

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2020

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE (décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement
le 15 octobre 2020 à Poitiers
par **Coralie Loubaresse-Victor**

Titre

L'existence de Schémas Précoces Inadaptés chez les soignants, revue de la littérature

COMPOSITION DU JURY

Président : Madame la Professeure **Marie Christine PERAULT-POCHAT**

Membres : Madame la Docteure **Stéphanie MIGNOT** – Professeure associée
Madame la Docteure **Lakshmi LEBONHEUR**

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur **François Birault** – Professeur associé

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE
Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

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

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

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

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

Professeur des universités

- PELLERIN Luc, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe

Professeurs associés de médecine générale

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

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

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

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié

Professeurs émérites

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

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

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

REMERCIEMENTS

À Monsieur la Professeure Marie Christine PERAULT-POCHAT, Professeure des universités- Praticiens Hospitaliers,

Je vous remercie d'avoir accepté de présider mon jury en de telles circonstances, vous me faites l'honneur de juger et de présider le jury de ma thèse. Veuillez recevoir l'expression de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect.

À mon directeur de thèse, Monsieur le Professeur François Birault, Professeur associé de médecine générale,

Pour m'avoir accordé votre confiance en me proposant ce sujet, pour votre accompagnement et votre aide durant la rédaction de ce travail et pour m'avoir fait découvrir une médecine générale loin de celle que j'imaginai, qui m'a inspiré et continuera de le faire dans ma pratique future.

À Madame la Professeure Stéphanie MIGNOT, Professeure associée de Médecine Générale,

Je vous remercie d'avoir aimablement accepté de faire partie de mon jury de thèse, ainsi que de vos interventions marquantes lors d'enseignements hors stage, qui ont profondément influencé ma pratique. Je vous prie de bien vouloir accepter ma respectueuse considération.

À Madame la Docteure Lakshmi LEBONHEUR,

Je vous remercie d'avoir aimablement accepté de faire partie de mon jury de thèse, et de la pédagogie dont vous avez pu faire preuve au cours de GEP auxquels j'ai assisté. Je vous prie de bien vouloir accepter ma respectueuse considération.

À ma tutrice la Docteure RENELIER Corinne, pour sa bienveillance, sa gentillesse, son soutien et sa confiance pendant mon premier stage, sa disponibilité lors de la rédaction de mes travaux et cette aventure conjointe qu'a été la découverte du Portefolio.

À tous les maîtres de stage, médecins, paramédicaux, cointernes, externes et patients dont j'ai eu la chance de croiser le chemin et qui m'ont permis d'améliorer sans cesse connaissances et compétences nécessaires à la pratique de la Médecine Générale.

À ma maman, pour ton soutien, ton amour, ta présence. Je sais à quel point, malgré mes explications, le fonctionnement de ces études t'est obscur, promis cette fois, on arrive au bout. Merci, je t'aime.

À Véronique et Paul, sans vous, rien de tout cela n'aurait été possible. Je ne vous remercierai jamais assez.

À Lova, pour ton amour, pour ta présence, pour le bonheur que tu m'apportes chaque jour, pour cette galère partagée qu'a été la rédaction de nos thèses, pour nos projets concrétisés et tous ceux qu'il nous reste. À ton tour Docteur !

À Axel, pour cette amitié incroyable et infaillible, pour l'intérêt que tu as toujours porté à la réussite de mon travail, pour ces milliers de kilomètres que tu es prêt à faire pour me voir le concrétiser et pour ta curiosité insatiable pour ce domaine auquel tu ne connais rien.

À la team Pédi, sans vous l'internat aurait été bien moins drôle !

Et à tous les copains, de près comme de loin, légèreté inestimable de ces dix années studieuses.

LISTE DES ABREVIATIONS :

AAQ : Acceptance and Action Questionnaire

ASQ : Attachment Style Questionnaire

BDI : Beck Depression Inventory

BO : Burnout

CAMS-R : Cognitive and Affective Mindfulness Scale – Revised

CTOS : Counsellor Theoretical Orientation Scale

CTQ : Childhood Trauma Questionnaire

DEP : dépersonnalisation

ECR : Experience in Close Relationship

EE : épuisement émotionnel

EP : épuisement professionnel

GHQ-28 : the 28-items General Health Questionnaire

IES : Impact of Event Scale

IRI : index de réactivité interpersonnelle

JCQ : Job Content Questionnaire

LEC-5 : Life Event Checklist For DSM5

MBI : Maslach Burnout Inventory

NEO-FFI : NEO-Five Factor Inventory

PCL-5 : Posttraumatic stress disorder Check List For DSM 5

PHQ : Physical Health Questionnaire

PDI : Peritraumatic Distress Inventory

PTGI : Post Traumatic Growth Inventory

SCL-90 : Symptom Checklist-90

SMI : Schema Mode Inventory

SPI : schémas précoces inadaptés

TCC : thérapie cognitivo-comportementale

YSQ : Yonug's Schema Questionnaire

TABLE DE MATIERES :

Introduction.....	8
Méthode	11
Résultats.....	14
Discussion.....	21
Conclusion.....	25
Bibliographie.....	26
Annexes	
Tableau 1. Liste des schémas précoces inadaptés et leurs caractéristiques.....	30
Tableau 3. Références exclues de l'étude.....	31
Résumé.....	32
Serment d'Hippocrate.....	33

INTRODUCTION

Le Syndrome d'Épuisement Professionnel (EP)(ou burnout) des soignants est un sujet prégnant de la recherche médicale de par sa prévalence élevée (1) et ses conséquences : pathologies organiques et psychologiques allant jusqu'au suicide, des conduites addictives. L'altération de la qualité de soins se traduit par une augmentation du nombre d'erreurs et négligences médicales avec un coût en santé publique considérable de par la sur-prescription médicamenteuse (2), et arrêts de travail qu'il occasionne entre autres.(3)

Maslach (4) a quantifié l'EP par le MBI (Maslach Burnout Inventory) en trois composantes, l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et l'accomplissement personnel.

De nombreuses études ont prouvé son caractère multidimensionnel (5), l'étiologie et la prévention du burnout est donc difficile à appréhender de façon globale. Au fil des études, de nombreux facteurs de risque ont été découverts, résumables en trois groupes : environnementaux, interpersonnels et individuels. (6–8)

L'environnement professionnel, avec des éléments comme la charge de travail, l'absence de rétroaction, les sanctions, le dépassement de fonction, l'interruption de tâche, de grandes plages horaires de travail, un manque de clarté des attentes a un rôle prouvé mais partiel dans la survenue du burnout.(7,9,10)

Les relations interpersonnelles jouent également un rôle dans sa survenue par l'importance du soutien social, particulièrement dans les métiers du soin où l'échange en cas de difficulté est essentiel. Il en va de même de l'intérêt d'une bonne entente entre collègues et dans les rapports avec les patients. (11,12)

Enfin, les facteurs individuels jouent également un rôle tels que l'âge, le statut marital(13), les centres d'intérêt, la personnalité.(14)

Plusieurs études ont prouvé que le choix de carrière et plus spécifiquement de spécialité chez les soignants était guidé par la personnalité (15), par des désirs inconscients de répondre à des besoins émotionnels non assouvis dans l'enfance à l'origine de conflits intrapsychiques. (16,17)

Cette dernière notion n'est pas prise en compte dans les traits de personnalité et fait écho à la Thérapie des Schémas, un concept développé par Young (18) complétant les travaux de Beck sur la Thérapie Cognitive-Comportementale (TCC) devant son inefficacité pour les troubles de la personnalité et troubles psychiatriques chroniques. (19).

