



Université de Poitiers
Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNÉE 2022

THESE
POUR LE DIPLÔME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE
(décret du 25 novembre 2016)
présentée et soutenue publiquement
le 24/11/2022 à Poitiers
par Sophie HASCOUET

Etude du nombre de Schémas précoces inadaptés et de la corrélation avec le
Burn-out chez les étudiants en médecine de France

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur **Philippe BINDER**

Membres : Monsieur le Professeur **François BIRAULT**

Madame la Docteure **Lakshmipriya LE BONHEUR**

Directrice de thèse : Madame la Docteure **Marion DELOUCHE**



Université de Poitiers
Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNÉE 2022

THESE
POUR LE DIPLÔME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE
(décret du 25 novembre 2016)
présentée et soutenue publiquement
le 24/11/2022 à Poitiers
par Sophie HASCOUET

Etude du nombre de Schémas précoces inadaptés et de la corrélation avec le
Burn-out chez les étudiants en médecine de France

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur **Philippe BINDER**

Membres : Monsieur le Professeur **François BIRAULT**

Madame la Docteure **Lakshmipriya LE BONHEUR**

Directrice de thèse : Madame la Docteure **Marion DELOUCHE**

LISTE DES ENSEIGNANTS

Année universitaire 2022 – 2023

SECTION MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- BINET Aurélien, chirurgie infantile
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- BOULETI Claire, cardiologie
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie-virologie
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- COUDROY Rémi, médecine intensive-réanimation – **Assesseur 2nd cycle**
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DONATINI Gianluca, chirurgie viscérale et digestive
- DROUOT Xavier, physiologie – **Assesseur recherche**
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie – **Assesseur 2nd cycle, stages hospitaliers**
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT-DUSSARDIER 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
- 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
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- 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**
- ORIOU Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie – **Doyen, Directeur de la section médecine**
- 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 traumatologie
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT 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
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY Marion, santé publique – **Référente égalité-diversité**
- 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
- CAYSSIALS Emilie, hématologie
- CREMNITER Julie, bactériologie-virologie
- DIAZ Véronique, physiologie – **Référente relations internationales**
- EGLOFF Matthieu, histologie, embryologie et cytogénétique
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GACHON Bertrand, gynécologie-obstétrique (*en dispo 1 an à/c du 31/07/2022*)
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- GUENEZAN Jérémie, médecine d'urgence
- JAVAUGUE 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 Evelynne, gériatrie
- MARTIN Mickaël, médecine interne – **Assesseur 2nd cycle**
- PALAZZO Paola, neurologie (*en dispo 3 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

Professeur des universités

- PELLERIN Luc, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe

Maître de Conférences des universités de médecine générale

- MIGNOT Stéphanie

Professeur associé des universités des disciplines médicales

- FRAT Jean-Pierre, médecine intensive-réanimation

Maître de Conférences associé des universités des disciplines médicales

- HARIKA-GERMANEAU Ghina, psychiatrie d'adultes

Professeurs associés de médecine générale

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

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- BONNET Christophe
- DU BREUILLAC Jean
- JEDAT Vincent

Professeurs émérites

- GIL Roger, neurologie (08/2023)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2023)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2023)
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale (08/2025)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2023)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2024)
- ROBERT René, médecine intensive-réanimation (30/11/2024)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2023)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2023)

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
- CARRETIER Michel, chirurgie viscérale et digestive (ex-émérite)
- CASTEL Olivier, bactériologie-virologie ; hygiène
- CASTETS Monique, bactériologie-virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la

reproduction

- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, cancérologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- 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)
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (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)
- 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)
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

SECTION PHARMACIE

Professeurs des universités-praticiens hospitaliers

- COUET William, pharmacie clinique
- DUPUIS Antoine, pharmacie clinique – **Assesseur pédagogique pharmacie**
- FOUCHER Yohann, biostatistiques
- MARCHAND Sandrine, pharmacologie, pharmacocinétique
- RAGOT Stéphanie, santé publique

Professeurs des universités

- BODET Charles, microbiologie
- CARATO Pascal, chimie thérapeutique
- FAUCONNEAU Bernard, toxicologie
- GUILLARD Jérôme, pharmacochimie
- IMBERT Christine, parasitologie et mycologie médicale
- OLIVIER Jean-Christophe, pharmacie galénique, biopharmacie et pharmacie industrielle
- PAGE Guylène, biologie cellulaire, biothérapeutiques
- RABOUAN Sylvie, chimie physique, chimie analytique
- SARROUILHE Denis, physiologie humaine – **Directeur de la section pharmacie**

Maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers

- BARRA Anne, immuno-hématologie
- BINSON Guillaume, pharmacie clinique
- THEVENOT Sarah, hygiène, hydrologie et environnement

Maîtres de conférences

- BARRIER Laurence, biochimie générale et clinique
- BON Delphine, biophysique
- BRILLAUD Julien, pharmacocinétique, biopharmacie
- BUYCK Julien, microbiologie
- CHAUZY Alexia, pharmacologie fondamentale et thérapeutique
- DEBORDE-DELAGE Marie, chimie analytique
- DELAGE Jacques, biomathématiques, biophysique
- FAVOT-LAFORGE Laure, biologie cellulaire et moléculaire (HDR)
- GIRARDOT Marion, biologie végétale et pharmacognosie
- GREGOIRE Nicolas, pharmacologie et pharmacométrie (HDR)
- HUSSAIN Didja, pharmacie galénique (HDR)
- INGRAND Sabrina, toxicologie
- MARIVINGT-MOUNIR Cécile, pharmacochimie
- PAIN Stéphanie, toxicologie (HDR)
- PINET Caroline, physiologie, anatomie humaine
- RIOUX-BILAN Agnès, biochimie – **Référente CNAES – Responsable du dispositif COME'in**
- TEWES Frédéric, chimie et pharmacotechnie
- 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

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

A Monsieur le Professeur Philippe BINDER. Vous me faites l'honneur de présider cette thèse. Veuillez recevoir l'expression de ma sincère gratitude et de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur François BIRAULT. Je vous remercie de m'avoir confié ce sujet de thèse et je vous remercie pour tout le temps précieux que vous m'avez accordé. Soyez assuré de ma gratitude et de mon profond respect.

A Madame le Docteur Marion DELOUCHE. Vous me faites l'honneur de juger ce travail et d'y apporter votre expérience. Veuillez recevoir l'expression de ma reconnaissance et de mon profond respect.

A Madame le Docteur Lakshmipriya LE BONHEUR. Vous me faites l'honneur de siéger au sein de ce jury. Veuillez recevoir l'expression de mes sincères remerciements.

A tous les étudiants ayant répondu à notre questionnaire, merci pour le temps que vous nous avez consacré.

REMERCIEMENTS PERSONNELS

A Cécile, Thibaud, Alice, merci d'être mon ancre dans cette tempête de vie.

A mes parents, merci de m'avoir permis de poursuivre ces études.

A mes grand-parents, merci pour votre soutien.

A mes amis Brestois et Poitevins, merci pour tous les bons moments passés ensemble.

A mes maîtres de stage de médecine générale, merci pour vos conseils et pour m'avoir rappelé quand il le fallait que nous faisons le plus beau métier du monde.

Liste des abréviations

BO : Burnout

CER : Comité d’Ethique pour la Recherche

CNIL : Commission Nationale de l’Informatique et des Libertés

CYN : Cynisme

EE : Épuisement Émotionnel

EP : Épuisement Professionnel

MBI-SS : Maslach Burnout Inventory – Student Survey

SPI : Schéma Précoce Inadapté

YSQ-S3 : Young’s Schema Questionnaire, 3ème version courte

PASS : Parcours d’Accès Spécifique Santé

L.AS : Licence Accès Santé

TABLE DES MATIÈRES

1. INTRODUCTION	11
1.1 Burn-out ou épuisement professionnel	11
1.1.1 Historique	11
1.1.2 Une prévalence élevée, notamment chez les médecins	12
1.2 Schémas précoces inadaptés	13
1.2.1 Définitions	13
1.2.2 Schémas précoces inadaptés et conséquences	15
1.3 Objectifs	16
2. MATERIEL ET METHODE	17
2.1 Conception de l'étude	17
2.2 Population étudiée	17
2.2.1 Population cible	17
2.2.2 Critères d'inclusion	18
2.2.3 Critères de non inclusion	18
2.3 Préparation de l'étude	18
2.4 Elaboration du questionnaire d'étude	19
2.5 Distribution et communication autour du questionnaire	20
2.6 Analyse des universités participantes.	21
2.7 Échelles utilisées	22
2.7.1 Schémas précoces inadaptés	22
2.7.2 Maslach Burn-out Inventory – Student survey	22
2.8 Analyse statistique	23
3. RÉSULTATS	24
3.1 Universités participantes	24
3.2 Effectif total	25
3.3 Caractéristiques de l'échantillon étudié	25
3.4 Résultats du test MBle selon le nombre de SPI activés	27
3.4.1 MBle épuisement émotionnel	27

3.4.2	MBle Cynisme	29
3.4.3	MBle Efficacité académique	31
3.5	Associations de SPI les plus fréquentes	33
3.5.1	Dans l'ensemble de l'échantillon	33
3.5.2	Chez les sujets avec 5 SPI activés et moins	34
3.5.3	Chez les sujets avec 14 SPI activés et plus	35
3.5.4	Comparaison	37
3.6	Associations de SPI et score MBle élevés	38
3.6.1	MBle épuisement émotionnel élevé	38
3.6.2	MBle Cynisme élevé	39
3.6.3	MBle Efficacité académique élevée	40
3.7	Associations de SPI et années d'étude	41
4.	DISCUSSION	42
4.1.	Résumé des résultats principaux	42
4.2.	Biais et limites de l'étude	43
4.2.1.	Biais de sélection	43
4.2.2.	Biais de classement	44
4.2.3.	Biais de confusion	44
4.2.4	Limites de l'étude	44
4.3	Analyse des résultats	46
4.3.1	Dans l'ensemble de l'échantillon	46
4.3.2	Chez les sujets avec des scores d'épuisement professionnel élevés	48
4.3.3	Comparaison entre 5 SPI et moins et 14 SPI et plus	49
4.3.4	Evolution du nombre de SPI durant les études	50
4.3.5	Pistes d'amélioration	50
5.	CONCLUSION	53
6.	BIBLIOGRAPHIE	54
7.	ANNEXES	59
9.	RESUME	74

1. INTRODUCTION

Le burn-out est aujourd'hui un problème de santé publique du fait de sa prévalence élevée, dans la population générale et en particulier chez les soignants, et de ses conséquences sur la santé et sur l'emploi.

