoir été exposés à des traumatismes liés au travail, parmi eux, 123 (19,0 %) ont été dépistés positifs pour le TSPT. (13)

On note cependant que le TSPT reste une pathologie dont le **diagnostic est difficile** et **parfois sous diagnostiqué** ce qui peut sous évaluer la prévalence de cette maladie.

Le trouble de stress post-traumatique est associé à divers **effets néfastes sur la santé mentale et physique**. Les personnes atteintes de TSPT courent un risque accru de développer des troubles psychiatriques, des dépendances et des troubles anxieux, ainsi qu'une augmentation du risque de suicide. (14)

1.2. Les schémas précoces inadaptés (SPI)

1.2.1 Définition

L'approche de psychothérapie axée sur les schémas dit schémathérapie s'inspire de la **notion théorique de schéma** telle qu'utilisée dans le domaine de la psychologie du développement cognitif et décrit par **Jeffrey E. Young** en 1990.

On définit un schéma comme étant un **patron de pensées** imposé à la réalité par le cerveau humain afin de catégoriser rapidement des informations de tous genres et afin de nous permettre d'expliquer nos perceptions, de guider les réponses à notre environnement et de résoudre des problèmes de manière efficace.

Ces schémas **se forment dans l'enfance et l'adolescence**, à la suite des réponses plus ou moins adaptées aux besoins affectifs fondamentaux de la personne ; par ses figures d'attachement, elle développe des schémas. **Lorsque ses schémas sont dysfonctionnels, on les nomme schémas précoces inadaptés (SPI)**. (15)

Les SPI s'enrichissent et évoluent tout au long de la vie, mais si un SPI semble surgir de nulle part, c'est qu'il y en avait déjà un préexistant mais non activé ou camouflé par une stratégie d'adaptation

Il existe 18 SPI qui sont catégorisés en cinq familles de SPI (Annexe 2) :

- **Carence du lien d'attachement** : *Manque affectif ⁽¹⁾, Abandon/Instabilité ⁽²⁾, Méfiance/Abus ⁽³⁾, Isolement social ⁽⁴⁾, Imperfection/Honte ⁽⁵⁾*
- **Manque d'autonomie et de performance** : *Échec ⁽⁶⁾, Dépendance/Incompétence ⁽⁷⁾, peur du danger ⁽⁸⁾, Fusionnement/Personnalité atrophiée ⁽⁹⁾*
- **Manque de limites** : *Droits personnels exagérés ⁽¹⁴⁾, Contrôle de soi/Autodiscipline insuffisante ⁽¹⁵⁾.*
- **Dépendance aux autres** : *Assujettissement ⁽¹⁰⁾, Abnégation ⁽¹¹⁾, Recherche d'approbation/Reconnaissance ⁽¹⁶⁾*
- **Hypervigilance/l'inhibition** : *Surcontrôle émotionnel ⁽¹²⁾, Idéaux exigeants ⁽¹³⁾, Négativité/Pessimisme ⁽¹⁷⁾, Puniton ⁽¹⁸⁾*

Lorsque ces patterns dysfonctionnels sont présents chez le sujet, ils sont qualifiés d'«**activés**». Cette activation se définit grâce au *Young Schema Questionnaire (YSQ)* (Annexe 3). Ces SPI émergent lorsque les besoins affectifs fondamentaux du sujet ne sont pas comblés. Généralement développés durant l'enfance et l'adolescence, puis consolidés à l'âge adulte par des expériences négatives qui alimentent le schéma. Leur apparition est favorisée par le tempérament et lié à un dysfonctionnement significatif dans la vie sociale, professionnelle ou familiale du patient. (16)

Dans la **schémathérapie**, on considère que lorsqu'une personne se trouve confrontée à une situation qui réactive le ressenti de situations douloureuses précoces, elle va adopter des attitudes qui vont la maintenir dans ses SPI. Elle pourra avoir 3 types d'attitudes :

- La soumission : La personne accepte que le schéma soit vrai et ressent directement la souffrance liée au SPI
- L'évitement : elle tentera d'organiser sa vie de façon à éviter un maximum les situations où le SPI pourrait se réactiver
- La compensation : la personne va contrer le schéma en ayant des comportements et pensées allant à l'opposé de celui-ci afin d'en neutraliser les émotions

La réponse à cette activation lors de l'enfance est une sorte de mécanismes de survie. Quand la personne grandit, ces mécanismes d'adaptation appelées stratégies précoces inadéquates, maintiennent la personne dans son SPI. (17)

De nombreuses études ont permis de montrer le **lien entre l'activation de certains SPI et certaines pathologies**, notamment la **dépression** (18), les **troubles bipolaires** (19,20), **l'anxiété** (21), mais aussi certaines **conduites à risque et addictions** (22,23).

1.2.2 Lien entre SPI et trouble de stress post-traumatique dans la littérature

Les schémas précoces inadéquates sont fréquemment **corrélés à la survenue de TSPT** chez des personnes ayant subi un événement pouvant être vécu comme traumatisant. Il a été constaté que les survivants de traumatismes affichaient des **scores SPI plus élevés**. Il a également été constaté que des niveaux élevés de SPI étaient associés à un **stress traumatique plus sévère** et à d'autres types de psychopathologies, à une **dissociation plus sévère** et à une **moindre estime de soi**. (24) Ces schémas sont différents en fonction du traumatisme vécu.

Ainsi dans une étude un lien significatif entre l'intensité du TSPT et le nombre de SPI a été retrouvé chez les toxicomanes. Avec le SPI *isolement* ⁽⁴⁾ comme étant un facteur de maintien du trouble addictif. (25)

Chez les surveillants de prisons atteints de TSPT, la présence de SPI activé est plus élevée que chez les surveillants sans TSPT. Le SPI *Méfiance/Abus* ⁽³⁾, étant particulièrement plus activé dans cette population. (26)

Des résultats similaires sont retrouvés chez les anciens combattants ayant un TSPT. L'étude mesure l'intensité des TSPT, de l'anxiété et de la dépression avant et après thérapies axées sur les schémas. On y retrouve une diminution significative de ces facteurs après traitement. Parmi les SPI, la *Peur du danger* ⁽⁸⁾ et le *Surcontrôle émotionnel* ⁽¹²⁾ y sont plus représentés. (27)

Ainsi, les études suggèrent qu'un **traumatisme** peut être plus souvent à **l'origine d'un TSPT** si un **SPI est activé**. De plus, certains SPI activés sont **plus représentés** dans certaines populations confrontées à **certains types de traumatisme**.

1.2.3 Les schémas précoces chez les étudiants

Peu d'études s'intéressent au sujet, cependant une étude de 2008 (28) menée sur une petite population d'étudiants en psychologie montre que le nombre de SPI activés est plus important chez les étudiants de première année, et il semble que les schémas précoces inadaptés évoluent et deviennent moins importants au cours du cursus universitaire.

Dans le cadre de **l'étude PTSDBO2**, effectuée à l'Université de Poitiers il a été mis en évidence quatre schémas précoces inadaptés particulièrement représentés chez l'ensemble des étudiants : *Abnégation* ⁽¹¹⁾, *Surcontrôle émotionnel* ⁽¹²⁾, *Idéaux exigeants* ⁽¹³⁾ et *Négativité/Pessimisme* ⁽¹⁷⁾. Ces schémas laissent penser qu'ils jouent un rôle dans le parcours vers les études supérieures. Le schéma *Punition* ⁽¹⁸⁾ est lui plus représenté chez les étudiants en santé, qui correspondrait à l'absence de droit à l'erreur ressentie par les professionnels de santé. (29)

À la suite de ces travaux, l'étude a donc été étendue à l'ensemble des étudiants français. Les recherches de C. Trarieux et S. Hascouet ont pu montrer un lien entre le nombre de SPI activés et les symptômes de **burnout**, avec une moyenne d'épuisement émotionnel, académique, et de cynisme plus élevé. Certains sont même corrélés avec une moyenne d'épuisement émotionnel sévère, notamment chez les étudiants en filière de soin. (30) (31)

Ainsi pendant la période des études supérieures qui peut être exigeante, stressante, et qui peut être l'occasion de vivre des situations difficiles voir traumatisantes (stress, précarité, isolement). Il est intéressant d'étudier si les étudiants qui activent des SPI sont plus à risque de présenter des symptômes de TSPT.

- **L'objectif principal** de cette étude sera donc de mettre en évidence le lien entre les schémas précoces inadaptés et la présence d'un trouble de stress post-traumatique chez les étudiants des universités françaises.

- **L'objectif secondaire** sera de mettre en évidence le lien entre les différents schémas précoces inadaptés, la détresse péri-traumatique et la capacité de rebond après un traumatisme chez les étudiants français. Puis d'observer les différences entre les filières soignantes et non soignantes.

2 - METHODE

2.1 Conception de l'étude

Ce travail fait partie d'une recherche plus globale sur la santé mentale des étudiants. Le groupe de thèse **PTSDBO2** travaille sur les thèmes du burnout (BO), des Schémas Précoces Inadaptés (SPI), du trouble de stress post-traumatique (TSPT) et de l'Empathie. Nous souhaitons, grâce à la multiplication de nos travaux, préciser le lien entre chaque notion. Notre objectif est d'obtenir une vue globale sur la **question de la santé mentale des étudiants** pour participer à sa prévention et sa prise en charge. Ce travail sur les étudiants universitaires de France est réalisé dans la continuité d'une étude pilote locale sur les étudiants de l'université de Poitiers

Le projet PTSDBO2 est composé d'une **étude expérimentale transversale multicentrique**, matière d'étude de plusieurs thèses, et de plusieurs revues de la littérature.

2.2 Population étudiée

2.2.1 Population cible

Notre population cible concerne la totalité des **étudiants des Universités françaises** représentant 1 675 500 étudiants selon le rapport du ministère de la Santé pour l'année 2020-2021 (32)

2.2.2 Critères d'inclusion

- La population étudiée inclut les étudiants universitaires majeurs.
- Les étudiants possédant une adresse mail universitaire.
- Les étudiants répondant à l'ensemble des questionnaires psychométriques.
- Les étudiants se déclarant de sexe masculin ou féminin.

2.2.3 Critères de non-inclusion

- La population étudiée n'inclus pas les étudiants ne possédant pas une adresse mail accessible via ENT (Espace Numérique de Travail).
- Les étudiants ne répondant pas à l'ensemble des questionnaires.

- Les étudiants mineurs.
- Les étudiants se déclarant non binares.

2.3 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*) (Annexe 4) en présentant un protocole 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 ».

Puis nous avons obtenu l'accord du CER de Tours-Poitiers (*Comité d'Ethique pour les Recherches impliquant la personne humaine des universités de Tours et Poitiers*) sous le numéro de traitement affecté 202030 (Annexe 5).

Une première étape de l'étude PTSDBO2 a permis de réaliser une étude préliminaire auprès des étudiants de l'Université de Poitiers sur la période du 26 février au 19 mars 2021. Il y avait 2543 étudiants répondeurs.

Ces résultats ont justifié la poursuite de cette étude sur l'ensemble des étudiants français dans le but de permettre la mise en place de mesures de prévention et d'un dépistage précoce.

2.4 Élaboration du questionnaire d'étude

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

- Maslach Burnout Inventory* (MBI)
- Maslach Burnout Inventory - Student Survey* (MBI - SS)
- Interpersonal reactivity index* (IRI)
- Big Five Inventory* (BFI)
- Young's Schema Questionnaire, 3ème version courte* (YSQ-S3) (Annexe 3)
- Life Event Checklist for DSM 5* (LEC 5) (Annexe 6)
- Posttraumatic stress disorder CheckList for DSM 5* (PCL5) (Annexe 7)
- Peritraumatic Distress Inventory* (PDI) (Annexe 8)
- Post Traumatic Growth Inventory* (PTGI) (Annexe 9)

Les caractéristiques populationnelles contiennent un intitulé « *filière d'étude* » regroupé en catégories dans le but d'être le plus exhaustif possible tout en permettant d'avoir une population suffisamment importante dans chaque filière. Ces catégories ont été déterminées lors d'une réunion du groupe PTSDBO2 se basant sur les différentes formations possibles à l'université de Poitiers.

Nous avons ensuite mis en forme ces questionnaires et réalisé les premiers sur une plateforme test par les étudiants du groupe de thèse et nos amis. Cette étape a permis l'amélioration progressive des questionnaires à la suite de nombreux essais, puis la mise en forme sur la plateforme finale sécurisée LIMESURVEY destinée au remplissage des questionnaires par les étudiants de l'université de Poitiers

2.5 Distribution et communication autour du questionnaire

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

- D'un e-mail accompagnant le questionnaire pour les présidents d'universités, les doyens de facultés et pour les étudiants avec l'utilisation du tutoiement et d'un langage dynamique pour ces derniers (Annexe 10).
- D'un site web hébergé 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 e-mail dédiée pour les questions des étudiants : **ptsdbo2@gmail.com** puis **thesesantefrance@gmail.com**
- D'une communication sur les réseaux sociaux de différentes promotions universitaires et réseaux étudiants à échelle nationale (Annexe 12).

A la suite du questionnaire, les étudiants ont été dirigés vers notre site web, où ils ont eu accès à des informations supplémentaires, des documents d'aide à l'interprétation de leurs réponses, ainsi que des coordonnées pour obtenir une assistance psychologique en cas de besoin. Par le biais d'échanges de mails avec les étudiants, nous avons également pu leur offrir une assistance pour comprendre leurs résultats et leur fournir des références pour un soutien psychologique. Nous avons en effet reçu des demandes de soutien par e-mail de la part des étudiants, adressées aux docteurs BIRAULT François et JAAFARI Nematollah.

Nous avons distribué les questionnaires par mail via les boîtes mails universitaires, celui-ci contenait une présentation du projet et un lien pour accéder au questionnaire en ligne. L'envoi du mail a été réalisé par l'intermédiaire des présidents d'universités, des doyens de facultés, des services de prévention de santé universitaires et d'associations étudiantes sur décision propre des universités. (Annexe 11)

Dans le même temps, membres de PTSDBO2, nous avons réalisé une diffusion du questionnaire sur les réseaux sociaux Facebook et Twitter où sont présents de nombreux étudiants, souvent regroupés par promotion universitaire et par groupes où sont admis des étudiants de la France entière.