Ainsi, il introduit la notion de Schémas Précoces Inadaptés (SPI), « modèle ou thème important et envahissant constitué de souvenirs, d'émotions, de cognitions et de sensations corporelles concernant soi-même et ses relations avec les autres, enrichi tout au long de la vie de l'individu et dysfonctionnel de façon significative. » (20) Ils sont la conséquence de carences affectives datant de l'enfance au cours d'expériences nocives et cumulatives, influencés par un tempérament inné.

A ce jour, Young et al (21) ont développé 18 schémas résumés dans le Tableau 1. Loin d'être un simple comportement, des stratégies d'adaptation se mettent en place et influencent

l'individu tout au long de sa vie dans la façon de penser, d'entrer en relation avec les autres et d'agir. Les individus interprètent les situations et leur environnement à l'aide de distorsions cognitives de façon à confirmer leurs croyances erronées, base des Schémas.

Trois réponses d'adaptation sont décrites : la compensation, l'évitement et la soumission. Ainsi, de façon inconsciente, un schéma peut faire partie intégrante de la façon d'être du sujet en le guidant dans des situations et choix de vie inadaptés qui : perpétuent les émotions négatives déclenchantes, provoquent l'évitement de secteurs entiers de vie pour ne pas être réactivés ou occasionnent des comportements excessivement opposés à celui-ci avec des répercussions sur les relations interpersonnelles .(22)

Ces modes de réponse ne sont pas systématiquement les mêmes, dépendant du tempérament et des situations déclenchantes et environnementales. Elles peuvent donc être adaptées ou dysfonctionnelles, leur intérêt étant de maintenir le schéma inconscient.

L'intensité d'un schéma peut être modifiée à tout moment de la vie si l'individu est confronté à des expériences positives ou à des comportements significatifs contrebalançant les expériences nocives de l'enfance. Les stratégies d'adaptation deviennent alors conscientes et modifiables, c'est le but de La Thérapie des schémas. La présence de SPI n'est pas forcément pathologique mais leur disparition est impossible.

Bamber et Price (23) face aux mêmes limites d'efficacité de la TCC que Young pour une population de soignants se sont intéressés aux SPI de ces derniers. Dans leur modèle (Figure1), les professionnels du soin choisiraient inconsciemment ce domaine guidés par des conflits intrapsychiques dans le but de reproduire des situations à l'origine de carences de l'enfance afin de pouvoir les réaffronter dans une optique salvatrice. Cependant, l'importance et la rigidité des Schémas de certains seraient trop importantes, occasionnant à l'inverse, une réactivation constante à l'origine d'un stress, de mauvaises relations interpersonnelles et d'une baisse de productivité dans le contexte professionnel.

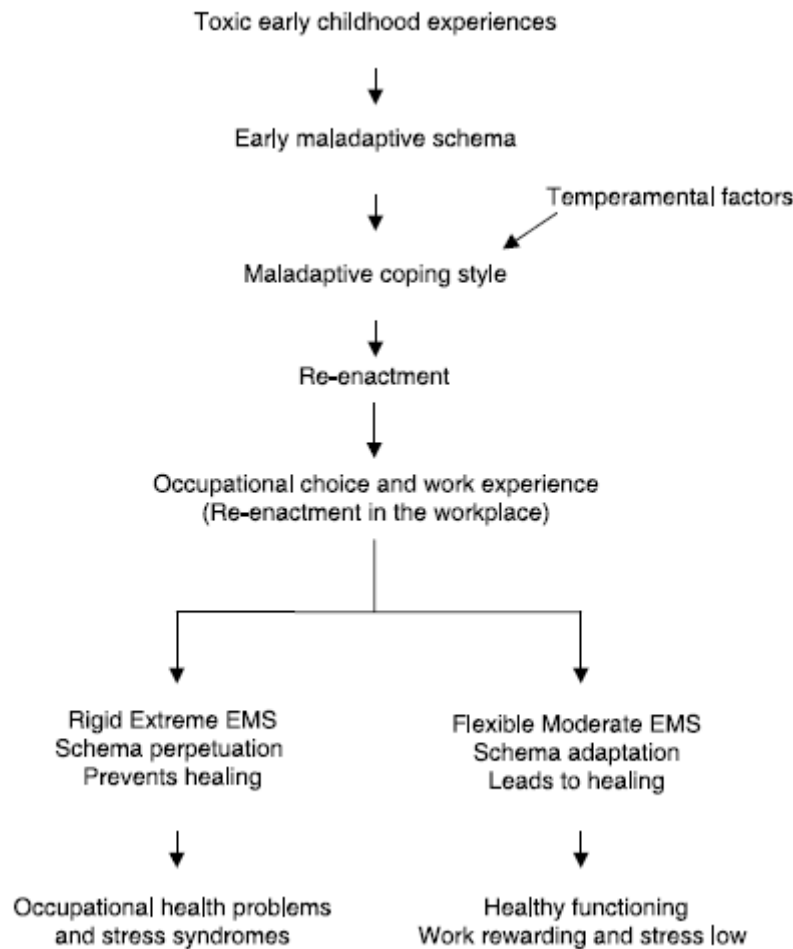


Figure 1 Modèle de Bamber et Price : A schema-focused model of occupational stress (23)

Dans les populations de patients, de nombreuses études ont établi un lien entre SPI et le développement de troubles psychiques ou psychiatriques. (24–26)

L'existence de SPI chez les soignants serait donc un facteur de vulnérabilité psychologique pouvant influencer leur santé mentale, leurs conditions de travail et la relation avec leurs patients.

C'est pourquoi, l'objectif de ce travail, par une revue systématique est de faire le point sur l'état des connaissances concernant l'existence de Schémas Précoces Inadaptés chez les soignants, dans la littérature médicale. Existe-t-il des SPI plus fréquents chez les soignants ?

MATERIEL ET METHODES :

Nous avons utilisé pour cette revue systématique de la littérature les recommandations PRISMA Statement « Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses ».(27)

Une déclaration sur le registre Prospero a été effectuée. La rédaction a été faite à l'aide du logiciel Review Manager5.4.

Démarche méthodologique

La revue systématique de littérature a été menée de juillet au 15 août 2020.

Le mot clé "Schémas précoces inadaptés" ne faisant pas partie du MeSH, la traduction anglaise a été obtenue à l'aide d'articles de référence.

Les recherches ont été effectuées sur les bases de données Pubmed, Psychinfo et Psycharticles. Les mots clés utilisés ont été en français "Schémas Précoces inadaptés", "early maladaptive schema" en anglais.

Pour la recherche Pubmed, l'équation de recherche a été (early maladaptive schema*)

Pour la base de données commune PsychInfo et PsychArticles : early maladaptive schemas

Aucune restriction de date, de langue, de lieu n'a été appliquée.

Sélection des études :

Etaient inclus les études et articles de tous types évaluant la présence de schémas précoces chez les soignants, y compris chez les étudiants, sans sélection sur le lieu de l'étude, la date de publication, la langue de l'article ou le statut publication dans le but d'être exhaustifs.

La sélection des études a été réalisée par une double lecture, de CL (auteure de cette thèse) et FB (directeur de cette thèse) grâce au logiciel COVIDENCE. Un premier tri a été effectué à la lecture du titre et du résumé de chaque article de façon indépendante. Par la suite, chaque discordance a bénéficié d'une concertation pour décider de sa sélection ou non. Puis les articles restants ont été lus dans leur intégralité afin de déterminer leur inclusion.

La lecture de la bibliographie des articles sélectionnés a permis d'intégrer de nouvelles références non trouvées via l'équation de recherche dans les bases de données.

Le critère de jugement principal pour chaque étude était l'évaluation des Schémas Précoces Inadaptés dans une population de soignants.