1.1 Burn-out ou épuisement professionnel

1.1.1 Historique

L'épuisement professionnel en tant que concept est introduit en 1959 par le psychiatre français Claude Veil, décrivant un état de fatigue intense chez des personnes soumises à un stress d'ordre professionnel (1).

Le psychanalyste allemand Herbert J. Freudenberger préfère en 1974 le terme de « burn-out », pour décrire une perte de motivation liée au travail dont certains travailleurs sociaux font l'expérience (2).

Christina Maslach et Susan Jackson posent en 1976 la définition du syndrome d'épuisement professionnel comme étant « un syndrome psychologique d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et de diminution de l'accomplissement personnel qui peut survenir chez les personnes travaillant avec d'autres personnes, à quel titre que ce soit », et résultat d'une « exposition prolongée et insoluble au stress émanant de la sphère professionnelle ».

Elles décrivent ainsi les trois composantes de l'épuisement professionnel, ainsi que des symptômes à la fois physiques (asthénie, perte de poids), comportementaux (irritation, intolérance à la frustration, colère) et psychologiques (ennui, découragement, dépression) (3,4).

Elles créent par la suite un questionnaire d'auto-évaluation, le Maslach Burn-out Inventory, composé de 22 items et permettant de catégoriser le burn-out comme étant léger, intermédiaire ou sévère, aujourd'hui majoritairement utilisé dans le domaine (5,6). Une version adaptée aux étudiants, le Maslach Burn-out Inventory – Student Survey, permet d'explorer via 15 items les trois dimensions du burn-out spécifiques à cette population (7):

- l'épuisement émotionnel (EE),
- le cynisme (Cyn),
- l'efficacité académique (EA).

1.1.2 Une prévalence élevée, notamment chez les médecins

La prévalence du burn-out dans la population générale est estimée se situer entre 4 et 7% (8); elle est cependant bien plus élevée chez les professionnels de santé (9), et entraîne une altération de la qualité des soins (10).

Une revue de la littérature de 2018 comprenant 15183 médecins français identifiait des critères de burn-out chez 49% d'entre eux, dont 5% de forme sévère. Une enquête de 2007 en Ile de France auprès de médecins libéraux retrouvait par ailleurs un désir de changer de métier chez 12,3% d'entre eux ; une enquête de 2004 en Poitou-Charentes décrivait que 4% des médecins interrogés souhaitaient changer de métier dans l'année, et 32.5% sans date précise (11–13).

Ces chiffres sont particulièrement inquiétants au vu de la démographie médicale actuelle.

Les étudiants sont également touchés ; en France, l'Enquête Nationale sur la Santé des étudiants de 2018 révélait que sur une année, 37% des étudiants avaient ressenti de la tristesse pendant au moins deux semaines consécutives, et 22% de façon quotidienne. Plus de 8% avaient pensé au suicide (14).

Une revue de littérature internationale de 2021 a évalué la prévalence des trois composantes du burn-out chez les étudiants : 55% présentaient un épuisement émotionnel, 31% des critères de cynisme, et 31% une altération de l'efficacité académique (15).

Les étudiants en médecine sont notamment particulièrement vulnérables d'après les études internationales et françaises (16–18), avec un épuisement professionnel qui augmente progressivement jusqu'en sixième année, puis diminue pendant les années d'internat (19).

Une méta-analyse internationale de 2019 retrouvait une prévalence du burn-out de 44% chez les étudiants en médecine avant l'internat (20).

1.2 Schémas précoces inadaptés

1.2.1 Définitions

Les schémas précoces sont des modèles ou thèmes importants constitués de souvenirs, de cognitions, de sensations corporelles et d'émotions concernant soi-même et ses relations avec autrui, et qui se construisent au cours de l'enfance et l'adolescence.

Ils peuvent être positifs, et permettre au sujet d'avancer à travers la vie avec confiance ; mais ils peuvent également être négatifs, donc inadaptés et dysfonctionnels, avec différents niveaux d'envahissement et de gravité. Plus sévère sera ce niveau, plus grand sera le nombre de situations qui pourront activer le schéma (21,22).

Jeffrey Young décrit ainsi dix-huit schémas précoces inadaptés, regroupés en cinq catégories psychiques (Annexe 1):

- Séparation et rejet : manque affectif, abandon/instabilité, méfiance/abus, isolement social, imperfection/honte
- Manque d'autonomie et de performance : échec, dépendance/incompétence, peur du danger et de la maladie, fusionnement
- Manque de limites : droits personnels exagérés, contrôle de soi/autodiscipline insuffisants

- Orientation vers les autres : assujettissement, abnégation, recherche d'approbation/reconnaissance
- Sur-vigilance et inhibition : surcontrôle émotionnel, idéaux exigeants, négativité/pessimisme, punition

Ces schémas, lorsqu'activés, vont déclencher l'une des trois catégories de stratégies d'adaptations dysfonctionnelles suivantes :

- Stratégies de compensation : mise en place de comportements à l'opposé du schéma
- Stratégies d'évitement : le sujet se tient à distance des situations susceptibles d'activer son schéma, ou utilise des techniques comportementales de distraction (boulimie, abus de substances)
- Stratégies de soumission au schéma ou capitulation: le sujet fait des choix qui le replacent dans des situations semblables à son schéma et les subit avec résignation.

Jeffrey Young publie en 1994 une première version du Young Schema Questionnaire (YSQ) avec quinze schémas précoces inadaptés ; la troisième et dernière version, que nous avons utilisée, comprend les dix-huit schémas devenus usuels (23).

Diverses études ont mis en évidence le lien entre la présence de schémas précoces inadaptés et diverses pathologies, telles que la dépression, les troubles anxieux, les troubles des conduites alimentaires, la phobie sociale, ou encore le syndrome de l'intestin irritable et la migraine (24–28).

Leur relation avec l'épuisement professionnel a également été démontrée, avec un score global du YSQ corrélé à celui du MBI, dans une étude internationale de 2017 avec pour sujets des psychologues en fin de cursus (29).

1.2.2 Schémas précoces inadaptés et conséquences

D'après Martin Bamber, les individus s'orienteraient inconsciemment vers des milieux professionnels les confrontant à des dynamiques similaires à celles ayant conduit à la mise en place de leurs schémas précoces inadaptés ; ceci à visée curative, puisque confrontés à des expériences positives et des comportements adaptés, l'intensité des schémas va s'en trouver diminuée.

Cependant chez les individus présentant des schémas particulièrement rigides et sévères, l'activation permanente de ces derniers entraîne une accumulation de stress, de difficultés relationnelles et de baisse de productivité au travail, favorisant l'émergence d'un épuisement professionnel, et chez les soignants une altération de la relation avec le patient (30,31).

Une revue de littérature de 2020 retrouvait cinq schémas précoces inadaptés prédominants chez les soignants : idéaux exigeants, abnégation, puis droits personnels exagérés, surcontrôle émotionnel et recherche d'approbation/reconnaissance (32).

L'étude préliminaire PTSBO2 effectuée à l'Université de Poitiers a mis en évidence quatre schémas précoces inadaptés particulièrement représentés chez l'ensemble des étudiants : idéaux exigeants, abnégation, négativité/pessimisme, et surcontrôle émotionnel. Ce résultat suggère que ces schémas entraîneraient le sujet vers des études supérieures.

Chez les étudiants en santé s'ajoute le schéma punition, qui correspondrait à l'absence de droit à l'erreur ressentie par les professionnels de santé (33).

Un éventuel lien entre le nombre de schémas précoces inadaptés activés et la prévalence du burn-out n'avait pas été étudié.

Par ailleurs, certaines études suggèrent que la prévalence des SPI chez les étudiants se modifierait au cours de leur cursus (34).

Pour la suite de l'étude PTSBO2, il a donc été prévu d'évaluer la présence de schémas précoces inadaptés, ainsi que l'empathie, le burn-out et le stress post-traumatique chez l'ensemble des étudiants des Facultés de France, sous forme d'une étude expérimentale transversale multicentrique, ceci dans l'optique de pouvoir mettre au point des actions de prévention ciblées sur la population la plus à risque dès le début des études.

C. Trarieux a ainsi pu étudier le lien entre la présence de certains SPI et des scores élevés de burn-out dans cette population, selon que les étudiants aient choisi une filière de soin ou non (35).

1.3 Objectifs

Objectif principal :

- Mettre en évidence un lien entre le nombre de schémas précoces inadaptés et le burn-out chez les étudiants en médecine de France.

Objectifs secondaires :

- Rechercher les associations de schémas précoces inadaptés les plus fréquentes chez les étudiants en médecine de France.
- Rechercher les associations de schémas précoces inadaptés liés à un score de burn-out élevé chez les étudiants en médecine de France.
- Rechercher une modification du nombre de schémas précoces inadaptés au cours du cursus chez les étudiants en médecine de France.

2. MATERIEL ET 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 Burn-out (BO), des Schémas Précoces Inadaptés (SPI), du Syndrome Post-Traumatique (SPDT) 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. Nous souhaitons également savoir s'il existe des particularités concernant le burn-out chez les étudiants soignants, et notamment les étudiants de médecine. 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.

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

2.2 Population étudiée

2.2.1 Population cible

Notre population cible concerne la totalité des étudiants des Universités françaises, soit 1 675 500 étudiants selon le rapport du ministère de la Santé pour l'année 2020-2021.