Néanmoins, une partie de la diffusion résultant d'un effet boule de neige, des partages d'étudiants vers d'autres ont été réalisés, ce qui ne nous permet pas d'être exhaustif dans tous les moyens de diffusion utilisés.

Nous avons activé le questionnaire avec une surveillance régulière des résultats sur la période du 26 février 2021 au 11 Janvier 2022. Durant la période juin-juillet-août 2021, correspondant aux congés des étudiants, le nombre de réponses a été faible.

2.6 Analyse des universités participantes

Soixante-quatorze (74) universités françaises ont été invitées à participer à l'étude PTSDBO2.

Dans un premier temps, un mail a été envoyé, le 25 août 2022, à tous les présidents universitaires

Dans un second temps, avec les étudiants autres investigateurs de l'étude PTSDBO2, nous sommes répartis les universités pour réaliser une communication personnalisée par mail et téléphone jusqu'à obtention d'une diffusion ou d'un refus de diffusion pour chaque université. Le suivi de cette communication a été tracé sur un tableau accessible par tous les membres du groupe sur un drive et mis à jour régulièrement

Nous avons recueilli sur ce même outil le relevé systématique des universités participantes / non participantes ainsi que les motifs de non-diffusion. Nous étions sept membres de PTSDBO2 à assurer la communication auprès des universités, avec un nombre variable d'universités attribuées à chaque membre (deux à dix-huit).

Pour les universités participantes avec des taux de réponse très faibles, nous avons effectué des rappels téléphoniques réguliers afin de clarifier la modalité de diffusion du questionnaire.

2.7 Échelles utilisées

2.7.1 Le Life Events Checklist for DSM-5 (LEC-5)

Le LEC-5 (annexe 6) est un auto-questionnaire recherchant les **événements traumatiques** survenus dans la vie de l'étudiant.

Il est composé de 16 événements connus pour potentiellement entraîner un trouble de stress post traumatique (TSPT) auxquels s'ajoute un item libre permettant de mentionner d'autres événements traumatisants non répertoriés dans les 16 premiers items.

Pour chaque item une à plusieurs réponses peuvent être données parmi 6 choix :

1 « Cela m'est arrivé », 2 « j'en ai été témoin », 3 « je l'ai appris », 4 « fait partie de mon travail », 5 « incertain », 6 « ne s'applique pas à moi ».

Il n'existe **pas de score pour le LEC-5**, il s'agit d'un questionnaire d'identification d'événement potentiellement traumatisant.

Si l'événement traumatique date de **moins d'un mois**, l'étudiant sera amené à remplir le questionnaire **Peritraumatic Distress Inventory (PDI)** et le **Post Traumatic Growth Inventory (PTGI)**.

Si l'événement date de **plus d'un mois**, l'étudiant sera amené à remplir le **PDI** le **PTGI** et le **PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5)**.

2.7.2 Le Peritraumatic Distress Inventory (PDI)

Le PDI (annexe 7) est un auto-questionnaire, validé dans sa version française, utilisé pour déterminer **les réactions de détresse émotionnelle** d'un individu **pendant un événement traumatique et dans les heures qui suivent**.

Il est composé de 13 items cotés de 0 (pas du tout vrai) à 4 (extrêmement vrai). La somme de tous les items permet d'obtenir le score total.

Un score supérieur ou égal à 15 indique une détresse significative.

Les personnes présentant un score élevé ont **plus de risque de développer un syndrome de stress post-traumatique (PTSD)**.

2.7.3 Le Post Traumatic Growth Inventory (PTGI)

Le PTGI (Annexe 8) est un auto-questionnaire validé dans sa version française, utilisé pour **évaluer les changements positifs** survenus après un événement traumatique selon 5 grands axes :

- La relation aux autres
- Les nouvelles possibilités
- La force personnelle
- Le changement spirituel
- L'appréciation de la vie

Il est composé de 21 items avec 6 réponses allant de 0 « je ne ressent pas de changement » à 5 « je ressens ce changement à un degré élevé ».

Le score est la somme de tous les items avec un maximum de 105 points.

Il n'y a pas de valeur seuil.

2.7.4 Le PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5)

Le PCL-5 (Annexe 1) est un auto-questionnaire validé dans sa version française, permettant le **suivi des patients présentant un TSPT, le dépistage du TSPT** et établissant un **diagnostic provisoire du TSPT**.

Il est utilisé dans le cadre de notre étude pour dépister les étudiants présentant un **potentiel TSPT**.

L'étudiant doit répondre à la question, « Dans le dernier mois, dans quelle mesure avez-vous été affecté par » pour 20 items coté de 0 « Pas du tout » à 4 « extrêmement »

Le score total est obtenu en additionnant le score de chacun des 20 items, pour un maximum de 80.

Un seuil de 33 ou plus peut suggérer la présence d'un TSPT.

2.7.5 Le questionnaire des schémas précoces inadaptés (SPI) de Young (YSQ-S3)

Il s'agit d'un questionnaire composé de 90 items (Annexe 3) validé dans sa version française, pour lesquels les étudiants doivent donner une note allant de 1 « cela est complètement faux pour moi » à 6 « me décrit parfaitement ».

Il permet de **définir 18 schémas précoces inadaptés** rentrant dans le cadre de **5 grands domaines**.

2.8 Analyses statistiques

L'analyse et l'interprétation des données ont été réalisées avec l'expertise de **Nelly GOUTAUDIER** (Maître de Conférences - Département de Psychologie – Université de Poitiers). Nous avons utilisé **le test de Student** afin de comparer les différentes moyennes des test utilisés à l'aide du logiciel STATISTICA.

3 - RESULTATS

3.1 Universités participantes

Vingt-deux universités sur soixante-quatorze ont déclaré avoir participé à l'étude nationale sur la santé mentale des étudiants à la date du 11/01/2022 (Annexe 13).

Les motifs de refus de diffusion ont été recueillis par mail ou téléphone et sont décrits ci-dessous :

- Liées à une politique interne : "Impact du COVID" trop important, études internes privilégiées, groupe de travail sur la santé mentale des étudiants en interne déjà en cours, Université technologique non concernée par la problématique, surcharge des boîtes mail universitaires, boîtes mail universitaires non destinées aux études mais aux informations campus.
- Liées au "timing" de l'étude : rentrée scolaire en cours (surcharge de travail et étudiants non-inscrits)
- Liées au questionnaire : longueur du questionnaire ; caractère anxiogène des thèmes et des questions.
- Motifs non exprimés.

Les universités restantes n'ont pas apporté de réponse.

3.2 Effectif total

Vingt-quatre mille huit cent trente-cinq (24 835) étudiants universitaires sur 1 675 500 soit 1.5 % des étudiants universitaires de France ont répondu entièrement ou partiellement au questionnaire.

Neuf mille six cent soixante-neuf (9669) étudiants ont répondu à l'ensemble du questionnaire soit 39% des réponders.

A noter que l'ensemble des universités ayant diffusé notre questionnaire comptent environ 511 455 étudiants ce qui signifie que parmi les universités participantes, 4.8% des étudiants ont répondu aux questionnaires et 1.9% de façon complète.

Nous avons mis en évidence que les universités participantes ayant un faible taux de réponse avaient diffusé le lien du questionnaire sur leur plateforme étudiante (forum, brèves par exemple) et non par l'envoi d'un mail sur la boîte mail universitaire.

3.3 Caractéristiques de l'échantillon étudié

Tableau 1 : Caractéristiques de la population étudiée

<u>Genre</u>	Nombres d'étudiants	Pourcentages (%)
Homme	1 936	20,5
Femme	7 494	79,5
<u>Situation</u>		
Célibataire	5 686	60,2
En couple	4 390	37
Marié, Pacsé, Autre (divorcé, veuf)	254	2,8
<u>Filières</u>		
Médecine	1 410	15
IDE, Dentiste, Kinésithérapeute, Sage-femme, Psychologue, Pharmacien, Ambulancier et autres professions de santé	702	7
Total étudiants santé	2 112	22
PASS/L.AS	424	4
Sciences et Technologies	1 790	19
Sciences Humaines, Lettres, Langue et Art	2 176	23
Sciences de la Formation et de l'Éducation	186	2
Droit	1 178	12
Économie et Gestion	332	3
Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives	224	2
Autres	1 008	10
Total hors santé	7 318	78
<u>Année d'étude</u>		
1	2 769	29
2	1 930	20,5
3	1 632	17,3

4	1 021	10,8
5	1 053	11,2
6	475	5
7	212	2,2
8	146	1,5
9	114	1,2
10	46	0,5
11 et plus	27	0,3

Parmi la population étudiée on note que 7494 étudiants ayant répondu sont des **femmes**, soit **79,5%** de l'échantillon étudié, et 1936 sont des **hommes**, soit **20,5%**.

Ils sont en majorité **célibataires** à 60,2% (N= 5686), 37% sont en **couple** (N=4390) et 2,8% **marié, pacsé ou veuf** (N=254)

Concernant leurs études, **les soignants** représentent 2112 étudiants soit **22%** de l'échantillon, **15%** sont en **filière médecine** (N=1410) et **7%** en **autres filières de soins** (N=702), pour une **majorité de non soignants à 78%** (N= 7318)

67,4% (N=6331) de ces étudiants sont dans leur trois premières années d'études et 78,2% dans leur quatre premières (N=7352).

3.4 Trouble de stress post-traumatique chez les étudiants

Sur l'ensemble de l'échantillon étudié, 2252 étudiants, soit **23,9%** ont un PCL-5 supérieur à 32 et donc d'après la validation française du PCL-5, **présenteraient un trouble de stress post-traumatique**.

On note aussi que **4776 étudiants** soit **50,6%** ont été **exposés à un événement traumatisant**. Parmi eux **79,2%** sont des **femmes** (N=3784) **20,8%** des **hommes** (N=992), la moyenne d'âge est de **21 ans** et **47,1%** ont un **PCL-5 supérieur à 32**. Les scores moyen de **PDI** et de **PTGI** sont respectivement de **25** et de **36**.

Tableau 2 : Scores de PDI, PTGI et pourcentage de score PCL-5 supérieur à 32 chez les étudiants ayant présenté un traumatisme

	N	Moyenne	Médiane	Minimum	Maximum	Ecart-type
PDI	4776	25	24	0	52	11
PTGI	4776	36	34	0	105	22
PCL5 (%)	4776	47,1				49,9%

Il ne semble pas y avoir de différence notable de scores moyens de PDI entre les étudiants hommes et femmes ayant vécu un événement traumatisant, de même pour le pourcentage d'étudiants pour lesquels le score de PCL-5 est 32.

Cependant on remarque que le score de **PTGI soit la capacité de rebondissement après un événement traumatisant est significativement plus bas chez les femmes** que chez les hommes (37,3 vs 35,6 p= 0,04).

Tableau 3 : Scores de PDI, PTGI et pourcentage de score PCL-5 supérieur à 32 chez les étudiants hommes et femmes ayant présenté un traumatisme

	Moyenne homme	Moyenne femme	p	Ecart-type	Ecart-type
PDI	25	25	0,98	11	11
PTGI	37,3	35,7	0,04	22	22
PCL5 (%)	47,2	47,1	0,93	50	50

3.5 SPI chez les étudiants

On remarque une représentation plus importante des SPI de la famille de « **surveillance et émotions** » : *surcontrôle émotionnel* ⁽¹²⁾, *idéaux exigeant* ⁽¹³⁾ et *négativité* ⁽¹⁷⁾, mais aussi des SPI d'*Abandon/Instabilité* ⁽²⁾ et *Abnégation* ⁽¹¹⁾ chez plus de **40% et même jusqu'à 50%** de tous les étudiants, cette prévalence est **encore plus marquée chez les étudiants présentant un TSPT**, a contrario les SPI de la famille « **Manque d'autonomie et performance** », notamment les SPI *Dépendance* ⁽⁷⁾ et *Fusionnement/Personnalité atrophiée* ⁽⁹⁾ ainsi que ceux de la famille « **Manques de limites** » sont les moins activés.

Tableau 4 : Prévalence des différents SPI chez tous les étudiants et ceux présentant un TSPT

SPI	Prévalence des étudiants (%)	Prévalence PTSD + (%)
<u>Séparation et rejet</u>		
SPI-1 : Manque affectif	27%	41%
SPI-2 : Abandon / instabilité	44%	64%
SPI-3 : Méfiance / abus	33%	54%
SPI-4 : Isolement social	38%	53%
SPI-5 : Imperfection/honte	22%	37%
<u>Manque d'autonomie et performance</u>		
SPI-6 : Échec	32%	46%
SPI-7 : Dépendance/ incompetence	16%	25%
SPI-8 : Peur du danger	35%	56%
SPI-9 : Fusionnement	11,5%	18%
<u>Manques de limites</u>		
SPI-14 : Droits personnels exagérés	27%	36%
SPI-15 : Contrôle de soi insuffisant	21%	29%
<u>Orientation vers les autres</u>		
SPI-10 : Assujettissement	21%	34%
SPI-11 : Abnégation	54%	67%
SPI-16 : Recherche d'approbation / reconnaissance	28%	34%
<u>Surveillance et inhibition</u>		
SPI-12 : Surcontrôle émotionnel	45%	54%
SPI-13 : idéaux exigeants	49%	63%
SPI-17 : Négativité / Pessimisme	51%	73%
SPI-18 : Punition	38%	52%

3.6 Troubles de stress post-traumatique et SPI chez les étudiants

Chez les étudiants qui ont présenté un **événement vécu comme traumatisant**, les femmes manifestent une **surreprésentation significative** du SPI activé *Échec* ⁽⁶⁾.

Le reste des résultats n'est **pas significatif**, cependant on note que chez les soignants les SPI *isolement social* ⁽⁴⁾, *dépendance* ⁽⁷⁾, *peur du danger* ⁽⁸⁾ et *assujettissement* ⁽¹⁰⁾ semblent être plus présents chez les non soignants.