Analyse des données :

Afin d'analyser et de comparer chaque article sélectionné de façon systématique, un tableau regroupant les informations suivantes a été réalisé :

- Auteur et année de publication
- Population étudiée
- Pays d'étude
- Type d'étude
- Niveau de preuve
- Qualité de l'étude avec check-list adaptée en fonction du type
- Mesures utilisées
- Résultats principaux
- Limites d'interprétation

La qualité des études sélectionnées a été évaluée d'après leur niveau de preuve selon la HAS et à l'aide de check-list adaptées au type d'étude, STROBE pour les études transversales et longitudinales, exprimé en pourcentage d'items positifs sur les 22 critères.(28)

L'analyse des données a été réalisée de manière qualitative, sous la forme d'une synthèse descriptive.

Mesure des schémas Précoces Inadaptés

La mesure des SPI a été réalisée par différentes versions du Young's Schema Questionnaire.

Le questionnaire des schémas de Young est un formulaire autoadministré. Le patient doit coter par une échelle de Likert de 1 : « Cela est complètement faux pour moi » à 6 « me décrit parfaitement » une liste d'affirmations selon son degré d'accord avec la phrase. Chaque phrase correspond à un schéma précis. Ainsi chaque schéma est crédité d'un score moyen, plus il est élevé, plus il témoigne de son activation.

Si dans le cadre de la thérapie des schémas Young ne préconise pas de score total pour l'interprétation (29), plusieurs études ont permis d'établir un cutt-of pour interpréter les résultats. Un score moyen > 2 est considéré comme significatif pour une population non pathologique. (10,30)

La première version (YSQ-L1) sortie en 1994, composée de 205 items évaluait 15SPI. En 1998, elle a été complétée par une version courte (YSQ-S1) composée de 75 items. Ses propriétés ont rapidement été validées (31) et le questionnaire traduit et validé dans de nombreuses langues lui donnant un caractère universel.(22)

Une seconde version de 16 schémas a été publiée mais seuls les 15 premiers existants ont été validés.

Dans la dernière version, publié par Young en 2005 (5), trois nouveaux schémas ont été ajoutés : *Recherche d'approbation/Reconnaissance, Négativité/Pessimisme et Punition*. La

version courte le YSQ-S3 est composée de 90items, chacun des 18 schémas est évalué par 5 questions. Les propriétés psychométriques de la 3^e version française ont été validées (32).

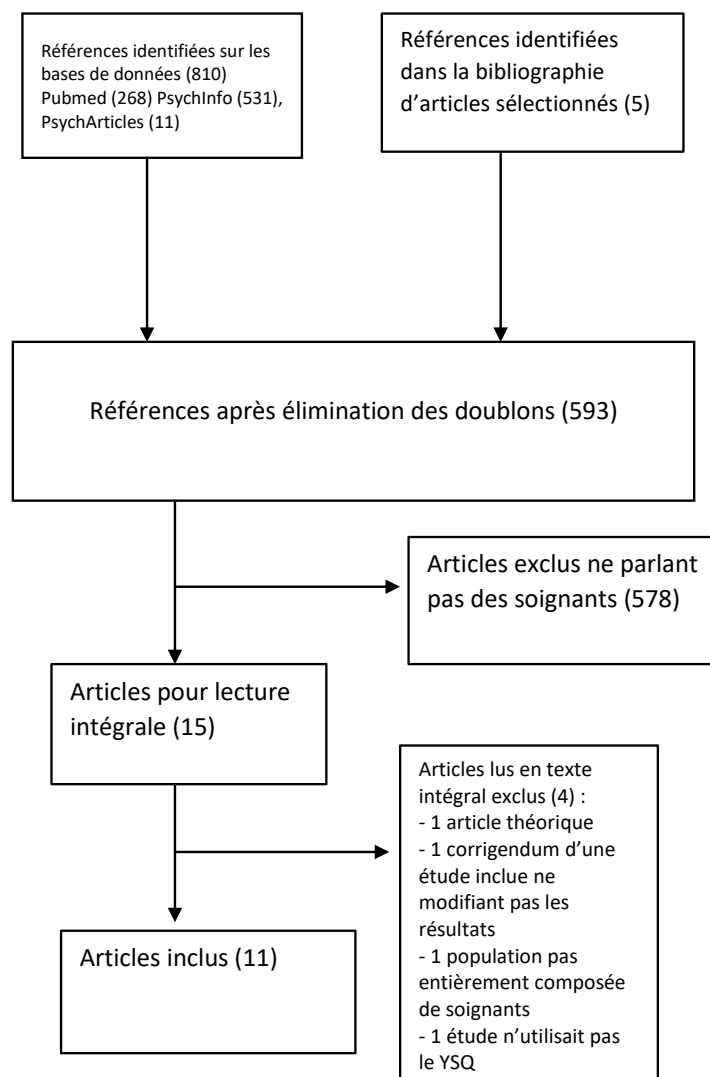
Pour l'analyse des résultats, nous utiliserons indifféremment les expressions « Schémas », « Schémas précoces » et « schémas précoces inadaptés » et ces derniers seront en italique.

RESULTATS

La recherche bibliographique a permis l'obtention de 588 références. Les 15 articles correspondant aux critères d'inclusion (le coefficient kappa de Cohen entre les deux chercheurs était de 87.6%.) ont été lus dans leur intégralité dont 5 ajoutés à posteriori issus de références bibliographiques. Parmi elles figuraient un corrigendum qui n'avait pas d'influence sur les résultats, un article était un chapitre de livre exposant une théorie des SPI chez les soignants, une étude respectant les critères de mesure mais dont l'échantillon était composé à 50% de non soignants sans sous-analyse sur ce groupe (33), enfin une étude sur les schémas de soignants mais utilisant un questionnaire non validé (34), ces études ont été exclues.

Au total, 11 articles ont été inclus dans la revue de littérature comme présentés dans le diagramme de flux (Figure2).

Figure 2. Diagramme de flux de la revue systématique



Les études retenues après consensus des deux examinateurs CL et FB étaient composées de 9 études transversales, 1 étude longitudinale prospective et une validation de questionnaire.

Les caractéristiques de ces études ainsi que leurs principaux biais sont présentés dans le Tableau 2.

Tableau 2. Caractéristiques des études de la revue systématique de la littérature

N°	Auteur année de publication	Population étudiée	Pays	Type d'étude	Mesures utilisées	Niveau de preuve	Qualité de l'étude	Résultats principaux	SPI prévalents	Limites à l'interprétation
1	Price Jason 2006 (35)	Etudiants soignants (ambulanciers aux urgences, infirmières en psychiatrie et psychologues)	Grande- Bretagne	Transversale	YSQ-S1 – GHQ28 – IES	4	STROBE 45%	SPI spécifiques à la profession avec évolution dans le temps	Dépendance, Abnégation	- Méthode statistique non expliquée - 15/18 schémas recherchés
2	Bamber, McMahon 2008 (36)	Etudiants, stagiaires et titulaires Médecins, infirmières, cadres de santé, informaticiens	Angleterre	Transversale	YSQ-S1 – MBI – GHQ28 – nombre d'arrêt maladie l'année précédente	4	STROBE 86%	Idéaux exigeants et Droit personnel exagéré différents entre les groupes	N/A	- 15/18 schémas recherchés
3	Grebot 2011 (37)	Internes en médecine	France	Transversale	YSQ-S1 – Work battery – MBI – ways of coping checklist	4	STROBE 50%	Lien positif entre SPI et activisme professionnel et BO	N/A	- Faible taux de réponse = population non généralisable - 15/18 schémas recherchés
4	Wyman 2011 (38)	Psychothérapeutes	Australie	Longitudinale prospective	CAMS-R – NEO- FFI – AAQ-II – CTOS – YQS-S3 – ASQ	4	STROBE 82%	Corrélation entre alliance thérapeutique et supervision pendant la formation, l'évitement expérientiel, le SPI Recherche d'approbation et le style d'attachement par rapport à celui du patient	Abnégation, idéaux exigeants, Droits personnels exagérés, Recherche de reconnaissance	- Utilisation du YSQ-S3 sans validation psychométrique des 3 nouveaux SPI - Inclusion du SPI <i>punition</i> dans les calculs de corrélation sur théorie et non sur résultats significatifs - 15/18 schémas recherchés