Le calcul du nombre d'étudiants nécessaire a été réalisé avec un risque alpha de 2% et un niveau de confiance de 95%. La taille d'échantillon requise était de 25000 répondants.

2.2.2 Critères d'inclusion

La population étudiée inclut les étudiants universitaires majeurs, possédant une adresse mail étudiante, et répondant à l'ensemble des cinq questionnaires psychométriques.

2.2.3 Critères de non inclusion

La population étudiée n'a pas inclus les étudiants ne possédant pas une adresse mail accessible via l'ENT ; les étudiants ne répondant pas à l'ensemble des questionnaires ; les étudiants mineurs.

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*) 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.

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 répondants.

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 de permettre un dépistage précoce.

2.4 Elaboration du questionnaire d'étude

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

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

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.

Ces questionnaires ont ensuite été mis en forme et les premiers essais ont été réalisés sur une plateforme test par les étudiants du groupe de thèse et des amis. Cette étape a permis l'amélioration progressive via de nombreux essais, puis la mise en forme sur la plateforme finale sécurisée LIMESURVEY destinée au remplissage des questionnaires par les étudiants.

2.5 Distribution et communication autour du questionnaire

Concernant le lancement de l'étude, nous avons souhaité mettre en place une communication efficace avec :

- un mail accompagnant le questionnaire pour les présidents d'universités, les doyens de facultés (Annexe 2) et pour les étudiants avec l'utilisation du tutoiement et d'un langage dynamique pour ces derniers (Annexe 3).
- un site web sur le serveur de la faculté de Médecine de Poitiers
- un compte Twitter dénommé : @PTSDBO2
- une page Facebook dénommée : PTSD BO 2
- une adresse mail dédiée pour les questions des étudiants : ptsdbo2@gmail.com puis thesesantefrance@gmail.com
- une communication sur les réseaux sociaux de différentes promotions universitaires et réseaux étudiants à échelle nationale.

A la suite du questionnaire, les étudiants ont eu accès à notre site web contenant des informations complémentaires, des documents leur permettant d'interpréter leur questionnaire, ainsi que des contacts mails et téléphoniques au cas où ils ressentiraient le besoin d'une aide psychologique à l'issue de ce travail. Suite au questionnaire, les docteurs François BIRAULT et Nematollah JAAFARI ont reçu par mail des demandes de soutien psychologique ; nous avons via échanges de mails pu apporter une aide dans l'interprétation des résultats, et transmettre des coordonnées pour une aide psychologique.

La diffusion des questionnaires a été réalisée via les boîtes mails universitaires. L'email contenait une présentation du projet et un lien vers le questionnaire en ligne. L'envoi de l'email 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.

Dans le même temps, les membres de PTSDBO2 ont réalisé une diffusion du questionnaire sur les réseaux sociaux Facebook et Twitter où sont présents de

nombreux groupes d'étudiants selon les promotions universitaires ou les filières d'études. La diffusion s'est retrouvée élargie grâce au relayage et au partage du questionnaire par les étudiants, résultant en un effet « boule de neige ». Nous ne pouvons par conséquent être exhaustifs sur les moyens de partage utilisés.

Le questionnaire a été activé 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. Nous avons été sept étudiants investigateurs de l'étude à assurer la communication auprès des universités, avec 2 à 18 universités en charge chacun.

Dans un premier temps, un mail a été envoyé, le 25 août 2022, à tous les présidents universitaires. Dans un second temps, nous avons mis en place 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 via 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.

Pour les universités participantes avec des taux de réponse très faibles, nous avons effectué des rappels réguliers par téléphone pour connaître la modalité de diffusion du questionnaire.

2.7 Échelles utilisées

2.7.1 Schémas précoces inadaptés

Nous avons utilisé le Young Schema Questionnaire Short - 3ème version (YSQ-S3). Il s'agit de la dernière version du Questionnaire des Schémas de Young servant à identifier les SPI prédominants chez un individu (Annexe 4).

Chaque schéma est évalué au travers de cinq questions, soit un total de 90 questions pour les 18 SPI. Les participants répondent à chacune des 90 questions au moyen d'une échelle de Likert allant de 1 « cela est complètement faux pour moi » à 6 « me décrit parfaitement ». Les sujets ont un schéma positif si au moins 2 des questions liées au schéma sont cotées au moins à 5.

2.7.2 Maslach Burn-out Inventory – Student survey

Nous avons également utilisé le Maslach Burn-out Inventory – Student survey (Annexe 5), qui se compose de 15 propositions permettant l'évaluation des 3 composantes du burn-out chez les étudiants :

- L'épuisement émotionnel dû aux exigences des études
- Le cynisme qui renvoie à une attitude détachée de l'étudiant envers ses études
- Et l'efficacité académique liée à un sentiment d'accomplissement ressenti par l'étudiant

Afin de déterminer indépendamment les niveaux de sévérité, les trois dimensions du burn-out sont catégorisées en trois intervalles équitables :

Items	3 dimensions du burn out	Interprétation
1, 4, 7, 10 et 13	Épuisement Émotionnel (EE)	faible [5 ; 13] modéré [14 ; 22] élevé [23 ; 30]
2, 5, 11 et 14	Cynisme (CY)	faible [4 ; 10] élevé [11 ; 17] sévere [18 ; 24]
3, 6, 8, 9, 12 et 15	Efficacité Académique (EA)	faible [6 ; 16] modéré [17 ; 26] élevé [27 ; 36]

Tableau 1. Interprétation des scores MBle EE, Cyn et EA.

2.8 Analyse statistique

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

3. RÉSULTATS

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 6).

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, la plupart étant en attente d'une étude collégiale du questionnaire.

3.2 Effectif total

Vingt-quatre mille huit cent trente-cinq (24 835) étudiants universitaires soit 1.5 % des 1.675.500 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 38,93% 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, 4.85% des étudiants ont répondu aux questionnaires et 1.89% 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

Sur les neuf mille six cent soixante-neuf (9669) étudiants de France ayant répondu au questionnaire, mille quatre cent vingt-quatre (1424) sont étudiants en Médecine.

Parmi eux, 78% sont des femmes, 21% des hommes, et 1% des non-binaires. 49% se classent comme célibataires, 45% comme en couple, et 6% comme mariés, pacsés, ou autres (veufs, divorcés).

Plus de 70% des étudiants en médecine ayant complété le questionnaire sont dans leurs trois premières années d'étude ; 25% sont dans leurs trois années d'externat ; enfin, 3,5% sont dans leurs années d'internat.

Année de médecine	Nombre d'étudiants	Pourcentage
1	445	31,25
2	289	20,29
3	279	19,59
4	180	12,64
5	145	10,18
6	37	2,60
7	19	1,33
8	6	0,42
9	15	1,05
10	8	0,56
11	1	0,07
Total	1424	

Tableau 2. Répartition de la population étudiée selon leur année d'études.

3.4 Résultats du test MBle selon le nombre de SPI activés

3.4.1 MBle épuisement émotionnel

Nombre de SPI activés	Moyenne MBle EE	Ecart type
0	17,5	5,537727
1	18,5	4,888855
2	19,9	4,537074
3	20,6	5,277156
4	21,2	5,033153
5	21,2	4,578797
6	21,3	4,420987
7	22,1	4,526415
8	22,9	3,447779
9	22,6	4,143851
10	23,3	4,455645
11	23,4	4,778424
12	23,6	6,152235
13	24,2	4,161044
14	26,2	4,250336
15	25,6	5,224940
17	29,0	5,224940
18	22,0	9,899495

Tableau 3. Moyenne du score MBle épuisement émotionnel chez les sujets selon leur nombre de SPI activés.

La moyenne du score MBle épuisement émotionnel (MBle EE) augmente avec le nombre de SPI activés jusqu'à 17 SPI, pour lesquels la moyenne est de 29, le score maximal étant de 30.

Elle est plus faible pour 18 SPI, avec une moyenne à 22, soit un chiffre qui reste supérieur aux moyennes pour 6 SPI et moins.

La moyenne du MBle EE est supérieure ou égale à 23, donc élevée, chez les sujets présentant entre 10 et 17 SPI activés, et modérée chez les autres.

Score MBle EE	Moyenne du nombre de SPI activés
Faible [5 ;13]	3,318
Modéré [14 ;22]	4,793
Elevé [23 ;30]	7,402

Tableau 4. Moyenne du nombre de SPI activés selon score MBle EE faible, modéré, ou élevé.

Le nombre moyen de SPI activés est de 3,3 chez les sujets présentant un score MBle EE faible, contre un nombre moyen de SPI de 7,4 chez les sujets présentant un score élevé.

3.4.2 MBle Cynisme

Nombre de SPI activés	Moyenne MBle Cyn	Ecart type MBle Cyn
0	12,1	4,632073
1	12,0	5,229852
2	13,6	5,400392
3	13,5	5,650870
4	15,2	5,598118
5	14,6	5,045323
6	14,9	5,149675
7	15,2	4,825829
8	16,2	5,364652
9	14,9	5,346768
10	16,0	6,343700
11	15,8	4,330127
12	14,4	5,806605
13	15,9	5,624775
14	19,2	4,051950
15	23,8	0,447214
17	24,0	0,447214
18	15,5	6,363961

Tableau 5. Moyenne de MBle Cynisme selon le nombre de SPI activés.

La moyenne du score MBle Cynisme (MBle Cyn) augmente avec le nombre de SPI activés : avec 3 SPI et moins, la moyenne MBle Cyn reste en-dessous de 14 ; entre 4 et 13 SPI, elle est dans l'intervalle de 14 et 16,5 ; et entre 14 et 17 SPI, supérieure à 19, soit un score sévère.

Elle atteint le score maximal de 24 pour 17 SPI activés.

La moyenne du score MBle Cyn pour 18 SPI est plus faible mais reste supérieure à celles de 7 SPI activés ou moins.

Score MBle Cyn	Nombre moyen de SPI activés
Faible [4 ;10]	4,579
Elevé [11 ;17]	5,367
Sévère [18 ;24]	7,329

Tableau 6. Nombre moyen de SPI activés selon score MBle Cyn faible, élevé ou sévère.