Tableau 5 : Statistiques descriptives de répartitions des SPI chez les étudiants ayant présenté un événement traumatisant.

	Homme (%)	Femme (%)	<i>p</i>	Soignants (%)	Non soignants (%)	<i>p</i>
<u>Séparation et rejet</u>						
<i>SPI-1 : Manque affectif</i>	41,3	40,9	0,87	41	41	0,92
<i>SPI-2 : Abandon/instabilité</i>	62,7	64,3	0,51	63	64,2	0,60
<i>SPI-3 : Méfiance/Abus</i>	52,7	54,2	0,55	55	53,6	0,56
<i>SPI-4 : Isolement social</i>	53,5	53,4	0,96	51,5	54	0,32
<i>SPI-5 : Imperfection/Honte</i>	35,6	37	0,59	35,7	37	0,60
<u>Manque d'autonomie et performance</u>						
<i>SPI-6 : Échec</i>	40,5	47	0,01	46	45,6	0,89
<i>SPI-7 : Dépendance/Incompétence</i>	23,7	24,7	0,63	21,9	25,2	0,12
<i>SPI-8 : Peur du danger</i>	56	56	0,97	52,3	57	0,055
<i>SPI-9 : Fusionnement</i>	19,8	17,6	0,27	16,3	18,5	0,26
<u>Manques de limites</u>						
<i>SPI-14 : Droits personnels exagérés</i>	36	35,9	0,97	35,1	36,2	0,65
<i>SPI-15 : Contrôle de soi insuffisant</i>	26,4	29,9	0,14	28,4	29,4	0,65

Orientation vers les autres

SPI-10 : Assujettissement	36	33,1	0,23	31	34,5	0,14
SPI-11 : Abnégation	69,5	68,3	0,62	69,2	68,3	0,71
SPI-16 : Recherche d'approbation	35	33,2	0,47	33,1	33,7	0,81

Surveillance et inhibition

SPI-12 : Surcontrôle émotionnel	51,6	54,8	0,21	54,4	54	0,89
SPI-13 : Idéaux exigeants	61,2	63,1	0,43	61,5	63	0,52
SPI-17 : Négativité/Pessimisme	69,5	74	0,06	74	72,7	0,56
SPI-18 : Punition	50,3	52,2	0,48	51,9	51,7	0,96

Chez les étudiants ayant vécu une situation traumatisante :

Le pourcentage de ceux qui ont un **score PCL-5 supérieur à 32** est **plus important pour chaque SPI**, lorsqu'ils sont activés.

Les **scores du PDI** sont **également significativement supérieurs pour chaque SPI** activés chez tous les étudiants.

Concernant les scores du **PTGI**, ils sont **inférieurs** pour les SPI activés *Manque affectif* ⁽¹⁾, *Isolement social* ⁽⁴⁾, *Imperfection/Honte* ⁽⁵⁾, *Échec* ⁽⁶⁾, *Dépendance/Incompétence* ⁽⁷⁾, *Assujettissement* ⁽¹⁰⁾, *Surcontrôle émotionnel* ⁽¹²⁾, *Contrôle de soi/Auto discipline* ⁽¹⁵⁾. À l'inverse ils sont **supérieurs** chez les étudiants présentant les SPI *idéaux exigeants* ⁽¹³⁾, *Négativisme/Pessimisme* ⁽¹⁷⁾, *Peur du danger* ⁽⁸⁾, *Fusionnement/Personnalité atrophiée* ⁽⁹⁾, *Méfiance/Abus* ⁽³⁾, *Abnégation* ⁽¹¹⁾ et *Droits personnels exagérés* ⁽¹⁴⁾. Les résultats pour les SPI *Abandon/Instabilité* ⁽²⁾, *Recherche d'approbation* ⁽¹⁶⁾ et *Punition* ⁽¹⁸⁾ ne sont pas significatifs.

Chez les **étudiants en filière de soin**, les **résultats** sont similaires à ceux des étudiants non soignants avec néanmoins un manque de significativité sur les scores de PTGI pour les SPI *Manque affectif* ⁽¹⁾, *Isolement social* ⁽⁴⁾, *Échec* ⁽⁶⁾, *Peur du danger* ⁽⁸⁾.

Tableau 6 : PDI, PCL5 et PTGI en fonction des différents SPI chez les étudiants en filière soignante et non soignante ayant présenté un événement traumatisant

	SPI -	SPI+	p	SPI - S	SPI + S	p
<u>Séparation et rejet</u>						
<i>SPI-1 : manque affectif</i>						
PDI	23,7	27,2	0,000	23,2	26,5	0,000
PCL5 (%)	40,5	61,7	0,000	41,2	63,5	0,000
PTGI	36,9	34,1	0,000	37	34,1	0,053
<i>SPI-2 : Abandon/instabilité</i>						
PDI	22,2	27,4	0,000	22,1	26,5	0,000
PCL5 (%)	34,4	59,5	0,000	35,6	60,8	0,000
PTGI	35,4	36,7	0,051	35,1	37,1	0,153
<i>SPI-3 : Méfiance/Abus</i>						
PDI	22,8	27,9	0,000	22,4	27	0,000
PCL5 (%)	36,2	63,4	0,000	36,8	64,7	0,000
PTGI	35	37,6	0,000	34,9	37,8	0,039
<i>SPI-4 : Isolement social</i>						
PDI	23,2	27	0,000	22,9	26,2	0,000
PCL5 (%)	37,9	59,8	0,000	39,6	60,8	0,000
PTGI	37,2	34,5	0,000	37	34,8	0,119
<i>SPI-5 : Imperfection/Honte</i>						
PDI	23,4	29	0,000	23,1	27,7	0,000
PCL5 (%)	40	67,9	0,000	41,3	69,1	0,000
PTGI	37,3	32,4	0,000	37,1	33	0,009
<u>Manque d'autonomie et performance</u>						
<i>SPI-6 : Échec</i>						
PDI	23,3	27,6	0,000	23,1	26,4	0,000
PCL5 (%)	39,8	60,3	0,000	40,4	62,4	0,000
PTGI	36,8	34,6	0,001	36,8	34,8	0,192
<i>SPI-7 : Dépendance/Incompétence</i>						
PDI	23,9	29,2	0,000	23,4	28,5	0,000
PCL5 (%)	43,5	63,6	0,000	45,2	63,4	0,000
PTGI	36,6	33,5	0,001	36,7	33	0,044
<i>SPI-8 : Peur du danger</i>						
PDI	22,3	28,4	0,000	22,4	27,1	0,000
PCL5 (%)	35,4	63,8	0,000	37,6	65	0,000

PTGI	35,1	37,3	0,001	35,4	37,1	0,242
------	------	------	-------	------	------	-------

SPI-9 : Fusionnement

PDI	24,1	29,3	0,000	23,9	27,3	0,001
PCL5(%)	44,6	63,2	0,000	45,7	67,5	0,000
PTGI	35,7	38,2	0,001	35,5	40,6	0,017

Manques de limites

SPI-14 : Droits personnels exagérés

PDI	23,8	27,1	0,000	23,4	26,2	0,000
PCL5 (%)	43	57	0,000	45	55,4	0,002
PTGI	34,2	40,2	0,000	34,2	40,3	0,000

SPI-15 : Contrôle de soi insuffisant

PDI	24,0	27,4	0,000	23,6	26,5	0,000
PCL5 (%)	43,4	59,6	0,000	45	58,8	0,000
PTGI	36,6	34,3	0,003	37,2	32,3	0,003

Orientation vers les autres

SPI-10 : Assujettissement

PDI	23,6	28,5	0,000	23,4	27,3	0,000
PCL5 (%)	41,3	65,2	0,000	42,9	66,8	0,000
PTGI	36,6	34,4	0,003	37,1	32,6	0,007

SPI-11 : Abnégation

PDI	22,5	26,3	0,000	22,2	25,6	0,000
PCL5 (%)	38	52,9	0,000	38,8	54	0,000
PTGI	32	39	0,000	32,1	38,5	0,000

SPI-16 : Recherche d'approbation

PDI	24	26,7	0,000	23,6	26	0,001
PCL5 (%)	44	57	0,000	44,9	56,8	0,001
PTGI	36,2	35,7	0,554	36,3	35,4	0,573

Surveillance et inhibition

SPI-12 : Surcontrôle émotionnel

PDI	23,8	26	0,000	23,5	25,2	0,008
PCL5 (%)	39,7	56	0,000	41	56,7	0,000
PTGI	37,7	34,1	0,000	38,3	33,4	0,001

SPI-13 : Idéaux exigeants

PDI	22,7	26,6	0,000	22,2	26	0,000
PCL5 (%)	38,1	54,8	0,000	39,5	56	0,000
PTGI	34,1	37,7	0,000	34,2	37,7	0,011

SPI-17 : Négativité/Pessimisme

PDI	21,4	27,2	0,000	21,2	26,4	0,000
-----	------	------	-------	------	------	-------

PCL5 (%)	30,5	59,1	0,000	30,2	61	0,000
PTGI	35,1	36,7	0,014	34,8	37	0,128
SPI-18 : Punition						
PDI	23	27,3	0,000	22,5	26,6	0,000
PCL5 (%)	39,5	57,5	0,000	40,8	58	0,000
PTGI	35,6	36,7	0,095	35	37,4	0,089

Concernant les étudiants qui présentent un TSPT

Chez tous les étudiants les **scores de PDI sont supérieurs pour tous les SPI activés** avec cependant un manque de significativité pour les SPI *Surcontrôle émotionnel* ⁽¹²⁾ et *Recherche d'approbation* ⁽¹⁶⁾.

On observe des scores de **PTGI qui sont inférieurs** pour les SPI *Manque affectif* ⁽¹⁾, *Abandon* ⁽²⁾, *Méfiance* ⁽³⁾, *Isolement* ⁽⁴⁾, *Imperfection* ⁽⁵⁾, *Échec* ⁽⁶⁾, *Dépendance/ Incompétence* ⁽⁷⁾, *Peur du danger* ⁽⁸⁾, *Surcontrôle émotionnel* ⁽¹²⁾, *Assujettissement* ⁽¹⁰⁾, *Contrôle de soi* ⁽¹⁵⁾, *Recherche d'approbation et de reconnaissance* ⁽¹⁶⁾, *Négativisme* ⁽¹⁷⁾ et *Punition* ⁽¹⁸⁾. Cependant ils sont **supérieurs pour les SPI activés** *Abnégation* ⁽¹¹⁾ et *Droit personnels exagérés* ⁽¹⁴⁾. Les résultats pour les SPI *Fusionnement* ⁽⁹⁾ et *Idéaux exigeants* ⁽¹³⁾ ne sont pas significatifs.

Chez les étudiants en filière de soins, les résultats des scores de **PDI sont significativement supérieurs** pour les SPI *Peur du danger* ⁽⁸⁾, *Assujettissement* ⁽¹⁰⁾, *Idéaux exigeants* ⁽¹³⁾, *Droits personnels exagérés* ⁽¹⁴⁾, *Contrôle de soi insuffisant* ⁽¹⁵⁾, *Négativité/Pessimisme* ⁽¹⁷⁾. Les scores de **PTGI sont significativement inférieurs** pour les SPI *Abandon* ⁽²⁾, *Isolement* ⁽⁴⁾, *Imperfection* ⁽⁵⁾, *Échec* ⁽⁶⁾, *Incompétence* ⁽⁷⁾, *Peur du danger* ⁽⁸⁾, *Assujettissement* ⁽¹⁰⁾, *Surcontrôle émotionnel* ⁽¹²⁾, *Contrôle de soi* ⁽¹⁵⁾, *Négativisme* ⁽¹⁷⁾ et **significativement supérieur seulement** pour le SPI *Droits personnels exagérés* ⁽¹⁴⁾

On remarque que le score de PDI semble diminuer et celui de PTGI semble augmenter pour le SPI *Fusionnement* ⁽⁹⁾ mais manque de significativité.

Tableau 7 : PDI et PTGI en fonction des différents SPI chez les étudiants en filière soignantes et non soignantes présentant un TSPT

	SPI -	SPI +	p	SPI -	SPI +	p
<u>Séparation et rejet</u>						
<i>SPI-1 : Manque affectif</i>						
PDI	30,2	31,4	0,004	31,4	29,8	0,494
PTGI	44,7	37,7	0,000	46,4	42,2	0,463

<i>SPI-2 : Abandon/instabilité</i>						
PDI	29,4	31,4	0,000	29,3	30,1	0,293
PTGI	44,9	40,1	0,000	44,9	40,8	0,038
<i>SPI-3 : Méfiance/Abus</i>						
PDI	29,7	31,6	0,000	29,1	30,4	0,097
PTGI	43,1	40,8	0,010	43,4	41,3	0,273
<i>SPI-4 : Isolement social</i>						
PDI	30,2	31,2	0,012	29,6	30	0,623
PTGI	45,5	38,6	0,000	45,1	39,6	0,004
<i>SPI-5 : Imperfection/Honte</i>						
PDI	29,8	32,3	0,000	29,3	30,7	0,103
PTGI	45,3	36	0,000	45,5	36,6	0,000
<u>Manque d'autonomie et performance</u>						
<i>SPI-6 : Échec</i>						
PDI	30	31,5	0,000	29,4	30,2	0,329
PTGI	44,5	38,7	0,000	44	40,3	0,050
<i>SPI-7 : Dépendance/Incompétence</i>						
PDI	30	33	0,000	29,5	30,2	0,329
PTGI	43,6	36,3	0,000	44	40,3	0,049
<i>SPI-8 : Peur du danger</i>						
PDI	29	32	0,000	28,9	30,7	0,022
PTGI	43,4	40,6	0,002	44,8	39,9	0,011
<i>SPI-9 : Fusionnement</i>						
PDI	30,2	33	0,000	29,9	29,3	0,584
PTGI	42,1	40,8	0,274	41,8	44,9	0,214
<u>Manques de limites</u>						
<i>SPI-14 : Droits personnels exagérés</i>						
PDI	30,2	31,6	0,001	29,2	30,9	0,037
PTGI	40,3	44,5	0,000	40,7	45,2	0,024
<i>SPI-15 : Contrôle de soi insuffisant</i>						
PDI	30,4	31,5	0,001	29,3	31,2	0,025
PTGI	43,3	38,2	0,000	44,4	36,9	0,000