5	Saddichha 2012 (39)	Psychiatres, psychologues, infirmières en psychiatrie, assistants sociaux	Inde	Transversale	YSQ-S1	4	STROBE 82%	SPI spécifiques selon profession, genre, âge	Manque affectif, Abnégation, Surcontrôle émotionnel, Idéaux exigeants, Droits personnels exagérés, Contrôle de soi insuffisant	
6	MacDonald 2015 (40)	Soignants ayant enfreint limites relationnelles	Etats-Unis	Transversale	YSQ-S1, ECR, CTQ, autobiographie	4	STROBE 95%	Corrélation positive avec maltraitance, droits personnels exagérés et troubles de l'attachement	Abnégation, Idéaux exigeants et droits personnels exagérés	- Population non représentative - 15/18 schémas recherchés
7	Seung 2015 (41)	Etudiants en médecine	Corée	Transversale	YSQ-S3, SCL-90R, ECR-M36, BDI		N/A	Test fiable et stable dans le temps	Recherche de reconnaissance, Idéaux exigeants, Droit personnels exagérés	
8	Keading 2017 (42)	Etudiants en psychologie	Australie	Transversale	MBI, YSQ-S2, PHQ	4	STROBE 86%	Idéaux exigeants prédictifs d'un BO élevé	Abnégation, idéaux exigeants	- 15/18 schémas recherchés
9	Simpson 2018 (10)	Psychothérapeutes	7 pays anglophones	Transversale	YSQ-SF1, MBI, JCQ, SMI1	4	STROBE 90%	Les SPI et leurs stratégies prédisent le BO	Idéaux exigeants, Abnégation	- 15/18 schémas recherchés
10	Dang 2018 (43)	Soignants d'une clinique	Inde	Transversale	YSQ-S3	4	STROBE 82%	Différences significatives entre soignants en santé mentale et physique	Abnégation, Idéaux exigeants, Droits personnels exagérés, Recherche de reconnaissance	
11	Turpin 2019 (44)	Internes en médecine générale	France	Transversale	YSQ-S3, BFI, MBI, IRI, LEC5, PDI, PCL5, PTGI	4	STROBE 77%	Pas de lien entre SPI et empathie. Lien entre SPI, personnalité et BO.	Idéaux exigeants, abnégation, punition, surcontrôle émotionnel	- Etude en clusters

Présence d'EMS chez les soignants

Les résultats ont porté sur la mesure des schémas précoces chez les soignants et les répercussions personnelles et professionnelles que leur présence peut engendrer. Les schémas présents suractivés seront présentés par ordre de score décroissant pour chaque étude.

1- L'existence des Schémas Précoces inadaptés

Une étude ayant pour objectif d'analyser la validité du YSQ-S3 a étudié une population d'étudiants en médecine coréens en début de cursus considérée comme une population saine (en excluant les antécédents et comorbidités psychiatriques, ainsi que pathologies médicales graves). Il retrouve les schémas *Recherche d'Approbation*, *Idéaux exigeants*, *Droits personnels exagérés* et *Abnégation* comme étant ceux ayant les scores les plus élevés (17).

Les schémas *Abnégation*, *Idéaux exigeants* ont également été retrouvés chez des internes en médecine de la faculté de Poitiers, ainsi que *Punition* et *Surcontrôle émotionnel*. (44)

Plusieurs études ont été menées chez des psychothérapeutes, où les schémas *Idéaux exigeants*, *Abnégation*, *Droits personnels exagérés* et *Recherche d'approbation* sont retrouvés prégnants en Australie (38). Une étude multicentrique dans les pays anglophones retrouve également *Idéaux exigeants* et *Abnégation* ainsi que *Manque affectif*, *Isolement social* et *Contrôle de soi insuffisant* (10). Les deux premiers schémas sont également retrouvés dans une étude faite chez des étudiants australiens en psychologie (42).

Des études ont également été faites dans des populations de soignants plus hétérogènes.

Une étude indienne sur des soignants en santé mentale diplômés (psychiatres, psychologues, infirmières et travailleurs sociaux) retrouvait les schémas *Idéaux exigeants*, *Abnégation*, *Contrôle de soi insuffisant*, *Surcontrôle émotionnel* et *Manque affectif* comme inadaptés (39). Des analyses en sous-groupes ont été réalisées sur le sexe retrouvant des scores plus élevés chez les hommes que chez les femmes ainsi qu'en fonction des professions :

- Pour les schémas *Méfiance* et *Isolement social*, *Idées de grandeur* et *Contrôle de soi insuffisant*, les psychiatres, infirmières et travailleurs sociaux ont des scores plus élevés que les psychologues ($p=0.002$; $p=0.019$; $p=0.001$; $p=0.001$)
- Pour les *Idéaux exigeants*, le score des psychiatres est plus élevé que celui des psychologues, infirmières et travailleurs sociaux ($p<0.001$)

De plus, une corrélation positive est retrouvée concernant l'âge avec *Idéaux exigeants* et *Abnégation*, et négative pour le schéma *Abandon*.

Dans une étude menée sur les employés un hôpital indien comparant les soignants en santé mentale et en santé physique (43), les schémas significativement élevés dans les deux groupes étaient *Idéaux exigeants*, *Abnégation*, *Idées de grandeur* avec une moyenne supérieure à 3, puis *Recherche de reconnaissance*, *Punition*, *Surcontrôle émotionnel* et *Contrôle de soi insuffisant*. Bien que les deux groupes ne soient pas démographiquement comparables, une différence significative a été retrouvée pour les schémas d'*Abandon* ($p=0.004$), *Imperfection/Honte* ($p=0.02$) avec des scores plus élevés chez les soignants en santé physique.

Les résultats étaient plus élevés chez les hommes pour *Abandon*, *Méfiance*, *Idées de grandeur*, *Recherche d'approbation* et *Contrôle émotionnel excessif*.

Enfin, une corrélation positive est retrouvée entre les années d'expérience et la *Peur du danger/de la Maladie* chez les soignants en santé mentale, et chez les autres soignants, la *Recherche de reconnaissance* est corrélée positivement avec l'âge.

Deux études s'appuyant sur la théorie de Bamber et Price (23) ont étudié une population de soignants hétérogène en profession et en expérience. Le premier (36) retrouve en analyse post-hoc :

- Des *idéaux exigeants* plus faibles chez les infirmières que chez les informaticiens ($p=0.013$) et les cadres ($p=0.035$) d'un même hôpital
- Un *Droit personnel exagéré* plus élevé chez les médecins que les psychologues ($p=0.07$) et que les infirmières ($p=0.037$)
- Un *Droit personnel exagéré* plus faible chez les psychologues que chez les cadres et informaticiens ($p=0.008$; $p=0.023$)
- Un *Droit personnel exagéré* plus faible chez les infirmières que chez les cadres ($p=0.038$)
- *Dépendance/incompétence* est moins élevé chez les médecins et les infirmières que les informaticiens ($p=0.045$; $p=0.012$)
- *Peur du danger/de la Maladie* et *Abnégation* plus élevés chez les infirmières que chez les cadres ($p=0.033$; $p=0.043$)
- Le *Surcontrôle émotionnel* des médecins est plus élevé que celui des infirmières et psychologues ($p=0.027$; $p=0.023$)