Le nombre moyen de SPI activés est de 4,6 chez les sujets présentant un score MBle Cyn faible, contre un nombre moyen de SPI activés de 7,3 chez les sujets avec un score sévère.

3.4.3 MBle Efficacité académique

Nombre de SPI activés	Moyenne MBle EA	Ecart type MBle EA
0	26,0	5,01879
1	26,8	4,33806
2	25,5	4,64742
3	25,5	4,37146
4	23,7	4,76516
5	24,9	4,34564
6	23,9	4,05990
7	24,8	3,95979
8	24,1	4,94041
9	24,3	4,82891
10	22,5	4,83085
11	22,9	5,34571
12	22,2	6,74506
13	22,9	5,86596
14	20,8	6,15062
15	16,0	3,80789
17	20,0	6,15062
18	26,5	10,60660

Tableau 7. Moyenne de MBle Efficacité académique selon le nombre de SPI activés.

La moyenne du MBle Efficacité académique (Mble EA) diminue avec le nombre de SPI activés jusqu'à 15 SPI, puis augmente de nouveau pour 17 et 18 SPI activés. La moyenne est modérée pour tous les nombres de SPI activés, sauf la moyenne correspondant à 15 SPI qui est de 16 et donc faible.

Score MBle EA	Nombre moyen de SPI activés
Faible [6 ;16]	8,822
Modéré [17 ;26]	5,916
Elevé [27 ;36]	4,923

Tableau 8. Moyenne du nombre de SPI activés selon score MBle EA faible, modéré ou élevé.

Le nombre de SPI activés moyen chez les sujets présentant un score MBle EA faible est de 8,8, contre un nombre moyen de SPI activés de 4,9 chez les sujets avec un score élevé.

3.5 Associations de SPI les plus fréquentes

3.5.1 Dans l'ensemble de l'échantillon

Prévalence de l'association	Association	Pourcentage de l'échantillon
90	Pas de SPI activé	6,32
39	SPI 11	2,74
18	SPI 12	1,26
17	SPI 13	1,19
11	SPI 11 et 13	0,77
9	SPI 14	0,63
9	SPI 13 et 18	0,63
9	SPI 11, 13 et 18	0,63
9	SPI 2 et 11	0,63
9	SPI 2, 11, 17 et 18	0,63
8	SPI 11 et 12	0,56
8	SPI 4	0,56
7	SPI 17	0,49
7	SPI 2, 11 et 13	0,49
7	SPI 2, 11, 13 et 17	0,49
7	SPI 2, 11, 13, 17 et 18	0,49

Tableau 9. Classement par prévalence des associations de SPI les plus fréquentes dans l'échantillon des étudiants en médecine.

Plus de 6% des étudiants en médecine de l'étude n'ont aucun SPI activé.

Plus de 5% présentent un SPI unique 11 (Abnégation), 12 (Surcontrôle émotionnel) ou 13 (Idéaux exigeants).

3.5.2 Chez les sujets avec 5 SPI activés et moins

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
1		15	8	20	8	8	3	5	1	2	30	35	14	5	7	6	18	12
2	15		31	18	11	23	10	32	5	4	91	38	40	28	20	18	51	28
3	8	31		10	5	7	2	10	0	2	37	26	16	10	5	5	26	13
4	20	18	10		7	8	8	7	3	1	28	47	25	15	9	8	20	18
5	8	11	5	7		4	3	2	1	1	17	10	1	4	5	2	6	2
6	8	23	7	8	4		7	18	1	1	38	25	15	12	17	8	31	20
7	3	10	2	8	3	7		4	2	0	15	8	9	6	8	2	11	10
8	5	32	10	7	2	18	4		1	4	46	19	21	12	12	6	48	14
9	1	5	0	3	1	1	2	1		1	4	5	9	3	2	1	5	5
10	2	4	2	1	1	1	0	4	1		9	8	5	2	3	3	5	5
11	30	91	37	28	17	38	15	46	4	9		82	112	58	23	23	84	68
12	35	38	26	47	10	25	8	19	5	8	82		53	24	22	16	47	40
13	14	40	16	25	1	15	9	21	9	5	112	53		46	12	24	56	84
14	5	28	10	15	4	12	6	12	3	2	58	24	46		12	10	25	21
15	7	20	5	9	5	17	8	12	2	3	23	22	12	12		9	16	12
16	6	18	5	8	2	8	2	6	1	3	23	16	24	10	9		20	19
17	18	51	26	20	6	31	11	48	5	5	84	47	56	25	16	20		45
18	12	28	13	18	2	20	10	14	5	5	68	40	84	21	12	19	45	

Tableau 10. Répartition des associations de SPI entre eux lorsque 5 SPI activés et moins.

Chez les sujets présentant 5 SPI activés et moins, les associations les plus fréquentes se font entre :

- le SPI 11 (Abnégation) et les SPI 2 (Abandon, instabilité), 12 (Surcontrôle émotionnel), 13 (Idéaux exigeants) et 17 (Négativité, pessimisme),
- les SPI 13 (Idéaux exigeants) et 18 (Punition).

Sont également fréquentes les associations entre :

- les SPI 11 (Abnégation) et 14 (Droits personnels exagérés),
- les SPI 12 (Surcontrôle émotionnel) et 13 (Idéaux exigeants),
- les SPI 13 (Idéaux exigeants) et 17 (Négativité, pessimisme),
- les SPI 11 (Abnégation) et 18 (Punition),
- les SPI 2 (Abandon, instabilité) et 17 (Négativité, pessimisme).

3.5.3 Chez les sujets avec 14 SPI activés et plus

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
1		48	50	50	47	47	36	48	25	43	48	49	45	39	38	39	53	44
2	48		56	55	49	53	41	51	27	46	52	52	50	44	42	45	58	47
3	50	56		57	51	54	43	54	29	48	54	54	51	44	44	45	60	49
4	50	55	57		52	54	43	53	27	49	53	54	51	45	43	46	60	50
5	47	49	51	52		48	38	49	24	44	47	48	45	38	40	41	54	47
6	47	53	54	54	48		42	50	26	45	50	53	48	43	44	43	57	46
7	36	41	43	43	38	42		39	21	38	38	40	37	31	33	32	45	35
8	48	51	54	53	49	50	39		25	44	51	50	48	40	42	44	56	45
9	25	27	29	27	24	26	21	25		24	26	27	25	22	19	23	29	25
10	43	46	48	49	44	45	38	44	24		45	45	42	37	36	38	51	43
11	48	52	54	53	47	50	38	51	26	45		53	49	41	40	41	56	47
12	49	52	54	54	48	53	40	50	27	45	53		49	44	41	42	57	47
13	45	50	51	51	45	48	37	48	25	42	49	49		41	37	43	54	47
14	39	44	44	45	38	43	31	40	22	37	41	44	41		34	38	47	39
15	38	42	44	43	40	44	33	42	19	36	40	41	37	34		34	46	37
16	39	45	45	46	41	43	32	44	23	38	41	42	43	38	34		48	38
17	53	58	60	60	54	57	45	56	29	51	56	57	54	47	46	48		52
18	44	47	49	50	47	46	35	45	25	43	47	47	47	39	37	38	52	

Tableau 11. Répartition des associations de SPI entre eux lorsque 14 SPI activés ou plus.

Les associations les plus fréquentes chez les sujets présentant 14 SPI activés et plus sont celles entre :

- les SPI 2 (Abandon, instabilité), 3 (Méfiance, abus), 4 (Isolement social) et 17 (Négativité, pessimisme),
- et celles entre le SPI 17 (Négativité, pessimisme) et les SPI 6 (Echec), 8 (Peur du danger et de la maladie), 11 (Abnégation) et 12 (Surcontrôle émotionnel).

Sont également fréquentes les associations entre :

- les SPI 2 (Abandon, instabilité), 3 (Méfiance, abus), 4 (Isolement social)
- et les SPI 1 (Manque affectif), 5 (Imperfection, honte), 6 (Echec), 8 (Peur du danger et de la maladie), 11 (Abnégation), 12 (Surcontrôle émotionnel), 13 (Idéaux exigeants)

les associations entre :

- le SPI 17 (Négativité, pessimisme)
- et les SPI 1 (Manque affectif), 5 (Imperfection, honte) et 18 (Punition)

et les associations entre :

- les SPI 6 (Echec), 8 (Peur du danger et de la maladie), 11 (Abnégation) et 12 (Surcontrôle émotionnel).

3.5.4 Comparaison

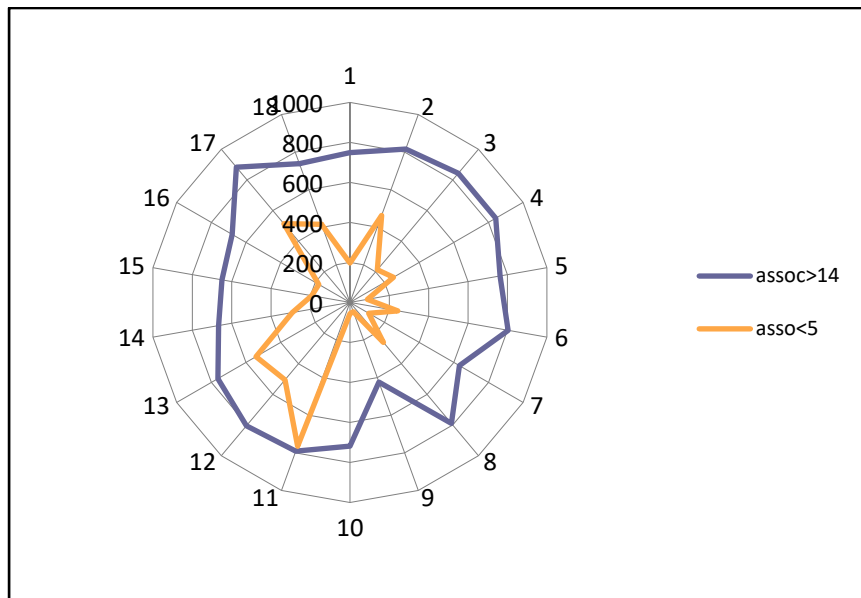


Schéma 1. Représentation radar comparant les associations les plus fréquentes de SPI entre la population présentant 5 SPI et moins et la population présentant 14 SPI et plus.