Orientation vers les autres

SPI-10 : Assujettissement

PDI	30	32,1	0,000	29,2	31,2	0,019
PTGI	44	37,6	0,000	44,5	37,4	0,000

SPI-11 : Abnégation

PDI	29,4	31,3	0,000	29	30,2	0,187
PTGI	39,6	42,9	0,001	39,6	43,5	0,055

SPI-16 : Recherche d'approbation

PDI	30,4	31,2	0,052	29,7	30	0,757
PTGI	42,7	40	0,005	43,1	40,6	0,220

Surveillance et inhibition

SPI-12 : Surcontrôle émotionnel

PDI	30,5	30,9	0,316	29,5	30,1	0,417
PTGI	46	38,3	0,000	47,8	37,7	0,000

SPI-13 : Idéaux exigeants

PDI	29,5	31,4	0,000	28,8	30,5	0,033
PTGI	40,9	42,4	0,099	42,8	42	0,687

SPI-17 : Négativité/Pessimisme

PDI	28,9	31,4	0,000	28,5	30,3	0,049
PTGI	44,8	40,7	0,000	45,9	41	0,025

SPI-18 : Punition

PDI	29,4	31,9	0,000	29,2	30,4	0,135
PTGI	43,2	40,56	0,004	43,5	41,2	0,232

4 - DISCUSSION

4.1 Résumé des résultats

4.1.1 Objectif principal

Notre étude montre une **prévalence supérieure de TSPT** chez tous les étudiants ayant vécu une **situation traumatisante lorsqu'un SPI est activé**. Les SPI *Négativité* ⁽¹⁷⁾, *abnégation* ⁽¹¹⁾, *abandon* ⁽²⁾, *idéaux exigeants* ⁽¹³⁾ et *surcontrôle émotionnel* ⁽¹²⁾ sont les plus présents chez tous les étudiants et surreprésentés chez ceux présentant un TSPT.

4.1.2 Objectif secondaire

La **souffrance péri-traumatique** est **significativement plus élevée pour chaque SPI activé** chez les étudiants ayant vécu un traumatisme, et chez ceux présentant un TSPT.

La **capacité de rebond** ou **croissance post-traumatique** est **significativement inférieure** chez les étudiants ayant **vécu une situation traumatisante** pour les SPI activés provenant majoritairement de la famille « **séparation et rejet** » : *Manque affectif* ⁽¹⁾, *Isolement social* ⁽⁴⁾, *Imperfection/Honte* ⁽⁵⁾, on y retrouve également les SPI de la famille « **Manque d'autonomie et performance** » : *Échec* ⁽⁶⁾ et *Dépendance/Incompétence* ⁽⁷⁾, c'est le cas également pour les SPI *Assujettissement* ⁽¹⁰⁾, *surcontrôle émotionnel* ⁽¹²⁾, *Contrôle de soi/Auto discipline* ⁽¹⁵⁾. **A l'inverse sont supérieurs** chez les étudiants présentant les SPI activés en majorité de la famille « **surveillance et inhibition** » : *idéaux exigeants* ⁽¹³⁾, *néguvisme/pessimisme* ⁽¹⁷⁾, mais aussi celle de « **Manque d'autonomie et performance** » : *Peur du danger* ⁽⁸⁾, *Fusionnement/Personnalité atrophiée* ⁽⁹⁾. Ils le sont également pour les SPI *Méfiance/Abus* ⁽³⁾, *abnégation* ⁽¹¹⁾ et *droits personnels exagérés* ⁽¹⁴⁾.

Concernant les étudiants **présentant un TSPT** on observe que cette **capacité de rebond** est **inférieure** pour une **grande majorité des SPI activés** en particulier ceux de la famille « **séparation et rejet** » : *Manque affectif* ⁽¹⁾, *Abandon* ⁽²⁾, *Méfiance* ⁽³⁾, *Isolement* ⁽⁴⁾, *Imperfection* ⁽⁵⁾, de la famille « **Manque d'autonomie et performance** » : *Échec* ⁽⁶⁾, *Dépendance/Incompétence* ⁽⁷⁾, *Peur du danger* ⁽⁸⁾, celle de la famille « **surveillance et inhibition** » : *Surcontrôle émotionnel* ⁽¹²⁾, *Néguvisme* ⁽¹⁷⁾ et *Punition* ⁽¹⁸⁾, mais aussi pour les SPI *Assujettissement* ⁽¹⁰⁾, *Contrôle de soi* ⁽¹⁵⁾, *Recherche d'approbation et de reconnaissance* ⁽¹⁶⁾. Cependant ils sont **supérieurs pour les SPI activés** *Abnégation* ⁽¹¹⁾ et *Droit personnels exagérés* ⁽¹⁴⁾.

Chez les **étudiants en filière de soins** les **résultats semblent correspondre** aux résultats retrouvés chez tous les étudiants mais il **manque de significativité** pour une grande partie

des SPI. On notera néanmoins que la capacité de rebond chez les étudiants présentant un TSPT semble supérieure chez les étudiants en filière de soin et la souffrance péri traumatique semble inférieure lorsqu'ils présentent le SPI *Fusionnement* ⁽⁹⁾ activé.

4.2 Principaux biais

4.2.1 Biais de sélection

Biais d'inclusion :

Notre étude est une **étude multicentrique et transversale** concernant toutes les universités de France. Sur 74 universités contactées, 22 universités seulement ont participé. Notre questionnaire a été diffusé à partir de février pour Poitiers et de septembre pour la France. Or, en période de rentrée, les étudiants sont très sollicités sur leur boîte mail, et les facultés peu disponibles pour la diffusion de notre mail.

Biais de recrutement :

Notre étude est composée de 8 questionnaires, soit 409 questions. La durée estimée de 30 minutes a probablement été un frein quant à la réalisation du questionnaire. Finalement, on note 9 669 questionnaires complets pour **13 878 incomplets**. Nous avons sollicité les étudiants par mail mais également via les réseaux sociaux, comme Facebook et Twitter. Localement, il existe une disparité selon les villes. En effet le nombre de promotions étudiantes auxquelles le questionnaire a été diffusé diffère en fonction des connaissances des investigateurs, et l'effet "boule de neige" provoqué par le repartage n'est pas dépendant des investigateurs. A l'échelle nationale, nous avons utilisé entre autres les réseaux "Le divan du médecin", "ECNi.fr" et "Internes de France" qui sont exclusivement des groupes réunissant des médecins et étudiants en médecine. S'agissant d'un auto-questionnaire en ligne, il peut exister des risques de problèmes informatiques empêchant la déclaration complète du questionnaire.

4.2.2 Biais de classement

L'utilisation d'auto-questionnaire est susceptible d'engendrer **différentes interprétations des questions** mais également des erreurs par **mauvaise compréhension des questionnaires**. S'agissant d'une étude réalisée en ligne, les participants répondants au questionnaire ont pu être perturbés par leur environnement. Il est possible que les étudiants les plus sensibilisés par les thématiques abordées par notre étude aient davantage réalisé le

questionnaire. Au contraire, certains étudiants ont rapporté un effet anxiogène lié aux thèmes du questionnaire qui a pu freiner leur participation complète. Le phénomène de désirabilité sociale a pu également entraîner une modification de certaines réponses. Le cas des étudiants PACES, devenu PASS et LAS, n'avait pas été clairement défini au début de l'étude et dans le questionnaire, leur choix de filière a donc été hétérogène.

4.2.3 Biais de confusion

La culture, le niveau socio-économique des parents et la religion **n'ont pas été pris en compte** dans cette étude. Les conditions sanitaires liées à la crise COVID 19 n'ont pas été identiques sur la période de février 2021 à janvier 2022.

4.3 Limites de l'étude

La **faible participation**, 9 430 questionnaires complets, pour 1 675 000 étudiants universitaires, soit 0,5% de la population est un frein pour extrapoler nos résultats à la population étudiante. De plus, le questionnaire **n'a pas été uniformément diffusé** entre les facultés car les investigateurs ont contacté chacune d'entre elles indépendamment. Une présentation à l'échelle nationale devant le comité des présidents d'universités ou devant les associations étudiantes aurait potentiellement permis une diffusion plus efficace et plus uniforme. La majorité des étudiants qui ont complété entièrement le questionnaire sont des étudiants jeunes, essentiellement dans les trois premières années de leurs cursus. Nous n'avons donc peut-être pas eu la puissance nécessaire pour réaliser des analyses précises sur les étudiants plus avancés dans leur cursus, ni même pour analyser l'évolution des troubles en fonction de la durée des études. La classification en ville d'étude n'a pas été réalisée sur la classification des universités conduisant à une perte de repère pour les étudiants et des difficultés de classifications dans nos analyses de résultats. Plusieurs universités ont refusé de diffuser notre questionnaire en raison de l'aspect anxiogène des questions et des problématiques de prise en charge des étudiants en souffrance dans les différentes universités. Notre étude est composée de questionnaires validés internationalement : ils permettent de détecter des souffrances psychologiques, mais ne les déclenchent pas. En revanche, la question de la prise en charge de ces souffrances une fois détectées doit être soulignée et peut être une piste à développer pour mettre en place ce type de dépistage et suivre les étudiants en souffrance. Nous n'avons pas pu réaliser de calculs en fonction du lieu d'habitation des étudiants du fait d'une diffusion inégale entre les différentes facultés.

4.4 Analyse des résultats

Comparaison avec la littérature :

Notre étude présente une **prévalence du TSPT plus importante** que les études présentées plus haut, cela peut s'expliquer par le fait que le recueil des données s'est fait juste après le confinement suite à la **pandémie de COVID-19**, celle-ci ayant été vécue par de nombreuses personnes comme une situation traumatique. Les études récentes tendent d'ailleurs à montrer que cette prévalence serait en hausse, environ 15% en population générale. (33)

C'est la **première étude qui s'intéresse au lien entre TSPT et SPI chez les étudiants**. On note néanmoins deux études qui se sont intéressées aux SPI dans des situations de traumatisme en milieu professionnel.

Celle de **Boudoukha et al.** sur les surveillants pénitentiaires, et montre que ceux atteints de TSPT ont des SPI plus activés que les surveillants sans TSPT, ce qui semble se confirmer dans notre étude, et les SPI *Échec* ⁽⁶⁾, et ceux du domaine « **Manque de limites** » sont les moins activés ces derniers se retrouvent dans notre étude. (26)

Celle de **Price en 2007** étudie les professions d'assistance (stagiaires de police, étudiants infirmiers en santé mentale, en professions paramédicales et en psychologie), et elle retrouve que quatre SPI, *Imperfection/Honte* ⁽⁵⁾, *Dépendance* ⁽⁷⁾, *Fusionnement/Personnalité atrophiée* ⁽⁹⁾ et *Échec* ⁽⁶⁾ sont corrélés à la symptomatologie du TSPT. (34) Ce qui semble peu par rapport à notre étude.

Nos résultats sur **la prévalence des SPI** sont similaires à ceux de P. VERSCHOORE sur les SPI et les étudiants de la faculté de Poitiers avec par ordre croissant les SPI *Abnégation* ⁽¹¹⁾, *Négativité-pessimisme* ⁽¹⁷⁾, *Idéaux Exigeants* ⁽¹³⁾, *Surcontrôle émotionnel* ⁽¹²⁾ comme étant les plus représentés. (29) Nous rajouterons donc *l'Abandon* ⁽²⁾ avec une prévalence de 44%. Ces SPI sont également retrouvés comme étant majoritaires chez les étudiants qui présentent un TSPT.

- Concernant les SPI les plus retrouvés :

L'Abnégation ⁽¹¹⁾ est décrite comme un souci exagéré volontaire de toujours considérer les autres avant soi-même, cette considération est volontaire. Elle mène souvent à une hypersensibilité aux souffrances des autres. Chez les étudiants elle peut se caractériser par le sentiment de vouloir réussir pour faire plaisir à sa famille. (35)

La peur d'événements évitables ou négativité ⁽¹⁷⁾ est la crainte exagérée que, tout va tourner aux pires minimisations ou d'un déni des aspects positifs et optimistes. Souvent, il

existe une peur exagérée de commettre des erreurs et la crainte de leurs conséquences. Elle se retrouve dans cette population en cours d'études supérieures, habituée aux concours et aux examens où l'erreur n'est pas acceptable, et doit faire face aux possibles rejets notamment dans les choix d'études. (35)

Les Idéaux exigeants ⁽¹³⁾ sont la conviction que l'on doit s'efforcer d'atteindre et de maintenir un niveau de perfection dans son comportement ou sa performance. Ces exigences amènent à une tension constante ; la personne souffre des déficits de plaisirs, détente, santé, estime de soi, satisfaction personnelle et relations interpersonnelles. Cette notion de recherche de perfection est importante dans la réussite des études avec comme effets négatifs un empêchement sur les désirs et la santé mentale et physique des étudiants ce qui en fait une population fragile et plus à risque. (35)

Le Surcontrôle ⁽¹²⁾ est le contrôle excessif des réactions spontanées pour éviter les erreurs, le besoin compulsif d'ordre et de précision. Mais aussi l'adhérence excessive à la routine et au rituel, qui se retrouve dans la routine de travail chez l'étudiant en révision, avec une ritualisation du temps de travail (pause, travail nocturne) (35)

L'abandon ou instabilité ⁽²⁾ se décrit comme le manque de stabilité ou de fiabilité, en lien avec la nécessité parfois de partir loin du foyer familial pour poursuivre ses études et marque un isolement social subi. (35)

- Concernant le peritraumatic distress inventory (PDI)

Le PDI ou inventaire de détresse péri-traumatique, permet de mesurer l'impact et le retentissement direct après un traumatisme. (36) On remarque que lorsqu'un étudiant a déjà vécu une situation traumatisante ou présente un TSPT, si un SPI est activé, **l'impact de ce traumatisme sera plus important**. Par ailleurs s'il vit une situation traumatisante elle aura **plus de chance d'aboutir sur un TSPT**.