Price, en étudiant des étudiants ambulanciers, infirmiers en psychiatrie et psychologues à différents stades de leur formation retrouve une majoration du schéma *Dépendance* en fin de cursus chez les étudiants ambulanciers, une *Abnégation* majorée chez les psychologues en fin de cursus et l'absence de modification de schéma chez les infirmiers en psychiatrie. (35)

Enfin, les schémas *Idéaux exigeants*, *Abnégation* et *Idées de Grandeur* étaient les plus élevés dans un groupe de soignants ayant enfreint les limites de la relation médecin-patient et participant à un stage de remédiation cognitive. (40)

2- Conséquence des schémas précoces chez les soignants

➔ Schémas précoces et santé mentale

Certains schémas précoces inadaptés sont corrélés positivement à plusieurs troubles mentaux. L'anxiété et l'insomnie sont corrélés à tous les SPI à l'exception de *Idéaux exigeants* et la dépression sévère est corrélée à tous les SPI sauf *Abnégation* et *Idéaux exigeants* (36)

La majoration du schéma *Abnégation* avec l'expérience professionnelle chez des étudiants en psychologie est corrélée à la majoration de leur anxiété. (35)

Dans l'étude de validation du YSQ-S3, une corrélation positive est faite entre dépression et les schémas *Isolement social*, *Echec*, *Méfiance/Abus*, *Imperfection/honte* et entre anxiété et *Méfiance/Abus*, *Isolement social*, *Peur du danger/de la Maladie*. (41)

➔ Schémas précoces et burnout

Chez les internes en médecine, le score global des SPI serait corrélé au burnout (score global du MBI) et ses trois composantes : épuisement émotionnel, dépersonnalisation et manque d'accomplissement ($p<0.001$; $p<0.01$; $p<0.05$). Individuellement, 11 des 15 schémas sont liés au burnout dont *Echec*, *Dépendance*, *Isolement social*, *Assujettissement* et *Imperfection* qui ont les coefficients les plus élevés. Etonnement, *Idéaux exigeants* n'est corrélé à aucune des composantes et

Abnégation est corrélée à l'épuisement émotionnel et à la dépersonnalisation mais pas au manque d'accomplissement ni au score total du burnout.(37)

A l'inverse, *Idéaux exigeants* est le seul schéma prédictif d'un burnout élevé dans l'étude de Kaeding (42). Dans cette même étude, le score global des 15 SPI est proportionnel au MBI et permet de prédire le niveau de BO (élevé ou modéré). En revanche, *Dépendance*, *Idéaux exigeants*, *Isolement social* et *Manque de contrôle de soi* prédisent à eux quatre le Burnout (score total MBI), les autres n'ayant pas d'influence. (42)

Une analyse pour chaque composante du BO retrouve une corrélation entre tous les SPI et l'épuisement émotionnel (EE), entre 12 des 15 SPI avec la dépersonnalisation et 10 des 15 pour l'accomplissement personnel. Plus spécifiquement, *Manque affectif* prédit l'épuisement émotionnel, *Assujettissement* et *Droit personnel exagéré* prédisent la dépersonnalisation et *Surcontrôle émotionnel* prédit le manque d'accomplissement personnel. (36)

La corrélation entre les 15 SPI du YSQ-S1 et l'épuisement émotionnel est également confirmée chez les psychologues avec les schémas *Manque affectif*, *Abandon*, *Méfiance*, *Isolement social* et *Imperfection/honte* qui obtiennent les corrélations les plus importantes.

Un modèle de régression retrouve que les schémas *Surcontrôle émotionnel*, *Abandon* et *Méfiance* et leurs stratégies ajoutés aux données démographiques et aux facteurs organisationnels professionnels prédisent l'EE. (10)

Enfin, chez les internes en médecine de Poitiers, un lien est établi entre l'EE et les schémas *Surcontrôle émotionnel*, *Idéaux exigeants*, *Punition* et *Abnégation*.

➔ Schémas précoces et activisme professionnel

Une étude retrouve une corrélation positive des schémas *Assujettissement*, *Exigences élevées*, *Abnégation*, *Dépendance* et *Fusion* avec une « tendance compulsive à travailler », et une corrélation négative entre « Satisfaction au travail » et *Echec*, *Imperfection*, *Isolement social* et *Vulnérabilité*. (37)

➔ SPI et troubles de l'attachement.

Une étude trouve un lien entre le style d'attachement évitant et *Abandon* (41), et l'attachement anxieux/ambivalent et *Manque affectif*, là où une autre retrouve cette corrélation avec *Droits personnels exagérés*.(40)

3- Conséquence des SPI sur la relation thérapeutique

Une étude retrouve que les schémas *Recherche d'approbation*, *Idéaux exigeants* et *Abnégation* en analyse univariée sont corrélés à l'existence d'une meilleure alliance thérapeutique entre le psychologue et son patient. (38)

DISCUSSION

1- Résumé des principaux résultats

L'objectif de cette étude, par une revue de la littérature médicale, était de faire l'état des lieux des connaissances concernant l'existence de Schémas Précoces Inadaptés chez les soignants.

Nous avons trouvé cinq schémas particulièrement représentés, les Schémas *Abnégation* et *Idéaux exigeants* sont les schémas les plus retrouvés suivis de *Droits personnels exagérés*, *Recherche d'approbation* et *Surcontrôle émotionnel*.

La différence de prévalence de certains schémas au sein de cette population hétérogène oriente vers une spécificité du choix de carrière professionnelle guidé par leur présence et leur intensité.

La présence de ces schémas chez les soignants serait un facteur de vulnérabilité psychologique, majorant les risques de troubles psychiques, de syndrome d'épuisement professionnel et d'activisme professionnel.

Cependant, certaines études retrouvent un lien positif entre présence de schémas et la profession de soignant.

2- Analyse des résultats

Dans l'exercice médical, l'une des problématiques principales est le syndrome d'épuisement professionnel touchant la moitié des médecins et dont les conséquences ont été exposées dans l'introduction. Nous allons discuter du lien qu'il peut exister entre les SPI spécifiques des soignants et leur épuisement professionnel et plus précisément dans la situation des médecins généralistes.

Concernant le schéma *Idéaux exigeants*, il implique la conviction de devoir maintenir un niveau très élevé pour éviter d'éventuelles critiques, le sentiment de honte ou de désapprobation et pour gagner le respect d'autrui. Il impose une tension interne constante et une auto-critique permanente se manifestant par un perfectionnisme et une recherche d'efficacité et rentabilité dans le travail aux dépens de l'estime de soi, du plaisir et des relations interpersonnelles. (20) Ce schéma poussant à la performance, il retrouve toute sa place dans la compétitivité de la formation médicale demandant sans cesse de repousser ses limites, ainsi que dans la poursuite de carrières hospitalo-universitaires.

L'efficacité dans le monde du soin repose sur la protocolisation, où les soignants avec ce schéma peuvent exceller, notamment les urgentistes, au risque d'une dépersonnalisation de la relation médecin-patient. Précipités par l'aggravation des conditions de travail des dernières années, ils ne peuvent plus maintenir leurs exigences ce qui favorise l'épuisement professionnel (45,46). Du fait de l'absence de suivi par les hospitalisations ou les décès brutaux, il leur est également difficile de prendre conscience de leurs résultats. A l'inverse en médecine générale, la relation est au cœur du métier et la protocolisation est plus compliquée à envisager, cependant les médecins généralistes peuvent avoir un rétrocontrôle plus systématisé grâce au suivi et apprécier leurs prises en charge ou chercher à les améliorer.

En cherchant à gagner le respect des autres et notamment des patients, les médecins aux *Idéaux exigeants* auront tendance à élargir sans cesse leurs connaissances, comportement utile dans un domaine en constante évolution, ils auront l'air compétents aux yeux des patients améliorant l'alliance thérapeutique (47) et avec elle les résultats et l'adhérence aux traitements (48,49).