Chez les sujets présentant 5 SPI activés et moins, les SPI 11 (Abnégation), 12 (Surcontrôle émotionnel) et 13 (Idéaux exigeants) sont les plus souvent associés, puis les SPI 2 (Abandon, instabilité), 17 (Négativité, pessimisme) et 18 (Punition).

Chez les sujets présentant 14 SPI et plus, le SPI 17 (Négativité, pessimisme) est le plus fréquemment associé ; les SPI 7 (Dépendance, incompetence) et 9 (Fusionnement) sont au contraire les moins représentés.

3.6 Associations de SPI et score MBle élevés

3.6.1 MBle épuisement émotionnel élevé

Prévalence de l'association	Association de SPI	Pourcentage de l'échantillon
13	zéro SPI	2,14
7	SPI 11	1,15
5	SPI 12	0,82
5	SPI 11 et 13	0,82
5	18 SPI	0,82
5	17 SPI sauf le 16	0,82
5	SPI 2, 11, 13,17 et 18	0,82
5	SPI 2,11,13 et 17	0,82

Tableau 12. Associations de SPI les plus fréquentes chez les sujets présentant un score MBle EE élevé.

Chez les sujets présentant un score MBle EE élevé, les associations de SPI les plus fréquentes sont les mêmes que dans l'échantillon total pour ce qui est de :

- aucun SPI activé,
- SPI 11 (Abnégation) ou 12 (Surcontrôle émotionnel) isolé
- l'association entre SPI 11 (Abnégation) et 13 (Idéaux exigeants)
- l'association des SPI 2 (Abandon, instabilité), 11 (Abnégation), 13 (Idéaux exigeants), 17 (Négativité, pessimisme) +/- 18 (Punition).

Une différence est retrouvée dans la présence parmi ces associations fréquentes des associations des 18 SPI, ainsi que de 17 SPI avec éviction du SPI 16 (Recherche d'approbation, de reconnaissance).

3.6.2 MBle Cynisme élevé

Prévalence de l'association	Association de SPI	Pourcentage de l'échantillon
12	0 SPI	2,63
6	18 SPI	1,32
6	17 SPI sauf 16	1,32
5	SPI 12	1,10
4	SPI 14	0,88
3	SPI 1 et 12	0,66
3	SPI 2, 8, 11, 13 et 17	0,66
3	SPI 2, 8, 11 et 13	0,66
3	SPI 1, 12 et 17	0,66

Tableau 13. Associations de SPI les plus fréquentes chez les sujets présentant un score MBle Cyn élevé.

L'association la plus fréquente reste celle ne comprenant aucun SPI activé.

2,6% des sujets présentant un score MBle Cyn élevé présentent 18 SPI ou 17 SPI avec éviction du SPI 16 (Recherche d'approbation, de reconnaissance).

3.6.3 MBle Efficacité académique élevée

Prévalence de l'association	Association de SPI	Pourcentage de l'échantillon
33	0 SPI	6,35
23	SPI 11	4,42
8	SPI 12	1,54
7	SPI 13	1,35
7	SPI 2 et 11	1,35
7	SPI 13 et 18	1,35
7	SPI 2, 11, 17 et 18	1,35
6	SPI 11 et 13	1,15
5	SPI 13 et 14	0,96
5	SPI 17	0,96
5	SPI 2,11 et 13	0,96
5	SPI 14	0,96
5	SPI 2, 11, 13, 17 et 18	0,96
5	SPI 2, 11, 13 et 17	0,96

Tableau 14. Associations de SPI les plus fréquentes chez les sujets présentant un score MBle EA élevé.

Plus de 6% des sujets avec un score MBle EA élevé ne présentent aucun SPI activé.

Plus de 7% présentent un SPI unique 11 (Abnégation), 12 (Surcontrôle émotionnel) ou 13 (Idéaux exigeants).

3.7 Associations de SPI et années d'étude

Année de médecine	Nombre moyen de SPI activés
1	6,44
2	6,19
3	5,35
4	5,03
5	5,64
6	4,76
7	4,47
8	6,50
9	3,07
10	3,88
11	1,00

Tableau 15. Nombre moyen de SPI activés chez sujets classés selon leur année d'études.

Le nombre moyen de SPI activés diminue de 6,4 en première année d'études à 3,9 en 10^e année d'études.

4. DISCUSSION

4.1. Résumé des résultats principaux

- Le score moyen MBle épuisement émotionnel et cynisme augmente avec le nombre de SPI activés, alors que le score moyen MBle efficacité académique diminue.
- Le score moyen MBle EE est élevé chez les sujets présentant entre 10 et 17 SPI activés, et le score moyen MBle Cyn est sévère chez les sujets présentant entre 14 et 17 SPI activés.
- Le nombre moyen de SPI activés est entre 1,5 et deux fois plus élevé entre les sujets présentant un score MBle EE ou Cyn élevé et ceux présentant un score faible, et entre les sujets présentant un score MBle EA faible et ceux présentant un score élevé.
- Parmi l'ensemble des étudiants en médecine, l'association de SPI la plus fréquente est celle ne présentant aucun SPI activé (6% de l'échantillon), puis viennent les associations avec un SPI activé unique 11 (Abnégation), 12 (Surcontrôle émotionnel) ou 13 (Idéaux exigeants).
- Lorsque le score MBle EE ou MBle Cyn est élevé, on retrouve également parmi les plus fréquentes l'association de 18 SPI ou celle de 17 SPI avec éviction du SPI 16 (Recherche d'approbation, de reconnaissance).
- Lorsque les étudiants présentent 5 SPI ou moins, ce sont majoritairement des SPI du domaine Surveillance et inhibition. Lorsqu'ils en présentent 14 ou plus, ce sont des SPI des domaines Séparation et rejet et Manque d'autonomie qui prédominent.

- Le nombre moyen de SPI activés diminue quasiment de moitié entre les étudiants en 1^{er} année de médecine et ceux en 10^{ème} année.

4.2. Biais et limites de l'étude

4.2.1. Biais de sélection

Il s'agit d'une étude multicentrique et transversale concernant toutes les universités de France, à laquelle 22 universités sur 74 contactées ont participé.

Notre étude a été réalisée 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.

Notre étude est composée de 8 questionnaires qui se réalisent en 20 à 30 minutes. Le temps de réponse a probablement été un frein quant à la participation complète au questionnaire.

On note 9 669 questionnaires complets pour 13 878 incomplets.

Nous avons sollicité les réseaux sociaux, comme Facebook, Twitter, etc.

A l'échelle locale, il existe une disparité entre les villes. En effet, le nombre de promotions étudiantes auxquelles le questionnaire est diffusé par université diffère en fonction des connaissances des investigateurs, et l'effet "boule de neige" provoqué par le repartage n'est pas dépendant de ceux-ci. A l'échelle nationale, nous avons utilisé entre autres les réseaux "Le divan du médecin", "ECNi.fr" et "Interne de France" qui sont des groupes réunissant des médecins et étudiants en médecine exclusivement.

S'agissant d'un auto-questionnaire en ligne, il peut exister des risques de problèmes informatiques empêchant la déclaration complète du questionnaire.

Il est possible que les étudiants concernés directement ou indirectement par des problèmes en lien avec nos études aient davantage réalisé le questionnaire.

4.2.2. Biais de classement

L'utilisation d'auto-questionnaire est susceptible d'engendrer différentes interprétations des questions ainsi que des erreurs par mauvaise compréhension des questionnaires.

S'agissant d'une étude réalisée en ligne, les participants répondant aux questionnaires ont pu être perturbés par leur environnement.

Le phénomène de désirabilité sociale a pu également entraîner une modification de certaines réponses.

Le cas des étudiants PACES, devenu PASS et L.AS, 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 à octobre 2021.

4.2.4 Limites de l'étude

La faible participation, 8 875 questionnaires complets pour 1 675 000 étudiants universitaires (soit 0,5% de la population), est un frein à la représentativité de l'étude.

La diffusion du questionnaire n'a pas été uniforme entre les facultés car les investigateurs ont contacté les facultés de façon indépendante. 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.

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 la diffusion de notre questionnaire à la suite d'une inquiétude sur l'aspect anxiogène des questions et les problématiques de prise en charge ultérieure des étudiants.

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.

4.3 Analyse des résultats

4.3.1 Dans l'ensemble de l'échantillon

Dans notre échantillon d'étudiants en médecine, les trois composantes du burn-out varient selon le nombre de SPI présents, avec une augmentation de l'épuisement émotionnel et du cynisme, et une diminution de l'efficacité académique lorsque le nombre de SPI activés augmente. Les scores sont particulièrement élevés chez les sujets présentant entre 14 et 17 SPI.

Dans leur étude sur l'activisme professionnel chez des internes de médecine de 2011, E. Grebot et Al. retrouvaient que l'activation globale des SPI était corrélée positivement à la tendance compulsive à travailler, et négativement à la satisfaction au travail, les deux composantes de l'activisme professionnel ou « workaholism ». On peut supposer que cette relation pathologique au travail participe à la survenue d'un épuisement professionnel (36).

Chez ces mêmes étudiants en médecine, on retrouve fréquemment un SPI unique 11 (Abnégation), 12 (Surcontrôle émotionnel) ou 13 (Idéaux exigeants); ces SPI avaient également été retrouvés de façon prédominante chez les étudiants de Poitiers lors de l'étude préliminaire (33), et ont été décrits dans l'étude des SPI chez l'ensemble des étudiants de France comme très présents (35). Ils correspondraient donc aux schémas qui motivent le sujet à se diriger vers des études supérieures.