- Concernant le Post-Traumatic Growth Inventory (PTGI)

Notre étude évalue également le **PTGI qui évalue la croissance post traumatique (CPT)**, ce modèle postule qu'il est possible **de ressortir grandi**, et donc plus fort, à la suite d'un événement de vie négatif. La CPT se manifeste dans **cinq domaines** : l'appréciation de la vie, les relations aux autres, le développement d'une force personnelle, les nouvelles possibilités et le développement d'une certaine spiritualité. L'existence de la CPT a été démontrée après la survenue d'événements traumatiques tels qu'un accident, des catastrophes naturelles, les violences interpersonnelles ou la maladie. (37)

Ici on observe que les étudiants ayant subi un traumatisme ont une **capacité de rebond diminué** lorsque certains SPI sont activés, en particulier des SPI des familles « **séparation et rejet** » et « **manque d'autonomie et performance** ».

Les schémas précoces **de séparation et de rejet** se définissent comme la certitude que les besoins de sécurité, de stabilité, d'affection, d'empathie, ne seront pas satisfaits. Ceux du **manque d'autonomie et performance** se rapportent aux exigences vis-à-vis de soi-même et du monde extérieur qui ne correspondent pas à la capacité d'agir indépendamment et d'arriver à une réussite suffisante. (35)

A contrario, la **capacité de rebond peut être plus importante** pour certains SPI, entres autres certains de la « **famille survigilance et inhibition** ». Ce qui laisse penser que ces SPI lorsqu'ils sont activés sont **protecteur** vis-à-vis des effets négatifs d'un traumatisme, et permettent à l'individu de mieux se relever et de se sentir grandit d'une expérience vécue comme traumatisante.

Les schémas précoces **d'hypervigilance et inhibition** eux se définissent par le contrôle exagéré de ses réactions, sentiments et des choix pour éviter les erreurs ou pour maintenir des règles personnelles rigides dans sa conduite et dans sa performance, souvent aux au détriment de ses plaisirs, de ses loisirs, ou de sa santé. (35)

On peut penser que les aspects de **manque affectif** et **manque de confiance en soi** qui caractérisent les SPI des deux premières familles citées plus haut jouent un rôle dans l'appréciation d'un traumatisme, les personnes qui les activent subiront les répercussions en étant convaincues de ne pas pouvoir s'en relever, et de ne pas pouvoir y faire face seules, ce qui finira par causer l'apparition d'un TSPT. Alors que les individus qui activeront les schémas de surcontrôle personnel et émotionnel et qui seront hypervigilants dans leurs interactions, seront moins confrontés aux évènements traumatisants et auront tendance à mieux gérer leur répercussion.

Les **SPI Abnégation** ⁽¹¹⁾, **Droits personnels exagérés** ⁽¹⁴⁾ sont eux associés à une **capacité de croissance supérieure** lorsqu'un TSPT est présent. Le SPI **Abnégation** ⁽¹¹⁾ fait partie des SPI activés **les plus représentés chez les étudiants** et encore plus chez ceux présentant un TSPT. On peut expliquer cela par le fait que pendant les études supérieures, les étudiants étant exposés à des évènements difficiles et traumatisant, le fait d'activer un schéma inadapté comme l'abnégation leur permet à la fois de se protéger mais aussi s'élever en tant que personne afin de réussir leurs études. Comme déjà énoncer **l'Abnégation** se retrouve chez les étudiants qui veulent réussir pour les autres. (35)

Il est intéressant de noter **qu'une fois un TSPT installé** les SPI *méfiance/abus* ⁽³⁾, *peur du danger* ⁽⁸⁾, *négativité* ⁽¹⁷⁾ **qui protégeait** d'un événement traumatisant, et de l'apparition probable d'un TSPT, **une fois le TSPT installé** sont alors associés à une capacité de rebond inférieure.

Le SPI *Méfiance* ⁽³⁾ se définissant par le fait que la personne s'attend à ce que les autres la fassent souffrir, la maltraitent, celui de la *Peur du danger* ⁽⁸⁾ comme la peur exagérée d'une catastrophe inévitable et celui de la *Négativité* ⁽¹⁷⁾ comme la crainte que tout va tourner au pire et de commettre des erreurs. Il est possible que ces traits, par leurs caractère social et fataliste, permettent aux personnes d'une certaine manière se **préserver de vivre ou d'être témoin** d'une situation de vie stressante ou traumatisante, et donc de symptôme de TSPT, mais deviennent des **freins à la guérison** de celui-ci par manque de confiance, et d'ouverture aux autres. (35)

Chez les **étudiants en filière soignante** il est difficile de conclure car les résultats **sont peu à être significatif**, par manque d'effectif dans notre étude, mais s'ils semblent suivre la même tendance que pour tous les étudiants. Cependant, il semble intéressant de rapporter que les étudiants soignants qui présentent un TSPT semble avoir une souffrance de l'évènement moins importante et une capacité de croissance supérieure lorsqu'ils activent le SPI *Fusionnement* ⁽⁹⁾, au contraire des étudiants des autres filières. La *Personnalité atrophiée* ou *Fusionnement* ⁽⁹⁾ qui se définit par l'attachement émotionnel excessif à une ou plusieurs personnes, souvent les parents, au détriment d'une adaptation sociale normale. Cette surprotection dans l'enfance peut être à l'origine d'un manque de confiance et d'affirmation. (35) Les études de santé sont souvent réputés difficile à la fois par leur parcours universitaires (concours d'admission, épreuves classantes) mais aussi par le premier contact avec des situations difficiles (décès, souffrance physique, psychologique), on peut alors penser que ce schéma permet de mieux réagir et mieux gérer ces situations, il serait pertinent de faire des études avec des effectifs plus grands pour confirmer ces résultats.

4.5 Perspective

Au vu de nos résultats nous avons remarqué que **l'activation de SPI est associée à une survenu plus importante de TSPT**. Il serait alors intéressant de **pouvoir identifier facilement ces schémas activés** chez les personnes qui ont vécu des traumatismes ou qui présentent des symptômes de TSPT afin de pouvoir orienter vers une prise en charge adaptée, notamment par **schémathérapie**. Elle consiste à identifier le schéma qui se traduit par des pensées, croyances, émotions, souvenirs et comportements inadaptés et d'apprendre à reconnaître et soigner ce schéma dans les situations du moment présent à l'aide de la thérapie cognitivo-comportementale (TCC), mais aussi l'EMDR (eye movement

desensibilisation and reprocessing) Bien que le caractère rigide des schémas ne permette pas leur disparition. (38)

A l'avenir un travail plus approfondi sur les SPI en fonction des différents types de traumatisme vécu paraît pertinent, car il semblerait que certains SPI soit plus représenté dans certaines populations en contact avec des évènements traumatisant particulier.

De plus une nouvelle étude avec une population plus importante d'étudiants en filière santé nous permettrait de mieux conclure sur le lien entre SPI et TSPT dans cette population.

5 - CONCLUSION

Cette étude nous a permis de mettre en évidence la **relation entre les schémas précoces inadaptés et la présence d'un trouble de stress post-traumatique chez les étudiants français**. Il s'avère que **l'activation de schémas précoces inadaptés** est associée à une **présence plus importante de trouble de stress post-traumatique**.

Ils sont également associés à une **détresse péri-traumatique plus importante**. Cependant certains schémas précoces inadaptés peuvent être décrits comme **aggravants** après avoir vécu une situation traumatisante, comme les schémas de « **séparation et rejet** » ou « **manque d'autonomie et performance** » ou d'autres sont plutôt **protecteurs** et influence positivement la capacité de croissance et de rebond après une situation traumatique, comme ceux de la famille de la « **surveillance et de l'inhibition** ».

Ainsi les schémas ***Abnégation*** ⁽¹¹⁾, ***Droits personnel exagérés*** ⁽¹⁴⁾ semblent eux être des schémas **protecteurs** lorsqu'un **trouble de stress post-traumatique** est déjà présent.

Ce travail s'insère dans le plus large **projet PTSBO2** qui par ses nombreuses études cherchent à étudier la santé mentale des étudiants français, et qui a déjà montré par les travaux de C. TRARIEUX et S. HASCOUET le lien entre les SPI, le Burn out et l'épuisement professionnel. (30,31)

Afin de compléter ces travaux il pourrait paraître intéressant **d'étudier plus précisément les différents SPI activés en fonction des différents traumatismes** et de la survenue a posteriori de TSPT.

L'objectif étant par la suite de mettre en place **des moyens efficaces de dépistage** de certains schémas précoces inadaptés chez les personnes à risque.

6 – BIBLIOGRAPHIE

1. Hérodote-Thucydide. HERODOTE. « L'enquête » in Hérodote-Thucydide. Œuvres complètes, Paris, Gallimard, La Pléiade, 1989. In.
2. MacFarlane AC, Van der Kolk BA, Weisæth L. Traumatic stress : the effects of overwhelming experience on mind, body, and society. New York, NY: Guilford Press; 1996.
3. Jones E. Historical approaches to post-combat disorders. *Philos Trans R Soc B Biol Sci.* 29 avr 2006
4. Clervoy P. Les suppliciés de la Grande Guerre. In : La Folle histoire des idées folles en psychiatrie. Paris: Odile Jacob; 2016. p. 51-76. (Hors collection).
5. Gulf War and Health: Volume 6. Physiologic, Psychologic, and Psychosocial Effects of Deployment-Related Stress. Washington, D.C.: National Academies Press; 2008
6. Kulka RA, Schlenger WE, Fairbank JA, Hough RL, Jordan BK, Marmar CR, et al. Trauma and the Vietnam war generation: Report of findings from the National Vietnam Veterans Readjustment Study. Philadelphia, PA, US: Brunner/Mazel; 1990. xxix, 322 p. (Trauma and the Vietnam war generation: Report of findings from the National Vietnam Veterans Readjustment Study).
7. 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. *Psychol Med.* janv 2016;46(2):327-43.
8. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry.* juin 2005;62(6):593-602.
9. Van Ameringen M, Mancini C, Patterson B, Boyle MH. Post-traumatic stress disorder in Canada. *CNS Neurosci Ther.* 2008;14(3):171-81.
10. Kisely S, Alichniewicz KK, Black EB, Siskind D, Spurling G, Toombs M. The prevalence of depression and anxiety disorders in indigenous people of the Americas: A systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Res.* janv 2017;84:137-52.
11. Koenen KC, Ratanatharathorn A, Ng L, McLaughlin KA, Bromet EJ, Stein DJ, et al. Posttraumatic stress disorder in the World Mental Health Surveys. *Psychol Med.* oct 2017;47(13):2260-74.
12. Cusack SE, Hicks TA, Bourdon J, Sheerin CM, Overstreet CM, Kendler KS, et al. Prevalence and predictors of PTSD among a college sample. *J Am Coll Health J ACH.* 2019
13. Vance MC, Mash HBH, Ursano RJ, Zhao Z, Miller JT, Clarion MJD, et al. Exposure to Workplace Trauma and Posttraumatic Stress Disorder Among Intern Physicians. *JAMA Netw Open.*
14. Brewin CR, Andrews B, Valentine JD. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *J Consult Clin Psychol.* oct 2000;68(5):748-66.
15. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema therapy : a practitioner's guide. New York: Guilford Press; 2003.

16. Young JE. Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach. Sarasota, FL, England: Professional Resource Exchange, Inc; 1990. xi, 79 p. (Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach.).
17. Pascal B. La thérapie des schémas : principes et outils pratiques. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2015. (Collection Pratiques en psychothérapie).
18. Cormier A, Jourda B, Laros C, Walburg V, Callahan S. L'influence entre les schémas précoces inadaptés et la dépression. L'Encéphale. 1 sept 2011.
19. Hawke LD, Provencher MD, Arntz A. Early Maladaptive Schemas in the risk for bipolar spectrum disorders. J Affect Disord. 1 oct 2011.
20. Hawke LD, Provencher MD. Early Maladaptive Schemas among patients diagnosed with bipolar disorder. J Affect Disord. 1 févr 2012.
21. Delattre V, Servant D, Rusinek S, Lorette C, Parquet PJ, Goudemand M, et al. Les schémas précoces dysfonctionnels : étude chez des patients adultes souffrant d'un trouble anxieux. L'Encéphale. 1 juin 2004.
22. Grebot E, Marchand V. Schémas précoces inadaptés chez des consommateurs de cannabis. J Thérapie Comport Cogn. 1 sept 2008.
23. Idrissi Samlali W, Ghailan T, Karjoui K, Ahami AOT, Azzaoui FZ. Les schémas précoces inadaptés et la rechute au cours de traitement de maintien par la méthadone chez les toxicomanes (une approche cognitive). L'Encéphale. 1 oct 2022.
24. Karatzias T, Jowett S, Begley A, Deas S. Early maladaptive schemas in adult survivors of interpersonal trauma: foundations for a cognitive theory of psychopathology. Eur J Psychotraumatology. 16 sept 2016.
25. Lecigne M, Tapia G. Trouble de stress post-traumatique et trouble lié à l'usage de substances illicites : le rôle médiateur des schémas précoces inadaptés. Prat Psychol. 1 déc 2016
26. Boudoukha AH, Przygodzki-Lionet N, Hautekeete M. Traumatic events and early maladaptive schemas (EMS): Prison guard psychological vulnerability. Eur Rev Appl Psychol. 1 juill 2016
27. Cockram DM, Drummond PD, Lee CW. Role and treatment of early maladaptive schemas in vietnam veterans with PTSD. Clin Psychol Psychother. 2010.
28. Walburg V, Paez J, Henini N, Leroux D. Comparaison des schémas précoces inadaptés chez des étudiants entre le début et la fin d'études universitaires. J Thérapie Comport Cogn. 1 juin 2008.
29. Paul Verschoore - Étude des Schémas Précoces Inadaptés chez les étudiants de l'Université de Poitiers - UPthèses - Les thèses en ligne de l'Université de Poitiers
30. Sophie Hascouet - Étude du nombre de Schémas précoces inadaptés et de la corrélation avec le Burn-out chez les étudiants en médecine de France - UPthèses - Les thèses en ligne de l'Université de Poitiers.
31. Trarieux PC. Thèse Clémence - SPI et épuisement académique.