Cependant, la sensation de ne jamais être assez compétent peut rendre difficile la capacité à trouver des limites saines entre la vie professionnelle et vie privée.

Ce schéma présente un intérêt certain à la réussite dans le domaine médical et explique la prévalence élevée, cependant il est corrélé à la survenue d'un épuisement émotionnel élevé dans l'étude de Kaeding (42), une autre l'associait à l'activisme professionnel et non à l'EE mais son échantillon n'était pas représentatif. (37)

Le second schéma le plus présent est celui de l'*Abnégation*, il se caractérise par le souci de combler les besoins des autres afin de leur épargner douleur, solitude et tristesse au détriment de ses propres besoins. Il permet d'éviter un sentiment d'égoïsme et améliore l'estime de soi.(20) A travers ce schéma, la relation médecin-patient est initialement facilitée et l'améliore certainement, cependant l'hypersensibilité à la douleur de l'autre s'apparente à de la sympathie plus qu'à de l'empathie ce qui pourrait aggraver ou débiter un épuisement émotionnel. (5)

Concernant les *Droits personnels exagérés*, c'est l'affirmation d'une supériorité par rapport à autrui avec des droits spéciaux et des privilèges qui exemptent des normes sociales et autorise à faire tout ce qui paraît nécessaire pour atteindre le pouvoir. Il est caractérisé par des individus exigeants, dominateurs, qui manquent d'empathie. (20) Il est alors aisé de visualiser le monde du soin, plaçant le médecin à la tête hiérarchique de la gestion, ce schéma pouvant faciliter le poids des responsabilités des équipes ainsi que des patients en prenant un rôle paternaliste.

Ce sentiment de supériorité peut faciliter la prise de décision difficile notamment la poursuite ou non des soins au risque, à l'excès, d'une dépersonnalisation. De même en cas d'erreur, face aux responsabilités, le développement du cynisme ne fera qu'aggraver une intolérance de frustration et une amertume favorisant la dégradation des relations interpersonnelles professionnelles ce qui favorise aussi la survenue de l'épuisement professionnel. (11,46)

Concernant le *Surcontrôle émotionnel*, du même domaine que les *Idéaux exigeants*, l'individu exerce un contrôle excessif sur ses réactions spontanées notamment ses sentiments de colère, ses impulsions positives et a du mal à reconnaître ses propres sentiments et besoins, attachant plus d'importance à la raison qu'aux émotions au détriment du plaisir et de la détente. (20) Ayant souvent l'air distants et froids, les médecins présentant ce schéma semblent peu enclin au développement d'une bonne alliance thérapeutique, ne créant pas d'espace où le patient pourrait se sentir libre de s'exprimer. (47)

Cependant, ce détachement émotionnel peut permettre de rester calme et rationnel dans des situations d'urgence, réelles ou ressenties par les patients, et être moins enclin à développer de la sympathie face à la souffrance de l'autre mais peut-être plutôt de l'empathie (5).

Enfin, cet hypercontrôle a pour but d'éviter reproches et désapprobation or, le médecin est souvent considéré comme le garant du système de soin et se retrouve en première ligne pour recevoir reproches et critiques de la part des patients, de la hiérarchie aussi bien pour les résultats thérapeutiques que pour les limites du système de soin. Ce déséquilibre émotionnel semble propice au développement d'une dépersonnalisation et d'une diminution de l'accomplissement personnel.

Enfin, la *Recherche de d'Approbation et de Reconnaissance* recherchée qu'avec la troisième version du questionnaire est significative dans trois études sur quatre, ce schéma semble donc spécifique. Par un besoin excessif d'attention et d'approbation des autres, l'estime de soi se forme à partir des réactions d'autrui et non d'opinions et valeurs personnelles, à l'origine d'une hypersensibilité

au rejet ou d'une jalousie envers ceux qui réussissent mieux. (20) S'il existe chez un urgentiste, ce schéma semble être un facteur de risque d'épuisement professionnel par le manque de reconnaissance des patients, notamment par leur mécontentement face au temps d'attente quelques soient les conditions de travail.

Dans la même idée, Dang explique la présence de ce schéma chez les soignants par l'influence culturelle que peut représenter le statut de médecin, qui provoquerait des attentes disproportionnées de reconnaissance (43) et par conséquent une déception tant sur le plan relationnel avec les patients, qu'avec le management hospitalier ou les politiques de santé.

Cependant, pour le médecin généraliste, la *Recherche d'Approbation* s'apparente plutôt à une écoute active et à une recherche d'entente, cœur des compétences du métier. Dans sa thèse, Wyman retrouve une corrélation avec des moyennes modérées de ce schéma et l'amélioration de l'alliance thérapeutique postulant que la mise en place de stratégies adaptées de façon à plaire à tout le monde permettrait le développement de compétences relationnelles.(38) Cependant comme le *Surcontrôle Emotionnel* et l'*Abnégation*, privilégier l'état émotionnel d'autrui au dépend du sien présente un risque d'épuisement professionnel.

En conclusion, il semble que la présence de Schémas Précoces Inadaptés spécifiques chez les soignants, ne soit pas forcément négative et pourvoyeuse d'épuisement professionnel. Ils permettraient également aux soignants d'exceller dans leurs métiers en fonction de nombreuses conditions comme les stratégies d'adaptation, les conditions de travail notamment. Il semble également possible qu'une modulation par l'empathie existe.

Un équilibre est donc nécessaire entre les effets positifs et négatifs de la réactivation de Schémas dans le domaine professionnel.

3- Forces et limites de l'étude

Cette revue de la littérature présente différentes forces et limites.

La première de ses forces est sa méthode. Il s'agit d'une revue systématique sur toute la littérature médicale retrouvée, sans condition de langue. La sélection des articles a été réalisée en double lecture à l'aide du logiciel Covidence. Sa rédaction a respecté les critères PRISMA et s'est appuyée sur la méthodologie du logiciel RevMan 5.4. Cependant, la recherche n'a été effectuée que sur trois bases de données et l'équation de recherche n'ayant pu s'appuyer sur des termes du MeSH, il existe un risque que certaines études pertinentes n'aient pas été incluses. En démontre l'ajout de certains articles retrouvés grâce aux références bibliographiques d'articles sélectionnés (utilisant le terme « cognitive schema »).

Comme pour toute revue de la littérature, il faut envisager un biais de publication. Les études avec des résultats significatifs ont plus de chance d'être publiées que celles avec des résultats négatifs ou non significatifs pouvant induire en erreur la synthèse des résultats.

Concernant les études incluses, la quasi-totalité de celles ci ne sont que de faible niveau de preuve (niveau 4), et la validité des résultats variait selon les articles risquant un biais d'interprétation. Ces études ne permettent pas d'affirmer une causalité, uniquement un lien de corrélation.

On retrouve également des biais méthodologiques avec de faibles échantillons et taux de réponse, et des échantillons peu représentatifs de la population étudiée.(37,40)

Cela peut expliquer l'hétérogénéité de certains résultats tout comme pourraient le faire certains biais de confusion tels que des différences culturelles, les religions, la représentation du statut de médecin, l'accessibilité de la formation médicale...

L'utilisation d'un questionnaire reproductible et validé dans toutes les langues utilisées est une force. Cependant, l'utilisation de différentes versions de ce questionnaire peut avoir sous-estimé la prévalence de certains schémas (*Recherche de Reconnaissance, Punition et Négativité/Pessimisme*). Ces trois derniers ont été ajoutés dans la 3e version du questionnaire que seules quatre des onze études utilisent.

Il existe également un biais de déclaration, classique des auto-questionnaires et encore plus prégnant pour une population de soignants. Pour essayer de contrer ce biais, une étude a codé et modifié l'ordre des questions de façon aléatoire.(39)

4- Cohérence avec la littérature

Cette revue de la littérature est la première réalisée dans ce domaine.