En effet, le SPI 13 (Idéaux exigeants) engendre une recherche de perfection, de l'ambition professionnelle et sociale, et une pression intérieure à être le meilleur dans tout ce qu'il entreprend chez le sujet. Il va donc permettre aux étudiants de repousser leurs limites et de chercher la performance, notamment lors des études de médecine particulièrement exigeantes. Cependant, l'idéal ne pouvant être atteint, il pourrait à terme ou lorsqu'associé à d'autres schémas, amener à un épuisement.

Le SPI 11 (Abnégation) correspond à la priorisation des besoins de l'autre avant les siens, ce qui est également primordial lorsqu'on se destine à devenir médecin, mais peut amener à se négliger.

Enfin, le SPI 12 (Surcontrôle émotionnel) semble tout autant nécessaire dans un milieu professionnel qui confronte à la souffrance de l'autre, voire à la mort, avec l'impératif de continuer à prendre des décisions objectives quelque soit la situation. De même que pour le 11 (Abnégation) et le 13 (Idéaux exigeants), il peut à terme devenir délétère lorsque le sujet refoule en permanence ses émotions.

Ces trois schémas vont permettre aux sujets les présentant de devenir des médecins qui cherchent à être les meilleurs dans leur domaine, qui font passer les besoins de leurs patients avant les leurs, et qui restent objectifs en toutes circonstances ; en résumé, d'être d'excellents médecins, lorsqu'ils ne mènent pas à l'épuisement. Ainsi, une étude australienne de 2011 avait démontré que les schémas 11 (Abnégation) et 13 (Idéaux exigeants) étaient corrélés à une meilleure alliance thérapeutique entre les psychologues et leurs patients (37).

Dans l'étude de Grebot et Al. de 2011 déjà évoquée ci-dessus, les SPI 11 (Abnégation) et 13 (Idéaux exigeants) étaient corrélés à la tendance compulsive à travailler, mais pas à l'épuisement professionnel (36); ils semblent donc amener les sujets les présentant à travailler beaucoup, mais ne pas participer à la survenue d'un burn-out dans la majorité des cas lorsqu'ils sont isolés.

En revanche, on retrouve peu d'étudiants de médecine présentant les SPI 1 (Manque affectif), 3 (Méfiance, abus) et 5 (Imperfection, honte) du domaine Séparation et rejet ; ces schémas entraînant des difficultés relationnelles, on peut supposer qu'ils orientent les sujets les présentant vers d'autres filières que celles du soin. De même, peu d'étudiants en médecine présentent les SPI 7 (Dépendance, incompétence), 8 (Peur du danger et de la maladie) et 9 (Fusionnement) du domaine Manque d'autonomie et de performance, qui sont peu compatibles avec des études supérieures exigeantes, et notamment le SPI 8 (Peur du danger et de la maladie) pour ce qui est de la filière du soin.

4.3.2 Chez les sujets avec des scores d'épuisement professionnel élevés

Chez les étudiants en médecine de notre échantillon présentant des scores élevés de burn-out, on retrouve toujours un SPI unique 11 (Abnégation), 12 (Surcontrôle émotionnel) ou 13 (Idéaux exigeants) de façon fréquente, mais également dans les associations prédominantes celles de 18 schémas, ou de 17 schémas à l'exclusion du SPI 16 (Recherche d'approbation, de reconnaissance).

On peut supposer que les schémas 11, 12 et 13 mènent au burn-out lorsqu'ils sont particulièrement rigides et sévères, avec une suractivation permanente qui génère du stress et des difficultés relationnelles.

Ils pourraient également être à l'origine chez certains sujets d'un « syndrome de l'imposteur », phénomène étudié par T. Shanafelt chez des médecins américains dans une étude parue en septembre dernier, et qui correspond à la croyance que, malgré les efforts apportés et les compétences que l'on peut avoir, la réussite n'est pas méritée, et ce malgré les preuves objectives de ses accomplissements. Ce syndrome touche tout particulièrement les médecins, qui supportent une pression sociétale d'être supérieurs aux autres actifs, de faire passer le travail en premier, ou encore de considérer demander de l'aide comme un aveu de faiblesse. La présence d'un syndrome de l'imposteur chez les sujets de cette étude est associée à une majoration du burn-out et des idées suicidaires, ainsi qu'à une diminution de la satisfaction liée au travail (38).

Le schéma 13 (Idéaux exigeants) notamment peut rendre les sujets chez qui il est présent très perfectionnistes et critiques envers eux-mêmes, à l'opposé de l'empathie qu'ils expriment envers les autres, ce qui peut amener à une remise en question de ses compétences et à un sentiment d'inadéquation.

Il serait intéressant d'étudier la prévalence de ce syndrome de l'imposteur chez les étudiants en médecine et médecins français, les pressions sociétales et représentations pouvant varier selon les pays ; par ailleurs, différencier les médecins les plus âgés des plus jeunes permettrait de comparer les groupes sur une éventuelle évolution générationnelle de ces croyances concernant ce que doit être un médecin.

4.3.3 Comparaison entre 5 SPI et moins et 14 SPI et plus

Lorsqu'on compare les associations de SPI chez les sujets en présentant 5 ou moins et ceux en présentant 14 et plus, on observe que la répartition se fait différemment, avec des SPI des domaines Séparation et rejet et Manque d'autonomie et de performance augmentant nettement en prévalence chez les sujets présentant de nombreux SPI, alors que ceux n'en présentant que quelques-uns présenteront plutôt des SPI du domaine Survigilance et inhibition.

Tous les SPI sont corrélés à un fort taux d'épuisement émotionnel dans plusieurs études, mais les SPI des domaines Séparation et rejet et Manque d'autonomie et de performance le sont le plus significativement (36,39). Ils sont particulièrement consommateurs d'énergie mentale, et peuvent entraîner la mise en place de mécanismes qui favorisent le burn-out. Par exemple, le SPI 3 (Méfiance, abus) implique un manque de confiance en ses collègues, et donc une absence de délégation des tâches, soit une augmentation de la charge et du temps de travail.

On peut donc s'interroger sur la direction d'un éventuel lien de causalité : les SPI de ces domaines sont-ils plus associés à l'EE car ils sont présents chez les sujets avec de nombreux SPI, ou les sujets avec de nombreux SPI sont-ils plus susceptibles d'expérimenter un épuisement émotionnel en raison de ces SPI en particulier ? Autrement dit, l'EE est-il lié au nombre de SPI activés ou à la présence de ces SPI spécifiques, qu'on retrouve plus souvent chez les sujets avec de nombreux SPI activés ?

Les SPI 7 (Dépendance, incompétence) et 9 (Fusionnement) restent les moins représentés, tout comme chez l'ensemble des étudiants dans l'étude de C. Trarieux (35) ; on peut supposer que ces schémas ne sont pas favorables à l'entrée en études supérieures.

4.3.4 Evolution du nombre de SPI durant les études

On retrouve une diminution quasiment de moitié du nombre de SPI présents entre les étudiants de 1^e année de médecine et ceux de 10^e année. Ce résultat correspond à ce qu'avait observé V. Walburg et Al. en 2008 (34), ainsi qu'aux résultats de P. Verschoore chez les étudiants de Poitiers dans l'étude PTSBO2 préliminaire en 2021 (33).

On peut supposer qu'à mesure de leur exposition à des expériences positives et des comportements adaptés, les étudiants transforment leurs modes de réaction lorsque les SPI sont activés, voire que ceux-ci deviennent de plus en plus rarement activés.

Une autre hypothèse, qui probablement vient compléter la première, serait que les étudiants avec des SPI très intenses sont obligés de changer de filière ou d'arrêter leurs études en raison des difficultés psychiques et relationnelles qu'ils engendrent.

Il serait intéressant d'observer dans une étude longitudinale les parcours académiques d'étudiants en évaluant au début et à la fin de l'étude les SPI qu'ils présentent, afin de préciser la véracité de ces hypothèses.

4.3.5 Pistes d'amélioration

La présence de certains SPI est un facteur de risque de burn-out, et la quantité de SPI activés en est un autre. On sait que ces SPI ne peuvent disparaître complètement, mais qu'ils peuvent être mieux contrôlés via une conscience accrue de leur présence et une meilleure compréhension par le sujet de ses propres sentiments et réactions.

Un dépistage par questionnaire au début des études pourrait ainsi être mis en place afin que les étudiants aient conscience de leurs SPI et, notamment en cas de nombreux SPI ou de SPI des domaines Séparation et rejet et Manque d'autonomie et de performance, qu'ils puissent être vigilants.

Lorsqu'ils sont à risque, ils pourraient avoir accès à des formations ou stages leur apprenant à mettre en place des modes de coping sains et à prévenir la survenue d'un épuisement professionnel et académique, ou encore être suivis par un tuteur (médecin généraliste, psychologue ou encore psychiatre) qui les aiderait à désamorcer les situations difficiles et leur apprendrait à ne plus reproduire les mêmes comportements inadaptés.

Deux méta-analyses de 2014 et 2016 identifient une amélioration des symptômes d'anxiété et de burn-out chez les médecins et étudiants en médecine à la suite de la mise en place d'interventions ou de stratégies soit ciblées sur les individus, soit organisationnelles (40,41).

Les interventions ciblées sur les individus peuvent consister en une psychothérapie, une thérapie cognitivo-comportementale, un entraînement visant les capacités d'adaptation ou de communication, un support social, des exercices de relaxation ou encore des cours de musique.

Les interventions organisationnelles visent plutôt les conditions de travail, les horaires ou encore l'organisation de la journée.

Une revue de littérature de 2010, cette fois-ci non ciblée sur le domaine de la médecine, observait une diminution du burn-out sur le court terme (6 mois ou moins) lorsque les interventions étaient ciblées sur les individus, alors que la combinaison de mesures individuelles et organisationnelles permettait une diminution du burn-out sur le plus long terme (12 mois ou plus). Les effets semblent dans tous les cas s'estomper avec le temps, ce qui laisse suggérer que des séances de rappel régulières seraient bénéfiques (42).