32. enseignementsup-recherche.gouv.fr. 2021. Les étudiants inscrits dans les universités françaises en 2020-2021.
33. Zhang L, Pan R, Cai Y, Pan J. The Prevalence of Post-Traumatic Stress Disorder in the General Population during the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review and Single-Arm Meta-Analysis. *Psychiatry Investig.* mai 2021.
34. Price JP. Cognitive schemas, defence mechanisms and post-traumatic stress symptomatology. *Psychol Psychother.* sept 2007;80(Pt 3):343-53.
35. Cottraux J, Blackburn IM. Psychothérapies cognitives des troubles de la personnalité. *NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie.* 1 févr 2007.
36. Beck JS. Cognitive therapy of personality disorders. In: *Frontiers of cognitive therapy.* New York, NY, US: The Guilford Press; 1996. p. 165-81.
37. Jehel L, Brunet A, Paterniti S, Guelfi JD. Validation de la version française de l'inventaire de détresse péritraumatique. *Can J Psychiatry.* 1 janv 2005.
38. Magne H, Jaafari N, Voyer M. La croissance post-traumatique : un concept méconnu de la psychiatrie française. *L'Encéphale.* 1 avr 2021.
39. Elsevier. Elsevier Connect. La thérapie des schémas. Disponible sur: <https://www.elsevier.com/fr-fr/connect/psy/la-therapie-des-schemas>

7 – ANNEXE

Annexe 1 - TROUBLE DE STRESS POST TRAUMATIQUE SELON LE DSM V

A - Exposition à un événement traumatique

B - Symptômes de reviviscence de l'événement

C - Evitement des stimuli évocateurs de l'événement

D - Altération des cognitions et de l'humeur

E - Altération de la vigilance et de la réactivité

F - Durée > 1mois. Le trouble sera dit différé si le tableau clinique complet est constitué en plus de six

mois, même si les premiers symptômes sont apparus avant.

G - Le trouble cause une détresse significative ou une altération du fonctionnement social.

H - Il n'est pas attribuable à une substance (alcool) ou une autre pathologie

Critère A : exposition à un événement traumatique répondre à un de ces 4 critères

A1 – Exposition directe comme victime

A2 – Exposition directe comme témoin

A3 – Apprendre une nouvelle tragique d'un proche

A4 – Exposition comme sauveteur, policier, intervenant

Critère B : symptômes de reviviscence (présenter un ou plusieurs de ces 5 symptômes)

B1 – souvenirs récurrents et anxiogènes de l'événement

B2 – rêves de répétition

B3 – vécus ou agir comme si l'événement allait revenir

B4 – détresse si exposé à un stimulus évocateur

B5 – symptômes physiologiques si exposé à stimulus évocateur

Critère C : évitement persistant des stimuli évocateurs (un ou les deux symptômes)

C1 – évitement des souvenirs et sentiments associés à l'événement

C2 - évitement des personnes, lieux, conversations, objets et situations associés à l'événement Critère

50

Critère D : altération des cognitions et de l'humeur, liée à l'événement (2 symptômes sur 7)

D1 – amnésie d'un aspect important de l'événement

D2 – appréhensions pessimistes sur soi, autrui et le monde

D3 – cognitions erronées sur les causes et les conséquences de l'événement

D4 – émotions négatives (peur, horreur, honte, culpabilité)

D5 – moindre intérêt pour les activités jadis motivantes

D6 – sentiment de détachement vis-à-vis des autres

D7 – incapacité de ressentir des émotions positives (bonheur, satisfaction, amour)

Critère E : altération de la vigilance et de la réactivité, depuis l'événement (2 symptômes sur 6)

E1 – irritabilité, accès de colère

E2 – comportement imprudent ou autodestructeur

E3 – hypervigilance

E4 – réaction de sursaut exagérée

E5 – difficulté de concentration

E6 – troubles du sommeil (difficulté d'endormissement, sommeil léger)

Annexe 2 – DIFFERENTS SPI

Séparation et rejet
Manque affectif : croyance qu'autrui ne comblera jamais les besoins affectifs Abandon/Instabilité : croyance de ne jamais pouvoir être compris ou soutenu par autrui Méfiance/Abus : croyance qu'autrui sera toujours blessant, humiliant, menteur avec le sentiment d'être toujours défavorisé Isolement social : sentiment de n'appartenir à aucun groupe Imperfection/Honte : sentiment d'infériorité concernant des ressentis qui provoqueraient le rejet si dévoilé
Manque d'autonomie et performance
Echec : croyance que l'échec est inévitable Dépendance/Incompétence : passivité par la croyance ne de pas être capable Peur du Danger ou de la Maladie : peur exagérée d'une catastrophe Fusionnement/Personnalité atrophiée : impression de ne pouvoir survivre sans quelqu'un
Manque de limites
Droits Personnels Exagérés/Grandeur : sentiment de supériorité par rapport aux autres Contrôle de soi/Autodiscipline Insuffisants : intolérance à la frustration
Orientation vers les autres
Assujettissement : soumission excessive au contrôle des autres Abnégation : souci de combler les besoins des autres avant les siens Recherche d'Approbation et de Reconnaissance : besoin excessif d'attention
Surveillance et Inhibition
Surcontrôle Émotionnel : contrôle excessif de ses propres émotions Idéaux exigeants/Critique Excessive : conviction de devoir maintenir un niveau de perfection élevé Négativité/Pessimisme : amplification des aspects négatifs de la vie Punition : intolérance envers le manque de perfection chez soi-même et autrui

Annexe 3 – QUESTIONNAIRE YSQ – S3

Instruction :

Vous allez trouver ci-dessous des affirmations qui pourraient être utilisées par une personne pour se décrire elle-même. Nous vous prions de lire chaque affirmation et d'évaluer dans quelle mesure elle constitue une bonne description de vous-même, au cours de l'année passée. Lorsque vous hésitez, basez votre réponse sur ce que vous ressentez émotionnellement, et non pas sur ce que vous pensez rationnellement être vrai pour vous. Certains des items concernant vos relations avec vos parents ou vos relations sentimentales. Si certaines des personnes concernées sont décédées, veuillez répondre sur la base des relations que vous aviez avec elles lors de leur vivant. Si vous n'avez actuellement aucune relation sentimentale, mais que vous avez eu des partenaires dans le passé, veuillez répondre en tenant compte de votre partenaire important(e) le (la) plus récent(e). Choisissez ensuite entre 1 et 6 la cote vous décrivant le mieux et cochez là.

Echelle de cotation :

1= cela est complètement faux pour moi / 2 = le plus souvent faux pour moi / 3 = Plutôt vrai que faux pour moi / 4 = Assez vrai pour moi / 5 = Le plus souvent vrai pour moi / 6 = Me décrit parfaitement.

1. Je n'ai eu personne pour m'aider à grandir, pour partager son univers intérieur avec moi, ou qui se soucie profondément de tout ce qui m'arrive.	1	2	3	4	5	6
2. Je m'accroche aux gens dont je suis proche par peur qu'ils ne me quittent.	1	2	3	4	5	6
3. J'ai l'impression que les autres vont profiter de moi.	1	2	3	4	5	6
4. Je ne suis pas adapté(e).	1	2	3	4	5	6
5. Aucun homme ou femme que je désire ne pourrait m'aimer une fois qu'il(elle) aurait vu mes défauts.	1	2	3	4	5	6
6. Presque rien de ce que je fais au travail (ou à l'école) n'est aussi bon que ce que font les autres.	1	2	3	4	5	6
7. Je ne me sens pas capable de me débrouiller par moi-même dans la vie de tous les jours.	1	2	3	4	5	6

8. Il ne me semble pas possible d'échapper au sentiment que quelque chose de mauvais va bientôt se passer.	1	2	3	4	5	6
9. Je n'ai pas pu me séparer de ma mère ou de mon père comme semblent le faire les gens de mon âge.	1	2	3	4	5	6
10. Je pense que si je fais ce que je veux, je cours après les problèmes.	1	2	3	4	5	6
11. Je suis celui (celle) qui finit généralement par prendre soin des gens dont je suis proche.	1	2	3	4	5	6
12. Je suis trop gêné(e) pour exprimer des sentiments positifs aux autres (par ex. de l'affection, de l'intérêt).	1	2	3	4	5	6
13. Je dois être le(la) meilleur(e) dans presque tout ce que je fais, je ne peux pas accepter d'être le(la) deuxième.	1	2	3	4	5	6
14. Lorsque j'attends quelque chose des autres, j'ai beaucoup de difficulté à accepter un refus.	1	2	3	4	5	6
15. Il ne me semble pas possible de me discipliner pour terminer des tâches routinières ou ennuyeuses.	1	2	3	4	5	6
16. Posséder de l'argent et connaître des gens importants sont des choses qui me donnent de la valeur.	1	2	3	4	5	6
17. Même lorsque tout va bien, j'ai l'impression que ce ne sera que temporaire.	1	2	3	4	5	6
18. Si je fais une erreur, je mérite d'être puni(e).	1	2	3	4	5	6
19. Je n'ai personne pour me prendre dans ses bras, pour me donner de la chaleur et de l'affection.	1	2	3	4	5	6
20. J'ai tellement besoin des autres que j'ai peur de les perdre.	1	2	3	4	5	6
21. J'ai l'impression que je dois être sur mes gardes en présence des autres sinon ils me blesseront intentionnellement.	1	2	3	4	5	6
22. Je suis fondamentalement différent(e) des autres.	1	2	3	4	5	6
23. Aucune personne que je désire ne pourrait rester proche de moi si elle savait qui je suis réellement.	1	2	3	4	5	6
24. Je suis incompetent(e) quand il s'agit de réussir.	1	2	3	4	5	6
25. Je me considère comme une personne dépendante en ce qui concerne la vie de tous les jours.	1	2	3	4	5	6
26. J'ai l'impression qu'un désastre naturel, criminel, financier ou médical pourrait frapper à tout moment.	1	2	3	4	5	6
27. Mes parents et moi avons tendance à être sur-impliqués dans nos vies et nos problèmes réciproques.	1	2	3	4	5	6
28. Je sens que je n'ai pas d'autre choix que de me soumettre aux souhaits des autres, sinon ils exerceront des représailles ou me rejeteront d'une façon ou d'une autre.	1	2	3	4	5	6
29. Je suis quelqu'un de bon car je pense aux autres plus qu'à moi-même.	1	2	3	4	5	6
30. Je trouve embarrassant d'exprimer mes sentiments aux autres.	1	2	3	4	5	6
31. Je m'efforce de faire de mon mieux ; je ne peux pas me contenter d'être « assez bien ».	1	2	3	4	5	6
32. Je suis quelqu'un de spécial et je ne devrais pas avoir à accepter les restrictions auxquelles les autres doivent se soumettre.	1	2	3	4	5	6
33. Si je ne peux pas atteindre un but, je suis facilement frustré(e) et j'abandonne.	1	2	3	4	5	6
34. Mes réussites ont plus de valeur à mes yeux si les autres les remarquent.	1	2	3	4	5	6
35. S'il se produit quelque chose de bien, j'ai peur qu'il n'arrive ensuite quelque chose de mauvais.	1	2	3	4	5	6
36. Si je ne donne pas le meilleur de moi-même, je dois m'attendre à échouer.	1	2	3	4	5	6
37. Je n'ai jamais eu le sentiment que je représentais quelqu'un d'important pour quelqu'un d'autre.	1	2	3	4	5	6

38. Je crains que les gens dont je me sens proche ne me quittent ou ne m'abandonnent.	1	2	3	4	5	6
39. Ce n'est qu'une question de temps avant que quelqu'un me trahisse.	1	2	3	4	5	6
40. Je suis à part ; je suis un(e) solitaire.	1	2	3	4	5	6
41. Je ne mérite pas l'amour, l'attention et le respect des autres.	1	2	3	4	5	6
42. La plupart des gens sont plus doués que moi en ce qui concerne le travail (ou l'école) et la réussite.	1	2	3	4	5	6
43. Je manque de bon sens.	1	2	3	4	5	6
44. J'ai peur d'être attaqué(e) physiquement par des gens.	1	2	3	4	5	6
45. Il est très difficile, pour mes parents et moi-même, de garder secrets, chacun pour soi, certains détails intimes, sans nous sentir trahis ou coupables.	1	2	3	4	5	6
46. Dans mes relations, je laisse l'autre avoir le dessus sur moi.	1	2	3	4	5	6
47. Je suis tellement occupé(e) à me dévouer pour les gens qui m'importent que j'ai très peu de temps pour moi.	1	2	3	4	5	6
48. Il m'est difficile d'avoir l'esprit libre et d'être spontané(e) avec les autres.	1	2	3	4	5	6
49. Je dois faire face à toutes mes responsabilités.	1	2	3	4	5	6
50. Je déteste être contraint(e) ou qu'on m'empêche de faire ce que je veux.	1	2	3	4	5	6
51. Il m'est très difficile de sacrifier une gratification immédiate pour mener à bien un projet à long terme.	1	2	3	4	5	6
52. A moins d'obtenir beaucoup d'attention des autres, je me sens peu important(e).	1	2	3	4	5	6
53. On n'est jamais assez prudent ; il peut toujours se produire quelque chose de mauvais.	1	2	3	4	5	6
54. Si je ne fais pas mon travail, je devrai en subir les conséquences.	1	2	3	4	5	6
55. Je n'ai eu personne qui m'écoute réellement, me comprenne et soit sensible à mes besoins et mes sentiments véritables.	1	2	3	4	5	6
56. Quand je sens que quelqu'un à qui je tiens s'éloigne de moi, je deviens désespéré(e).	1	2	3	4	5	6
57. Je suis très méfiant(e) quant aux motivations des autres.	1	2	3	4	5	6
58. Je me sens étranger(ère) aux autres, ou coupé(e) des autres.	1	2	3	4	5	6
59. J'ai le sentiment d'être quelqu'un que l'on ne peut pas aimer.	1	2	3	4	5	6
60. Je n'ai pas autant de talent que les autres au travail (ou à l'école).	1	2	3	4	5	6
61. On ne peut se fier à mon jugement dans les situations quotidiennes.	1	2	3	4	5	6
62. J'ai peur de perdre mon argent et de devenir démun(e) ou très pauvre.	1	2	3	4	5	6
63. J'ai souvent l'impression que mes parents vivent à travers moi – je n'ai pas une vie qui me soit propre.	1	2	3	4	5	6
64. Je laisse toujours les autres choisir à ma place, si bien que je ne sais pas vraiment ce que je veux moi-même.	1	2	3	4	5	6
65. J'ai toujours été celui (celle) qui écoute les problèmes des autres.	1	2	3	4	5	6
66. Je me contrôle tellement bien que les autres croient que je n'ai pas d'émotions.	1	2	3	4	5	6
67. Je ressens une pression constante qui me force à faire les choses et à les réussir.	1	2	3	4	5	6