5- Implications pour la pratique et la recherche

La présence de Schémas Précoces Inadaptés pourrait chez certains soignants être un facteur de vulnérabilité psychologique. Plusieurs études retrouvent une corrélation entre certains schémas et le syndrome d'épuisement Professionnel.

Cependant, toute existence de schéma n'est pas pathologique et certains aspects semblent profiter aux compétences et à la relation médecin-patient.

Le dépistage de Schémas Précoces Inadaptés en début de cursus universitaire, permettrait aux soignants d'en prendre conscience dès le début de leur formation et de connaître leur vulnérabilité potentielle face au burnout. Une surveillance particulière par les encadrants et la médecine du travail pourrait être mise en place en cas de SPI particulièrement à risque.

En cas de nécessité, bénéficier d'une Thérapie des Schéma pourrait permettre de prendre conscience des conflits intrapsychiques et envahissants pouvant influencer la pratique et l'épuisement professionnel. Elle semble être un outil supplémentaire dans la prévention du burnout en développant une meilleure intelligence émotionnelle et de ce fait une autoréflexivité plus efficace pour la pratique du soin.

D'autres recherches sont nécessaires idéalement avec un niveau de preuve supérieur afin d'évaluer les SPI d'une plus grande population avec la dernière version du YSQ, en la comparant à une population de non soignants. L'évolution des schémas au cours du cursus et de l'expérience professionnelle ainsi que l'impact d'une thérapie des Schémas sur la survenue du burnout sont des éléments qui à notre connaissance n'ont pas encore été étudiés.

CONCLUSION

Cette revue a permis de mettre en évidence l'existence de Schémas Précoces Inadaptés spécifiques chez les soignants, parmi eux *Abnégation* et *Idéaux exigeants* semblent être les plus prévalents. Dans une certaine mesure, ils apparaissent comme bénéfiques pour la compétence des soignants et la relation médecin-patient, dans une autre, ils semblent être un facteur de risque supplémentaire du Syndrome d'épuisement professionnel.

Leur dépistage en début de formation ou de carrière pourrait permettre leur prise de conscience améliorant l'intelligence émotionnelle du praticien et éventuellement donner accès à une prise en charge permettant de limiter les conséquences liées à leur réactivation dans la relation thérapeutique et sur la santé mentale.

Des recherches supplémentaires sont nécessaires afin de confirmer et étudier plus en profondeur les conséquences et implications de la présence de SPI spécifiques chez les soignants.

BIBLIOGRAPHIE

1. Rotenstein LS, Torre M, Ramos MA, Rosales RC, Guille C, Sen S, et al. Prevalence of burnout among physicians: a systematic review. *Jama. American Medical Association*; 2018;320(11):1131-50.
2. Cebrià J, Sobrequès J, Rodríguez C, Segura J. Influence of burnout on pharmaceutical expenditure among primary care physicians. *Gac Sanit.* 2003;17(6):483.
3. Kacenenbogen N, Offermans A-M, Roland M. Le burn-out des médecins généralistes en Belgique: conséquences sociétales et pistes de solution. *Rev Médicale Brux.* 2011;32(4):413-23.
4. Maslach C. Understanding burnout: Definitional issues in analyzing a complex phenomenon. *Job Stress Burn.* 1982;29-40.
5. Thirioux B, Birault F, Jaafari N. Empathy is a protective factor of burnout in physicians: new neuro-phenomenological hypotheses regarding empathy and sympathy in care relationship. *Front Psychol. Frontiers*; 2016;7:763.
6. Hunsaker S, Chen H, Maughan D, Heaston S. Factors that influence the development of compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction in emergency department nurses. *J Nurs Scholarsh. Wiley Online Library*; 2015;47(2):186-94.
7. Cordes CL, Dougherty TW. A Review and an Integration of Research on Job Burnout. *Acad Manage Rev* [En ligne]. Academy of Management Briarcliff Manor, NY 10510; 1 oct 1993 [cité le 1 sept 2020]; Disponible: <https://journals.aom.org/doi/abs/10.5465/amr.1993.9402210153>
8. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job Burnout. *Annu Rev Psychol. Annual Reviews*; 1 févr 2001;52(1):397-422.
9. Santen SA, Holt DB, Kemp JD, Hemphill RR. Burnout in Medical Students: Examining the Prevalence and Associated Factors: *South Med J.* août 2010;103(8):758-63.
10. Simpson S, Simionato G, Smout M, van Vreeswijk MF, Hayes C, Sougleris C, et al. Burnout amongst clinical and counselling psychologist: The role of early maladaptive schemas and coping modes as vulnerability factors. *Clin Psychol Psychother.* janv 2019;26(1):35-46.
11. Embriaco N, Azoulay E, Barrau K, Kentish N, Pochard F, Loundou A, et al. High Level of Burnout in Intensivists. *Am J Respir Crit Care Med. American Thoracic Society - AJRCCM*; 1 avr 2007;175(7):686-92.
12. Maslach C. The client role in staff burn-out. *J Soc Issues. Wiley Online Library*; 1978;34(4):111-24.
13. Muzafar Y, Khan HH, Ashraf H, Hussain W, Sajid H, Tahir M, et al. Burnout and its associated factors in medical students of Lahore, Pakistan. *Cureus. Cureus Inc.*; 2015;7(11).
14. Geuens N, Bogaert PV, Franck E. Vulnerability to burnout within the nursing workforce—The role of personality and interpersonal behaviour. *J Clin Nurs. John Wiley & Sons, Ltd*; 1 déc 2017;26(23-24):4622-33.
15. Borges NJ, Osmon WR. Personality and Medical Specialty Choice: Technique Orientation versus People Orientation. *J Vocat Behav.* 1 févr 2001;58(1):22-35.

16. Paris J, Frank H. Psychological Determinants of a Medical Career*. Can J Psychiatry. SAGE Publications Inc; 1 août 1983;28(5):354-7.
17. Pines AM. Treating career burnout: A psychodynamic existential perspective. J Clin Psychol. 2000;56(5):633-42.
18. Young JE. Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach, Rev. ed. Sarasota, FL, US : Professional Resource Press/Professional Resource Exchange; 1994. xi, 92 p. (Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach, Rev. ed.).
19. Beck AT, Freeman AM. Cognitive therapy of personality disorders. Guilford Press; 1990;
20. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Chapitre 1. Modèle théorique de la thérapie des schémas. Carrefour Psychother. De Boeck Supérieur; 2017;23-92.
21. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema therapy. N Y Guilford. 2003;254.
22. Pascal B. La thérapie des schémas : principes et outils pratiques. 2e édition. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson; 2018. (Pratiques en psychothérapie).
23. Bamber M, Price J. A schema-focused model of occupational stress. CBT Occup Stress Health Prof. :149.
24. Cormier A, Jourda B, Laros C, Walburg V, Callahan S. [Influence between early maladaptive schemas and depression]. L'Encephale. sept 2011;37(4):293-8.
25. Brotchie J, Meyer C, Copello A, Kidney R, Waller G. Cognitive representations in alcohol and opiate abuse: The role of core beliefs. Br J Clin Psychol. Wiley Online Library; 2004;43(3):337-42.
26. Pinto-Gouveia J, Castilho P, Galhardo A, Cunha M. Early maladaptive schemas and social phobia. Cogn Ther Res. Springer; 2006;30(5):571–584.
27. Gedda M. Traduction française des lignes directrices PRISMA pour l'écriture et la lecture des revues systématiques et des méta-analyses. Kinésithérapie Rev. janv 2015;15(157):39-44.
28. Gedda M. Traduction française des lignes directrices STROBE pour l'écriture et la lecture des études observationnelles. Kinésithérapie Rev. janv 2015;15(157):34-8.
29. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Chapitre 2. Diagnostic des schémas et information du patient. Carrefour Psychother. De Boeck Supérieur; 2017;93-122.
30. Rijkeboer M. Validation of the Young Schema Questionnaire. Dans: van Vreeswijk M, Broersen J, Nadort M, rédacteurs. The Wiley-Blackwell Handbook of Schema Therapy [En ligne]. Chichester, UK : John Wiley & Sons, Ltd; 2012 [cité le 31 août 2020]. p. 531-9. Disponible: <http://doi.wiley.com/10.1002/9781119962830.ch40>
31. Waller G, Meyer C, Ohanian V. Psychometric properties of the long and short versions of the Young Schema Questionnaire: Core beliefs among bulimic and comparison women. Cogn Ther Res. Springer; 2001;25(2):137-47.
32. Bouvard M, Denis A, Roulin JL. Psychometric Properties of the French Version of the Young Schema Questionnaire - Short Form 3 (YSQ-S3). Span J Psychol [En ligne]. 2018 [cité le 30 août 2020];21. Disponible: https://www.cambridge.org/core/product/identifiant/S1138741618000665/type/journal_article