On peut prendre pour exemple une étude de 2021 au Chili chez des étudiants de médecine de 4^e année, qui mettait en avant une nette diminution du burn-out, et notamment de l'EE, ainsi que du stress, de l'auto-critique et du stress post-traumatique à la suite de la mise en place d'un programme de huit semaines de développement personnel basé sur la pleine conscience. En parallèle les étudiants montraient une nette progression dans l'utilisation de stratégies actives de coping et dans leurs niveaux de résilience (43).

Il serait intéressant de conduire une étude similaire chez des étudiants en médecine français, afin d'analyser si leur réponse à ce genre de programme est également positive.

5. CONCLUSION

Cette étude établit un lien entre le nombre de SPI activés et la présence d'un burn-out chez les étudiants en médecine de France. Les SPI 11 (Abnégation), 12 (Surcontrôle émotionnel) et 13 (Idéaux exigeants) sont observés chez de nombreux sujets, notamment ceux avec peu de SPI. Les SPI des domaines Séparation et rejet et Manque d'autonomie et performance sont plutôt retrouvés chez les sujets avec de nombreux SPI, chez qui on constate plus souvent un épuisement professionnel.

L'étude confirme par ailleurs que le nombre de SPI activés diminue au cours des années d'études de médecine.

Sur la base de ces données et de celles des autres études sur le sujet, il serait intéressant de mettre au point un questionnaire visant à dépister les associations de SPI facteurs de risque d'épuisement professionnel et académique chez les étudiants dès le début du cursus. Ainsi, il serait possible de leur proposer un accompagnement ou des formations complémentaires pour leur apprendre à mieux se connaître et à gérer les situations de façon adaptée.

L'ensemble des étudiants trouverait un bénéfice à la mise en place d'un programme intégré aux études leur permettant de prendre conscience de leurs SPI et de leurs modes de réponse, et d'apprendre à mieux les gérer. Des rappels tous les ans permettraient d'optimiser l'efficacité de cette formation.

Une étude longitudinale sur les SPI que présentent les étudiants au début et à la fin de leur cursus ainsi que l'éventuelle association avec un arrêt des études ou une réorientation serait par ailleurs pertinente.

6. BIBLIOGRAPHIE

1. Veil C. Les états d'épuisement. *Concours Méd.* 1959;2675-81.
2. Freudenberger HJ. Staff Burn-Out. *J Soc Issues.* 1974;30(1):159-65.
3. Maslach C. Burned Out. *Hum Behav.* 1976;5:16-22.
4. Maslach C. Understanding burnout: Definitional issues in analyzing a complex phenomenon. 1982.
5. Maslach C, Jackson S. The Measurement of Experienced Burnout. *J Organ Behav.* 1 avr 1981;2:99-113.
6. Maslach C, Jackson S. Maslach burn-out inventory. *Consult Psychol Press Palo Alto CA.* 1986;(Vol. 21).
7. Faye-Dumanget C, Carré J, Le Borgne M, Boudoukha PAH. French validation of the Maslach Burnout Inventory-Student Survey (MBI-SS). *J Eval Clin Pract.* déc 2017;23(6):1247-51.
8. Khireddine I, Lemaître A, Homère J, Plaine J, Garras L, Riol MC, et al. La souffrance psychique en lien avec le travail chez les salariés actifs en France entre 2007 et 2012, à partir du programme MCP. *Arch Mal Prof Environ.* 1 juin 2015;*Bull Epidémiol Hebd*:431-8.
9. Rivaud A. Revue systématique et méta-analyse sur la prévalence du burn-out dans la population générale et chez les soignants : Analyse intermédiaire. [Thèse de doctorat d'Université, Médecine générale, Faculté de Médecine de Poitiers, 2020]
10. Maslach C, Leiter MP. Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry.* 2016;15(2):103-11.
11. Kansoun Z, Boyer L, Hodgkinson M, Villes V, Lançon C, Fond G. Burnout in French physicians: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 1 mars 2019;246:132-47.

12. Mouries DR. L'épuisement professionnel des médecins libéraux franciliens: témoignages, analyses et perspectives. :59.
13. Truchot D. Le burnout des médecins généralistes en Poitou-Charentes. URML Poitou Charentes; 2004.
14. Belghith F, Beswick C, Bohet A. Repères sur la santé des étudiants, 2018. Commandité par l'Observatoire national de la Vie Etudiante.
15. Rosales-Ricardo Y, Rizzo-Chunga F, Mocha-Bonilla J, Ferreira JP. Prevalence of burnout syndrome in university students: A systematic review. *Salud Ment.* mars 2021;44(2):91-102.
16. Dyrbye LN, West CP, Satele D, Boone S, Tan L, Sloan J, et al. Burnout among U.S. medical students, residents, and early career physicians relative to the general U.S. population. *Acad Med J Assoc Am Med Coll.* mars 2014;89(3):443-51.
17. Brazeau CMLR, Shanafelt T, Durning SJ, Massie FS, Eacker A, Moutier C, et al. Distress among matriculating medical students relative to the general population. *Acad Med J Assoc Am Med Coll.* nov 2014;89(11):1520-5.
18. Debouté M. Comparaison de la prévalence du burnout académique entre les étudiants de filières de santé et ceux d'autres filières de l'Université de Poitiers, dans un contexte pandémique de COVID-19. [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine générale, Université de Poitiers, 2021].
19. Paitel C. Etude No Burnout: étude de stabilité temporelle des composantes de l'échelle Masclash Burnout Inventory sur 4 mois; étude observationnelle, descriptive d'une cohorte d'étudiants avec recueil prospectif. [Thèse de Doctorat de médecine générale, Université de Poitiers, 2015].
20. Frajerman A, Morvan Y, Krebs MO, Gorwood P, Chaumette B. Burnout in medical students before residency: A systematic review and meta-analysis. *Eur Psychiatry J Assoc Eur Psychiatr.* janv 2019;55:36-42.
21. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. La Thérapie des schémas. De Boeck Supérieur. 2017.

22. Pascal B. La Thérapie des schémas: principes et outils pratiques. 2e édition. Elsevier Masson; 2018.
23. 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*. 27 nov 2018;21.
24. Bishop A, Younan R, Low J, Pilkington PD. Early maladaptive schemas and depression in adulthood: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Psychother*. 2022;29(1):111-30.
25. Tariq A, Quayle E, Lawrie SM, Reid C, Chan SWY. Relationship between Early Maladaptive Schemas and Anxiety in Adolescence and Young Adulthood: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. déc 2021;295:1462-73.
26. Maher A, Cason L, Huckstepp T, Stallman H, Kannis-Dymand L, Millear P, et al. Early maladaptive schemas in eating disorders: A systematic review. *Eur Eat Disord Rev J Eat Disord Assoc*. janv 2022;30(1):3-22.
27. Gosselin MHM. An exploration of the relationships among early maladaptive schemas, alexithymia and pain-related outcomes in irritable bowel syndrome. ProQuest Information & Learning; 2022.
28. Aksu GG, Kayar O, Tufan AE, Kütük MÖ, Sucu DH, Taşdelen B, et al. Early maladaptive schemas differing according to sex may contribute to migraine among the youth. *Brain Dev*. août 2022;44(7):427-37.
29. 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.
30. Bamber M. CBT for Occupational Stress in Health Professionals: Introducing a Schema-Focused Approach.
31. 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*. mars 2008;15(2):96-112.

32. Loubaresse-Victor C. L'existence de Schémas Précoces Inadaptés chez les soignants, revue de la littérature.[Thèse de doctorat d'Université, Médecine Générale, Université de Poitiers, 2020].
33. Verschoore P. Etude des Schémas Précoces Inadaptés chez les étudiants de l'Université de Poitiers. [Thèse de doctorat d'Université, Médecine générale, Université de Poitiers, 2021].
34. 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;18:53-6.
35. Trarieux C. Etude des Schémas Précoces Inadaptés et du Burn-out chez les étudiants des Facultés de France. [Thèse d'exercice de doctorat d'Université, Médecine générale, Faculté de Poitiers, 2022].
36. Grebot E, Berjot S, Lesage FX, Dovero M. Schémas précoces inadaptés, activisme professionnel et épuisement professionnel chez des internes en médecine. J Thérapie Comport Cogn. 1 juin 2011;21(2):43-52.
37. Wyman K. What therapists bring to therapy: an examination of therapist effects on the alliance and the characteristics which build the therapist-client alliance. :311.
38. Shanafelt TD, Dyrbye LN, Sinsky C, Trockel M, Makowski MS, Tutty M, et al. Imposter Phenomenon in US Physicians Relative to the US Working Population. Mayo Clin Proc. 1 sept 2022;S0025-6196(22)00378-0.
39. 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.
40. Regehr C, Glancy D, Pitts A, LeBlanc VR. Interventions to reduce the consequences of stress in physicians: a review and meta-analysis. J Nerv Ment Dis. mai 2014;202(5):353-9.

41. West CP, Dyrbye LN, Erwin PJ, Shanafelt TD. Interventions to prevent and reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Lond Engl*. 5 nov 2016;388(10057):2272-81.
42. Awa WL, Plaumann M, Walter U. Burnout prevention: a review of intervention programs. *Patient Educ Couns*. févr 2010;78(2):184-90.
43. Zúñiga D, Torres-Sahli M, Nitsche P, Echeverría G, Pedrals N, Grassi B, et al. Reduced burnout and higher mindfulness in medical students after a self-care program during the COVID-19 pandemic. *Rev Med Chil*. juin 2021;149(6):846-55.