68. Je crois que je n'ai pas à suivre les règles et les conventions comme les autres.	1	2	3	4	5	6
69. Je ne peux pas me forcer à faire des choses qui ne me plaisent pas même quand je sais que c'est pour mon bien.	1	2	3	4	5	6
70. Si j'interviens lors d'une réunion ou si on me présente dans un groupe, il est important pour moi d'être reconnu(e) et admiré(e).	1	2	3	4	5	6
71. Même si je travaille beaucoup, j'ai peur de me retrouver un jour sans le sou.	1	2	3	4	5	6
72. Peu importe les raisons, quand je fais une erreur, je devrais en payer le prix.	1	2	3	4	5	6
73. Je n'ai pas eu une personne forte pour me donner de bons conseils ou pour me guider lorsque je ne savais pas quoi faire.	1	2	3	4	5	6
74. Quelquefois j'ai tellement peur que les gens m'abandonnent que je les repousse.	1	2	3	4	5	6
75. Je m'interroge habituellement sur les véritables intentions des autres.	1	2	3	4	5	6
76. Je me sens toujours à l'extérieur des groupes.	1	2	3	4	5	6
77. Je suis trop fondamentalement inacceptable pour me révéler aux autres ou pour les laisser bien me connaître.	1	2	3	4	5	6
78. Je ne suis pas aussi intelligent(e) que la plupart des gens quand il s'agit du travail (ou de l'école).	1	2	3	4	5	6
79. Je n'ai pas confiance dans ma capacité à résoudre les problèmes qui se posent tous les jours.	1	2	3	4	5	6
80. J'ai peur d'avoir une maladie grave, même si rien de sérieux n'a été diagnostiqué par un médecin.	1	2	3	4	5	6
81. J'ai souvent l'impression de ne pas avoir une identité distincte de celle de mes parents ou de mon(ma) partenaire.	1	2	3	4	5	6
82. J'ai beaucoup de difficultés à exiger que mes droits soient respectés et que mes sentiments soient pris en compte.	1	2	3	4	5	6
83. On me voit comme quelqu'un qui en fait trop pour les autres et pas assez pour lui(elle)-même.	1	2	3	4	5	6
84. Les gens me trouvent coincé(e) sur le plan émotionnel.	1	2	3	4	5	6
85. Je ne peux pas accepter de me dégager aisément d'une situation difficile ou de présenter des excuses pour mes erreurs.	1	2	3	4	5	6
86. J'ai le sentiment que j'ai beaucoup plus à offrir que les autres.	1	2	3	4	5	6
87. J'ai rarement été capable de tenir mes engagements.	1	2	3	4	5	6
88. Lorsqu'on me fait beaucoup de compliments et d'éloges, je me sens une personne de valeur.	1	2	3	4	5	6
89. J'ai peur qu'une mauvaise décision ne puisse conduire à un désastre.	1	2	3	4	5	6
90. Je suis quelqu'un de mauvais qui mérite d'être puni.	1	2	3	4	5	6

Les 18 schémas précoces inadaptés sont :

- manque affectif : items 1, 19, 37, 55, 73;
- abandon : items 2, 20, 38, 56, 74;
- méfiance et abus : items 3, 21, 39, 57, 75;
- isolement social : items 4, 22, 40, 58, 76;
- imperfection-honte : items 5, 23, 41, 59, 77;
- échec : items 6, 24, 42, 60, 78;
- dépendance-incompétence : items 7, 25, 43, 61, 79;
- peur du danger ou de la maladie (vulnérabilité) : items 8, 26, 44, 62, 80;
- fusionnement : items 9, 27, 45, 63, 81; 66

- assujettissement : items 10, 28, 46, 64, 82;
- abnégation : items 11, 29, 47, 65, 83;
- surcontrôle émotionnel : items 12, 30, 48, 66, 84;
- idéaux exigeants : items 13, 31, 49, 67, 85;
- droits personnels exagérés : items 14, 32, 50, 68, 86;
- contrôle de soi-autodiscipline insuffisants : items 15, 33, 51, 69, 87;
- recherche d'approbation et de reconnaissance : items 16, 33, 51, 70, 88;
- négativité-pessimisme : items 17, 35, 53, 71, 89;
- punition : items 18, 36, 54, 72, 90.



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) qui 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.



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 6 - LIFE EVENT CHECKLIST for DSM-5, LEC 5

Vous et vos événements de vie stressants

Voici une liste de situations difficiles ou stressantes qu'une personne peut avoir à subir. Pour chaque événement, veuillez cocher une ou plusieurs cases de droite pour indiquer que : (a) vous avez **personnellement** vécu une telle situation ; (b) **vous avez été témoin** d'une telle situation vécue par une autre personne ; (c) vous avez appris qu'une telle situation était arrivée à **l'un de vos proches** ; (d) vous y avez été exposé **dans le cadre de votre travail** ; (e) vous êtes **incertain** ou (f) cela **ne s'applique pas à vous**.

Evènement	Cela m'est arrivé	J'en ai été témoin	Je l'ai appris	Fait partie de mon travail	Incertain	Ne s'applique pas à moi
1. Catastrophe naturelle (inondation, ouragan, tornade, tremblement de terre, etc...)						
2. Incendie ou explosion						
3. Accident de la route (accident de voiture ou de bateau, déraillement de train, écrasement d'avion, etc)						
4. Accident grave de travail, à domicile ou pendant des occupations de loisirs.						
5. Exposition à une substance toxique (produits chimiques dangereux, radiations, etc. .)						
6. Agression physique (avoir été attaqué, frappé, poignardé, battu, roué de coups, etc.)						
7. Attaque à main armée (avoir été blessé par arme à feu ou arme tranchante, avoir été menacé avec un couteau, une arme à feu ou une bombe, etc.)						
8. Agression sexuelle (viol, tentative de viol, accomplir tout acte sexuel par la force ou sous des menaces)						
9. Autre expérience sexuelle non désirée et désagréable (abus sexuel dans l'enfance)						
10. Participation à un conflit armé ou présence dans une zone de guerre (dans l'armée ou comme civil).						

11. Captivité (avoir été kidnappé, enlevé, pris en otage, incarcéré comme prisonnier de guerre, etc.)						
12. Maladie ou blessure mettant la vie en danger						
13. Souffrances humaines intenses						
14. Mort violente (homicide, suicide, etc.)						
15. Mort subite et inattendue d'un proche						
16. Blessure grave, dommage ou mort causés par vous à quelqu'un						
17. Toute autre expérience très stressante (négligence dans l'enfance, etc.) Préciser.....						

Annexe 7 – PTSD CHECK LIST for DSM 5, PCL-5

Dans le dernier mois, dans quelle mesure avez-vous été affecté(e) par :	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Souvent	Extrêmement
1. Des souvenirs répétés, pénibles et involontaires de l'expérience stressante ?	0	1	2	3	4
2. Des rêves répétés et pénibles de l'expérience stressante ?	0	1	2	3	4
3. Se sentir soudainement comme si l'expérience stressante recommençait (comme si vous la viviez à nouveau) ?	0	1	2	3	4
4. Être bouleversé(e) lorsque quelque chose vous rappelle l'expérience stressante ?	0	1	2	3	4
5. Réagir physiquement lorsque quelque chose vous rappelle l'expérience stressante (p. ex., avoir le cœur qui bat très fort, du mal à respirer, ou avoir des sueurs) ?	0	1	2	3	4
6. Éviter souvenirs, pensées ou sentiments en lien avec l'expérience stressante ?	0	1	2	3	4
7. Éviter les personnes et les choses qui vous rappellent l'expérience stressante (p. ex., des gens, des lieux, des conversations, des activités, des objets, ou des situations) ?	0	1	2	3	4
8. Avoir du mal à vous rappeler d'éléments importants de l'expérience stressante ?	0	1	2	3	4
9. Avoir des croyances négatives sur vous-même, les autres ou sur le monde (p. ex., avoir des pensées telles que : je suis mauvais(e), il y a quelque chose qui cloche sérieusement chez moi, nul n'est digne de confiance, le monde est un endroit complètement dangereux) ?	0	1	2	3	4
10. Vous blâmer ou blâmer les autres pour la survenue de l'expérience stressante ou ce qui est arrivé par la suite ?	0	1	2	3	4
11. Avoir des sentiments négatifs intenses tels que peur, horreur, colère, culpabilité, ou honte ?	0	1	2	3	4
12. Perdre de l'intérêt pour des activités que vous aimiez auparavant ?	0	1	2	3	4
13. Vous sentir distant(e) ou coupé(e) des autres ?	0	1	2	3	4
14. Avoir du mal à éprouver des sentiments positifs (p.ex., être incapable de ressentir la joie ou de l'amour envers vos proches) ?	0	1	2	3	4
15. Être irritable, avoir des bouffées de colère, ou agir agressivement ?	0	1	2	3	4
16. Prendre des risques inconsidérés ou encore avoir des conduites qui pourraient vous mettre en danger ?	0	1	2	3	4
17. Être « super-alerte », vigilant(e) ou sur vos gardes ?	0	1	2	3	4
18. Sursauter facilement ?	0	1	2	3	4
19. Avoir du mal à vous concentrer ?	0	1	2	3	4
20. Avoir du mal à trouver ou garder le sommeil ?	0	1	2	3	4

La notation du PCL-5 peut se faire de plusieurs façons différentes :

- Un score total pour la gravité des symptômes (0-80) peut être obtenu en additionnant le score de chacun des 20 items.

- Le score de gravité pour chacun des critères de symptômes dans le DSM-5 peut être obtenu en additionnant le score des items contenus correspondant à chaque critère, soit B (items 1-5), C (items 6-7), D (items 8-14), et E (items 15-20).

-Un diagnostic provisoire peut être obtenu en considérant tout item avec un score de 2 et plus comme étant présent, et ensuite en adhérant aux instructions du DSM-5 qui requièrent au moins : 1 item B (questions 1-5), 1 item C (questions 6- 7), 2 items D (questions 8-14), et 2 items E (questions 15-20).

Un seuil de 38 au PCL-5 semble raisonnable pour suggérer la présence d'un TSPT.

Annexe 8 - PERITRAUMATIC DISTRESS INVENTORY

Veuillez compléter le questionnaire en entourant le nombre qui décrit le mieux l'expérience que vous avez **vécue pendant l'événement traumatique et dans les minutes et les heures qui ont suivi**. Si les items ne s'appliquent pas à votre expérience, veuillez entourer « pas du tout vrai ».

	Pas du tout vrai	Un peu vrai	Plutôt vrai	Très vrai	Extrêmement vrai
Je me sentais impuissant(e), dépassé(e)	0	1	2	3	4
Je ressentais de la tristesse et du chagrin	0	1	2	3	4
Je me sentais frustré(e), insatisfait(e) et en colère	0	1	2	3	4
J'avais peur pour ma propre sécurité	0	1	2	3	4
Je me sentais coupable	0	1	2	3	4
J'avais honte de mes émotions, ce que je ressentais	0	1	2	3	4
J'étais inquiet(e) pour la sécurité des autres (mes parents, mes frères et sœurs, mes amis etc...)	0	1	2	3	4
J'avais l'impression de perdre le contrôle de mes émotions, de ne plus maîtriser ce que je ressentais	0	1	2	3	4
J'avais envie d'uriner, d'aller à la selle	0	1	2	3	4
J'étais horrifié(e), effrayé(e)	0	1	2	3	4
J'avais des sueurs, des tremblements, le cœur qui battait fort et vite (palpitations)	0	1	2	3	4
Je sentais que je pouvais m'évanouir	0	1	2	3	4
Je pensais que je pourrais mourir	0	1	2	3	4

Au cours du mois écoulé, avez-vous souvent pensé de façon pénible à cet événement ?

(par exemple par le biais de cauchemars, de flashbacks, évitement des rappels du traumatisme) ou étiez-vous pris(e) d'angoisse lorsque quelque chose ou quelqu'un vous rappelait l'événement traumatique ?

Si NON : ne pas remplir le questionnaire suivant (PCL-5)

Si OUI : remplir le questionnaire suivant (PCL-5)

Chacun des 13 items est coté de 0 (pas du tout vrai) à 4 (extrêmement vrai). Le score total est la somme de tous les items. Un score à partir de 15 indique une détresse significative.

Annexe 9 - POST TRAUMATIC GROWTH INVENTORY : PTGI

Depuis l'évènement stressant

Veuillez indiquer, pour chacune des affirmations ci-dessous, le degré auquel ces changements se sont produits dans votre vie comme un résultat de l'expérience de l'évènement stressant. Entourez votre réponse.