33. Khorshidian N, Hashemian S, Meftagh S, Najimi A. Burnout among the employees of health and therapy entities: investigating the role of early maladaptive schemas and mental disorder symptoms. *Anatol J Psychiatry*. 2017;1.
34. Haarhoff BA. The Importance of Identifying and Understanding Therapist Schema in Cognitive Therapy Training and Supervision. *N Z J Psychol*. New Zealand : New Zealand Psychological Society; 2006;35(3):126-31.
35. Price J. Occupation as re-enactment: Adaptive or maladaptive. *CBT Occup Stress Health Prof Introd Schema-Focus Approach*. Routledge; 2006;203.
36. Bamber M, McMahon R. Danger—Early maladaptive schemas at work!: The role of early maladaptive schemas in career choice and the development of occupational stress in health workers. *Clin Psychol Psychother Int J Theory Pract*. Wiley Online Library; 2008;15(2):96-112.
37. Grebot E, Berjot S, Lesage F-X, Dovero M. Schémas précoces inadaptés, activisme professionnel et épuisement professionnel chez des internes en médecine. *J Thérapie Comport Cogn*. juin 2011;21(2):43-52.
38. Wyman K. What therapists bring to therapy: An examination of therapist effects on the alliance and the characteristics, which build the therapist-client alliance (Unpublished doctoral dissertation). Swinburne Univ Technol Aust. 2011;
39. Saddichha S, Kumar A, Pradhan N. Cognitive schemas among mental health professionals: Adaptive or maladaptive? *J Res Med Sci Off J Isfahan Univ Med Sci*. juin 2012;17(6):523-6.
40. MacDonald K, Sciolla AF, Folsom D, Bazzo D, Searles C, Moutier C, et al. Individual risk factors for physician boundary violations: the role of attachment style, childhood trauma and maladaptive beliefs. *Gen Hosp Psychiatry*. sept 2015;37(5):489-96.
41. Lee SJ, Choi YH, Rim HD, Won SH, Lee D-W. Reliability and Validity of the Korean Young Schema Questionnaire-Short Form-3 in Medical Students. *Psychiatry Investig*. 2015;12(3):295.
42. Kaeding A, Sougleris C, Reid C, van Vreeswijk MF, Hayes C, Dorrian J, et al. Professional Burnout, Early Maladaptive Schemas, and Physical Health in Clinical and Counselling Psychology Trainees. *J Clin Psychol*. déc 2017;73(12):1782-96.
43. Dang S, Sharma P, Shekhawat LS. Cognitive Schemas among Mental Health Professionals and Other Health Professionals. *Indian J Psychol Med*. mai 2019;41(3):258-65.
44. Turpin L. Lien entre les profils de personnalités et l'épuisement professionnel, l'empathie et le trouble de stress post-traumatique chez les internes en Médecine de la faculté de Poitiers [Thèse de doctorat d'Université, en ligne]. Poitiers : Médecine générale; 2018 [cité le 30 août 2020]. Disponible: <http://petille.univ-poitiers.fr/notice/view/62598>
45. Birault F, Breillat E, Grandcolin S, Ben-Brik E, Jaafari N. Satisfaction professionnelle des médecins urgentistes et syndrome d'épuisement professionnel : quels liens ? *J Eur Urgences Réanimation*. 1 déc 2015;27(4):176-82.
46. Estryn-Behar M, Doppia M-A, Guetarni K, Fry C, Machet G, Pelloux P, et al. Emergency physicians accumulate more stress factors than other physicians—results from the French SESMAT study. *Emerg Med J*. British Association for Accident and Emergency Medicine; 1 mai 2011;28(5):397-410.

47. Ackerman SJ, Hilsenroth MJ. A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clin Psychol Rev. Elsevier*; 2003;23(1):1-33.
48. Baldwin SA, Wampold BE, Imel ZE. Untangling the alliance-outcome correlation: Exploring the relative importance of therapist and patient variability in the alliance. *J Consult Clin Psychol. American Psychological Association*; 2007;75(6):842.
49. Halpern J. From idealized clinical empathy to empathic communication in medical care. *Med Health Care Philos. Springer*; 2014;17(2):301-11.

Annexes

Tableau 1. Liste des schémas précoces inadaptés et leurs caractéristiques.

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

Tableau 3. Etudes exclues de la revue de la littérature

N°	Auteur année de publication	Population étudiée	Pays	Type d'étude	Mesures utilisées	Niveau de preuve	Qualité de l'étude	Objectif principal	Résultats principaux	SPI prévalents	Limites à l'interprétation
12	Korshidian 2017 (33)	Soignants et employés administratifs d'une université de médecine	Iran	Transversale	MBI – YSQ-SF – SCL-90	4	STROBE 73%	Relation entre SPI et troubles mentaux avec le BO	Relation statistique avec tous les troubles mentaux et le score global de SPI sur le BO	Domaine de l'excès de contrôle et de limites	- pas de comparaison entre résultats de soignants et non soignants.
13	Haarhoff 2006 (34)	Etudiants en TCC	Nouvelle Zélande	Transversale	TSQ	4		Présence de schémas chez étudiants en TCC à différents stades de leur cursus	Présence de schémas	« demanding standards », « special superior person », « excessive self- sacrifice »	- échelle de mesure non validée
14	Simpson 2018 Corrigendum										Modification d'une phrase dans la discussion de l'étude (10)
15	Bamber										- Explication de la théorie des études (23,36)

RESUME

Objectif : Les Schémas Précoces Inadaptés sont connus en tant que facteurs de vulnérabilité psychologique. Le domaine du soin pourrait amener les professionnels à réactiver certains de leurs schémas lors de situations difficiles faisant écho à des traumatismes dans l'enfance à l'origine de troubles psychiques et stress professionnel. Le but de cette revue de la littérature est d'évaluer la présence de Schémas précoces Inadaptés chez les soignants.

Méthode : Revue systématique de la littérature sur les bases de données Pubmed, PsychInfo et PsychArticles en juillet-août 2020. Etaient incluses toutes les études portant sur les schémas précoces des soignants utilisant le « Young's Schema Questionnaire ».

Résultats : Sur 15 articles identifiés, 11 ont été sélectionnés.

Conclusion : Des SPI spécifiques ont été retrouvés, principalement *Abnégation* et *Idéaux exigeants*. Ces schémas seraient associés au syndrome d'épuisement professionnel mais permettraient également aux soignants d'être plus compétents dans leurs domaines.

Mots-clé : Schémas précoces inadaptés, soignants, YSQ

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 !