- Je ne ressens pas ce changement = 0
- Je ressens ce changement à un très faible degré = 1
- Je ressens ce changement à un faible degré = 2
- Je ressens ce changement à un degré modéré. = 3
- Je ressens ce changement à un degré élevé. = 4
- Je ressens ce changement à un degré très élevé = 5

1- Mes priorités sur ce qui est important dans la vie ont changé.	0	1	2	3	4	5
2- Je considère la valeur de ma vie différemment.	0	1	2	3	4	5
3- J'ai de nouveaux centres d'intérêts.	0	1	2	3	4	5
4- Je compte davantage sur moi.	0	1	2	3	4	5
5- J'ai une meilleure compréhension des questions spirituelles.	0	1	2	3	4	5
6- Je sais que je peux compter sur les autres en cas de problèmes.	0	1	2	3	4	5
7- J'ai donné une nouvelle orientation à ma vie.	0	1	2	3	4	5
8- Je me sens plus proche des gens	0	1	2	3	4	5
9- J'exprime plus volontiers mes émotions.	0	1	2	3	4	5
10- Je sais que je peux gérer les difficultés	0	1	2	3	4	5
11- Je suis capable de faire de meilleures choses dans ma vie.	0	1	2	3	4	5
12- Je suis capable d'accepter la façon dont les choses arrivent.	0	1	2	3	4	5
13- J'apprécie chaque jour.	0	1	2	3	4	5
14- De nouvelles opportunités sont apparues, ce qui n'aurait pas été le cas auparavant	0	1	2	3	4	5
15- J'ai d'avantage de compassion pour les autres.	0	1	2	3	4	5
16- Je m'investis d'avantage dans mes relations.	0	1	2	3	4	5
17- Je suis plus enclin à changer ce qui doit l'être	0	1	2	3	4	5
18- Ma foi religieuse est plus forte.	0	1	2	3	4	5
19- J'ai découvert que j'étais plus fort(e) que je pensais l'être.	0	1	2	3	4	5
20- J'ai appris à quel point les gens peuvent être merveilleux	0	1	2	3	4	5
21- J'accepte mieux d'avoir besoin des autres.	0	1	2	3	4	5

Le score total est la somme de tous les items (score maximum 105 points).

L'analyse se compose de 5 sous-échelles :

- Relation aux autres (items 6, 8, 9, 15, 16, 20, 21)

- Nouvelles possibilités (items 3, 7, 11, 14, 17)
- Force personnelle (items 4, 10, 12, 19)
- Changement spirituel (items 5, 18)
- Appréciation de la vie (items 1,2, 13)

Annexe 10 – MAIL DE RELANCE

Monsieur le Recteur,
Monsieur le Président

Nous avons conduit une étude préliminaire sur l'Université de Poitiers, validée par le comité d'éthique Tours Poitiers, concernant les étudiants. Les résultats nous conduisent à vous solliciter pour une aide à la diffusion nationale plus rapide.

Sur 2543 étudiants répondeurs, 1217 (48%) ont vécu un événement traumatique (abus sexuel, violence, mort brutal d'un proche...). Parmi ces derniers, 606 (50%) ont un psychotraumatisme. Outre la gravité des symptômes (reviviscence du traumatisme en permanence, insomnie, sentiment d'avenir bouché, ...), le traumatisme peut engendrer des addictions (1/2) et des suicides (Risque relatif multiplié par 2).

Ces résultats inquiétants nous conduisent à vous solliciter pour diffuser le lien de cette étude avec un mail explicatif aux étudiants de votre université. Dans le cadre de l'épidémie de Covid, l'isolement et la précarité des étudiants peuvent expliquer ces taux très importants et peu habituels. Ces résultats nous semblent justifier des mesures rapides de prévention, basés sur les résultats de notre étude, permettant un dépistage précoce et un recours aux services de prévention des Universités. Sur la base des seuls 10% d'étudiants répondeurs de Poitiers, 300 étudiants minimum sont concernés par cette prévention.

Dans l'attente de votre réponse, nous nous tenons à votre disposition pour des précisions éventuelles

respectueusement

François Birault
Professeur Associé
Directeur Pôle Recherche
l'Apprentissage

Département de Médecine Générale
Faculté de Médecine et Pharmacie
Université de Poitiers

Nelly Goutaudier
Maitre de Conférence Universitaire
Centre de Recherche sur la Cognition et

Annexe 11 – MAIL AUX ETUDIANTS

Bonjour,

Tu es étudiant-e à l'université ?

Tu as déjà été confronté-e à du stress pendant tes études ? Peut être un burn out ?

Alors on a besoin de toi !

Nous sommes un groupe d'internes en médecine générale et nous te contactons pour réaliser une thèse sur la santé des étudiant-e-s, et principalement sur le stress induit par les études.

Voici le lien vers le questionnaire concernant notre étude, il a été envoyé à tous les étudiant-e-s des différentes facultés de France dont tu fais partie :

<http://survey.appli.univ-poitiers.fr/36982?lang=fr>

Ce questionnaire te prendra environ 20 minutes, tu peux y répondre lors d'une pause café.

Nous te conseillons de le réaliser sur un ordinateur pour un meilleur visuel, mais il est possible d'y répondre également sur ton portable.

Tes réponses seront totalement anonymes (y compris pour nous) et confidentielles, personne à part toi ne pourra savoir si tu as fait le questionnaire ou pas.

Tu pourras accéder à la fin de notre questionnaire à une interprétation de tes résultats si tu le souhaites.

En pratique, tes réponses permettront dans le futur de créer des systèmes de prévention de fatigue psychologique chez les étudiant-e-s et les professionnels de santé.

Elles permettront pour nous médecins de faire évoluer les pratiques et de créer des formations afin de prendre correctement en charge les gens en souffrance psychologique.

L'objectif est d'avoir un maximum de participation pour que cette étude soit solide et puisse être utilisable pour améliorer la santé des étudiant-e-s et des professionnels de santé.

Si tu souhaites plus d'explications sur notre problématique, tu trouveras tout sur notre site internet :

<https://medphar.univ-poitiers.fr/ptsd-bo-2-epuisement-professionnel-chez-les-etudiants/>

Merci pour ton aide précieuse !

Internes thésards : Antoine BARRET, Céline BLANDIN, Jérémie CAMBRAI, Sylvie CARBONAI, Pierre Henri CARTIER, Sarah CHAIGNEAU, June GAUDARD, Mickael GODIE, Sophie HASCOUET, Floriane MARTIN, Thibaud SIGNORET, Dana TANASE, Clémence TARIEUX, Bastien YONNEAU

Directeur de thèse : François BIRAULT

Annexe 12 – MESSAGE SUR LES RESEAUX SOCIAUX

Facebook :

“Bonjour à tous !

Nous sommes un groupe d'internes de médecine générale de Poitiers et réalisons une thèse sur le stress et le burnout induit par les études.

Nous avons choisi ce sujet car nous y avons tous été plus ou moins touchés et nous souhaitons agir pour la prévention de cette souffrance.

Il s'agit de la première étude nationale sur le burnout concernant toutes les catégories d'étudiants ! Et nous avons besoin de vous tous pour donner le maximum de puissance à notre étude.

Ce questionnaire prend environ 20 minutes, idéalement réalisé sur ordinateur, et est totalement anonyme.

ATTENTION : Cette étude est donc réservée aux étudiants merci de ne pas y répondre si ce n'est pas le cas au risque de modifier nos résultats puis de conclure à une non significativité.

Lien du questionnaire : <http://survey.appli.univ-poitiers.fr/36982?lang=fr>

A partager avec d'autres étudiants ce serait encore mieux. Chaque réponse compte, merci pour votre aide !”

Twitter :

“Tu es étudiant.e?

Voici une thèse sur le stress et le burnout induit par les études.

Il s'agit de la première étude nationale sur le burnout concernant les étudiants !

Ce questionnaire prend environ 20 minutes.

Cette étude est réservée aux étudiants.

<http://survey.appli.univ-poitiers.fr/36982?lang=fr>”

Annexe 13 – UNIVERSITES PARTICIPANTES

Université	Diffusion au 11/01/2022
Université Paris 1,3,5 et 7	Accord par la présidence
Université Paris 2	Accord
Université Paris 4	Refus Motif : sortie du contexte de pandémie fragile.
Université 6	Refus Motif : sortie du contexte de pandémie fragile.
Université Catholique de Paris	En attente
Université Paris 8	En attente
Université Paris 10	En attente
Université Paris 12	Accord par le Service de prévention
Université Paris 13	Accord par la présidence
Université Paris-Est Marne-la-Vallée – Université Gustave-Eiffel	Refus Motif : Problème technique mailing list
Université de Cergy-Pontoise	En attente
Université de Versailles	En attente
Université d'Evry	Accord par la présidence
Université Paris 9	En attente
Université Clermont Auvergne	Refus par le service communication Motif : non précisé
Université de Savoie Mont-Blanc	En attente

Université de Grenoble Alpes	En attente
Université Lyon 1	En attente
Université Lyon 2	En attente
Université Lyon 3	Refus Motif : non précisé
Université Jean Monnet	Refus Motif : non précisé
Université d'Artois	Refus Motif : non précisé
Université Lille 1,2,3	Accord par compte Twitter de l'université
Université du Littoral Côte d'Opale	Accord
Université de Valenciennes	En attente
Université de Picardie Jules-Verne	En attente
Université de technologie de Compiègne	En attente
Université de Haute Alsace	Accord sur plateforme étudiant en libre accès
Université de Reims	Accord
Université de Lorraine	En attente
Université de Strasbourg	Accord
Université de Reims	En attente
Université de Montpellier	Refus Motif : favorise enquête interne

Université de Nîmes	Accord via forum en libre accès
Université Perpignan	Refus Motif : nombreuses sollicitations pour des études
Université de Toulouse 1 et 2	Refus
Université de Toulouse 3	Accord
Université de Champollion	Accord
Université Aix-Marseille	Refus Motif : enquêtes internes
Université d'Avignon	En attente
Université Nice	En attente
Université du Sud Toulon	Refus Motif : non précisé
Université de Bretagne Occidentale	Refus Motif : enquêtes internes
Université de Bretagne sud	Accord
Université de Rennes 1	En attente
Université Rennes 2	Refus Motif : non précisé
Université de Bordeaux	En attente
Université Bordeaux-Montaigne	Refus Motif : longueur et questions anxiogène
Université de Pau	En attente
Université de Bourgogne	Refus Présidence / Accord faculté Médecine Motif : Enquête interne

Université d'Orléans	Accord par la présidence
Université François-Rabelais	Accord
Université de Corse Pasquale Paoli	Refus Motif : non précisé
Université de Franche-Comté	Accord
Université Technologique de Belfort-Montbéliard	Refus Motif : problématiques différentes, u.
Université de Limoges	En attente
Université de Caen Normandie	Refus Motif : enquêtes internes
Université du Havre	En attente
Université de Rouen	En attente
Université d'Angers	En attente
Université de Nantes	Refus Motif : non précisé
Université du Maine	Accord via page facebook universitaire
Université de La Rochelle	Accord via réseaux sociaux universitaire
Université de Guyane	En attente
Université des Antilles	Refus présidence / Accord service de santé de Guadeloupe
Université de la Réunion	En attente
Nouvelle Calédonie	Accord



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 !



|

RESUME ET MOTS CLES

Étude du lien entre trouble de stress post traumatique (TSPT) et schémas précoces inadaptés (SPI) chez les étudiants des universités françaises.

INTRODUCTION

Quelques études ont permis d'établir un premier lien entre les SPI et le TSPT dans certaines populations précises, à notre connaissance, aucune ne porte sur les étudiants et étudiants en santé.

OBJECTIFS

L'objectif principal de cette étude sera donc de mettre en évidence le lien entre les SPI et la présence d'un TSPT chez les étudiants des universités françaises. L'objectif secondaire sera de mettre en évidence un lien entre les différents SPI, la détresse péri-traumatique et la capacité de croissance chez les étudiants français, ainsi qu'une différence entre les filières soignante et non soignante.

MATERIELS ET METHODES

L'étude PTSDBO2 est une étude descriptive transversale multicentrique réalisée du 26 février au 16 octobre 2021. Les 74 universités françaises ont été invitées à diffuser notre questionnaire à leurs étudiants. L'auto-questionnaire LEC-5 a été utilisé pour rechercher les événements traumatiques survenus dans la vie de l'étudiant, le PDI pour déterminer les réactions de détresse émotionnelle pendant un événement traumatique, Le PTGI pour évaluer les changements survenus après un événement traumatique. Le PCL-5 pour le dépistage du TSPT et l'YSQ-S3 pour la prévalence des SPI. L'analyse des données a été réalisée à l'aide du logiciel STATISTICA.

RESULTATS

Sur 1,6 millions d'étudiants, 9 430 étudiants ont répondu et présentaient les critères d'inclusions. Les SPI les plus fréquents chez les étudiants de France sont *Abnégation*⁽¹¹⁾, *Négativité*⁽¹⁷⁾, *Idéaux exigeants*⁽¹³⁾, *Surcontrôle émotionnel*⁽¹²⁾, *Abandon*⁽²⁾

Notre étude montre une prévalence supérieure de TSPT chez tous les étudiants ayant vécu une situation traumatisante lorsqu'un SPI est activé. La souffrance péri-traumatique est significativement plus élevée pour chaque SPI activé. La capacité de rebond ou croissance post-traumatique est inférieure chez les étudiants ayant vécu une situation traumatisante pour les SPI de la famille « séparation et rejet », « Manque d'autonomie et performance » et sont supérieurs chez les étudiants présentant les SPI de la famille « survigilance et inhibition ». Chez les étudiants présentant un TSPT cette capacité de rebond est inférieure pour une grande majorité des. Cependant ils sont supérieurs pour les SPI activés *Abnégation*⁽¹¹⁾ et *Droit personnels exagérés*⁽¹⁴⁾.

Chez les étudiants en filière de soins les résultats semblent correspondre aux résultats retrouvés chez tous les étudiants mais il manque de significativité pour une grande partie des SPI.

CONCLUSION

Cette étude nous a permis de mettre en évidence que l'ensemble des schémas précoces inadaptés sont associés à la présence d'un trouble de stress post-traumatique lorsqu'ils sont activés. Certains sont protecteurs vis-à-vis de l'impact d'un traumatisme d'autres néfastes.

MOTS CLES : Schémas précoces inadaptés, trouble de stress post traumatique, détresse péri-traumatique, capacité de croissance post-traumatique, PTSDBO2