7. ANNEXES

Annexe 1. Liste des Schémas Précoces Inadaptés et leurs caractéristiques

Catégorie 1 : Séparation et rejet

- 1. Manque affectif : croyance qu'autrui ne comblera jamais les besoins affectifs
- 2. Abandon/Instabilité : croyance de ne jamais pouvoir être compris ou soutenu par autrui
- 3. Méfiance/Abus : croyance qu'autrui sera toujours blessant, humiliant, menteur avec le sentiment d'être toujours défavorisé
- 4. Isolement social : sentiment de n'appartenir à aucun groupe
- 5. Imperfection/Honte : sentiment d'infériorité concernant des ressentis qui provoqueraient le rejet si dévoilé

Catégorie 2 : Manque d'autonomie et performance

- 6. Echec : croyance que l'échec est inévitable
- 7. Dépendance/Incompétence : passivité par la croyance de ne pas être capable
- 8. Peur du Danger ou de la Maladie : peur exagérée d'une catastrophe
- 9. Fusionnement/Personnalité atrophiée : impression de ne pouvoir survivre sans quelqu'un

Catégorie 3 : Manque de limites

- 14. Droits Personnels Exagérés/Grandeur : sentiment de supériorité par rapport aux autres
- 15. Contrôle de soi/Autodiscipline Insuffisants : intolérance à la frustration

Catégorie 4 : Orientation vers les autres

- 10. Assujettissement : soumission excessive au contrôle des autres
- 11. Abnégation : souci de combler les besoins des autres avant les siens
- 16. Recherche d'Approbation et de Reconnaissance : besoin excessif d'attention

Catégorie 5 : Sur-vigilance et Inhibition

- 12. Surcontrôle Emotionnel : contrôle excessif de ses propres émotions
- 13. Idéaux exigeants/Critique Excessive : conviction de devoir maintenir un niveau de perfection élevé
- 17. Négativité/Pessimisme : amplification des aspects négatifs de la vie
- 18. Punition : intolérance envers le manque de perfection chez soi-même et autrui

Annexe 2. Mail aux doyens des Universités de France

Monsieur/Madame le/la Recteur/e,
Monsieur/Madame le/la Président/e,

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 peut être 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
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 l'Apprentissage

Annexe 3. Message à destination des étudiants

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, Jeremie CAMBRAI, Kevin CASTETS, Sarah CHAIGNEAU, June GAUDARD, Sophie HASCOUET, Thibaud SIGNORET, Bastien YONNEAU

Directeur de thèse : François BIRAULT.

Annexe 4. YSQ-S3

Instructions

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 la.

Échelle 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.
2. Je m'accroche aux gens dont je suis proche par peur qu'ils ne me quittent.
3. J'ai l'impression que les autres vont profiter de moi.
4. Je ne suis pas adapté(e).
5. Aucun homme ou femme que je désire ne pourrait m'aimer une fois qu'il(elle) aurait vu mes défauts.

6. Presque rien de ce que je fais au travail (ou à l'école) n'est aussi bon que ce que font les autres.
7. Je ne me sens pas capable de me débrouiller par moi-même dans la vie de tous les jours.
8. Il ne me semble pas possible d'échapper au sentiment que quelque chose de mauvais va bientôt se passer.
9. Je n'ai pas pu me séparer de ma mère ou de mon père comme semblent le faire les gens de mon âge.
10. Je pense que si je fais ce que je veux, je cours après les problèmes.
11. Je suis celui (celle) qui finit généralement par prendre soin des gens dont je suis proche.
12. Je suis trop gêné(e) pour exprimer des sentiments positifs aux autres (par ex. de l'affection, de l'intérêt).
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.
14. Lorsque j'attends quelque chose des autres, j'ai beaucoup de difficulté à accepter un refus.
15. Il ne me semble pas possible de me discipliner pour terminer des tâches routinières ou ennuyeuses.
16. Posséder de l'argent et connaître des gens importants sont des choses qui me donnent de la valeur.
17. Même lorsque tout va bien, j'ai l'impression que ce ne sera que temporaire.
18. Si je fais une erreur, je mérite d'être puni(e).
19. Je n'ai personne pour me prendre dans ses bras, pour me donner de la chaleur et de l'affection.
20. J'ai tellement besoin des autres que j'ai peur de les perdre.
21. J'ai l'impression que je dois être sur mes gardes en présence des autres sinon ils me blesseront intentionnellement.
22. Je suis fondamentalement différent(e) des autres.
23. Aucune personne que je désire ne pourrait rester proche de moi si elle savait qui je suis réellement.
24. Je suis incompetent(e) quand il s'agit de réussir.
25. Je me considère comme une personne dépendante en ce qui concerne la vie de tous les jours.

26. J'ai l'impression qu'un désastre naturel, criminel, financier ou médical pourrait frapper à tout moment.
27. Mes parents et moi avons tendance à être sur-impliqués dans nos vies et nos problèmes réciproques.
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 rejetteront d'une façon ou d'une autre.
29. Je suis quelqu'un de bon car je pense aux autres plus qu'à moi-même.
30. Je trouve embarrassant d'exprimer mes sentiments aux autres.
31. Je m'efforce de faire de mon mieux ; je ne peux pas me contenter d'être « assez bien ».
32. Je suis quelqu'un de spécial et je ne devrais pas avoir à accepter les restrictions auxquelles les autres doivent se soumettre.
33. Si je ne peux pas atteindre un but, je suis facilement frustré(e) et j'abandonne.
34. Mes réussites ont plus de valeur à mes yeux si les autres les remarquent.
35. S'il se produit quelque chose de bien, j'ai peur qu'il n'arrive ensuite quelque chose de mauvais.
36. Si je ne donne pas le meilleur de moi-même, je dois m'attendre à échouer.
37. Je n'ai jamais eu le sentiment que je représentais quelqu'un d'important pour quelqu'un d'autre.
38. Je crains que les gens dont je me sens proche ne me quittent ou ne m'abandonnent.
39. Ce n'est qu'une question de temps avant que quelqu'un me trahisse.
40. Je suis à part ; je suis un(e) solitaire.
41. Je ne mérite pas l'amour, l'attention et le respect des autres.
42. La plupart des gens sont plus doués que moi en ce qui concerne le travail (ou l'école) et la réussite.
43. Je manque de bon sens.
44. J'ai peur d'être attaqué(e) physiquement par des gens.
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.
46. Dans mes relations, je laisse l'autre avoir le dessus sur moi.
47. Je suis tellement occupé(e) à me dévouer pour les gens qui m'importent que j'ai très peu de temps pour moi.
48. Il m'est difficile d'avoir l'esprit libre et d'être spontané(e) avec les autres.

49. Je dois faire face à toutes mes responsabilités.
50. Je déteste être contraint(e) ou qu'on m'empêche de faire ce que je veux
51. Il m'est très difficile de sacrifier une gratification immédiate pour mener à bien un projet à long terme.
52. À moins d'obtenir beaucoup d'attention des autres, je me sens peu important(e).
53. On n'est jamais assez prudent ; il peut toujours se produire quelque chose de mauvais.
54. Si je ne fais pas mon travail, je devrai en subir les conséquences.
55. Je n'ai eu personne qui m'écoute réellement, me comprenne et soit sensible à mes besoins et mes sentiments véritables.
56. Quand je sens que quelqu'un à qui je tiens s'éloigne de moi, je deviens désespéré(e).
57. Je suis très méfiant(e) quant aux motivations des autres.
58. Je me sens étranger(ère) aux autres, ou coupé(e) des autres.
59. J'ai le sentiment d'être quelqu'un que l'on ne peut pas aimer.
60. Je n'ai pas autant de talent que les autres au travail (ou à l'école).
61. On ne peut se fier à mon jugement dans les situations quotidiennes.
62. J'ai peur de perdre mon argent et de devenir démun(e) ou très pauvre.
63. J'ai souvent l'impression que mes parents vivent à travers moi – je n'ai pas une vie qui me soit propre.
64. Je laisse toujours les autres choisir à ma place, si bien que je ne sais pas vraiment ce que je veux moi-même.
65. J'ai toujours été celui (celle) qui écoute les problèmes des autres.
66. Je me contrôle tellement bien que les autres croient que je n'ai pas d'émotions
67. Je ressens une pression constante qui me force à faire les choses et à les réussir.
68. Je crois que je n'ai pas à suivre les règles et les conventions comme les autres.
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.
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).
71. Même si je travaille beaucoup, j'ai peur de me retrouver un jour sans le sou.
72. Peu importe les raisons, quand je fais une erreur, je devrais en payer le prix.
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.

74. Quelquefois j'ai tellement peur que les gens m'abandonnent que je les repousse.
75. Je m'interroge habituellement sur les véritables intentions des autres.
76. Je me sens toujours à l'extérieur des groupes.
77. Je suis trop fondamentalement inacceptable pour me révéler aux autres ou pour les laisser bien me connaître.
78. Je ne suis pas aussi intelligent(e) que la plupart des gens quand il s'agit du travail (ou de l'école).
79. Je n'ai pas confiance dans ma capacité à résoudre les problèmes qui se posent tous les jours.
80. J'ai peur d'avoir une maladie grave, même si rien de sérieux n'a été diagnostiqué par un médecin.
81. J'ai souvent l'impression de ne pas avoir une identité distincte de celle de mes parents ou de mon(ma) partenaire.
82. J'ai beaucoup de difficultés à exiger que mes droits soient respectés et que mes sentiments soient pris en compte.
83. On me voit comme quelqu'un qui en fait trop pour les autres et pas assez pour lui(elle)-même.
84. Les gens me trouvent coincé(e) sur le plan émotionnel.
85. Je ne peux pas accepter de me dégager aisément d'une situation difficile ou de présenter des excuses pour mes erreurs.
86. J'ai le sentiment que j'ai beaucoup plus à offrir que les autres.
87. J'ai rarement été capable de tenir mes engagements.
88. Lorsqu'on me fait beaucoup de compliments et d'éloges, je me sens une personne de valeur.
89. J'ai peur qu'une mauvaise décision ne puisse conduire à un désastre.
90. Je suis quelqu'un de mauvais qui mérite d'être puni.

Annexe 5. MBI-SS

Fréquence :

Jamais = 0

Quelques fois par an = 1

Une fois par mois = 2

Quelques fois par mois = 3

Une fois par semaine = 4

Quelques fois par semaine = 5

Tous les jours = 6

Fréquence	0	1	2	3	4	5	6
1. Je me sens émotionnellement vidé(e) par ma recherche doctorale							
2. Ma recherche doctorale m'intéresse moins qu'avant							
3. J'arrive à résoudre efficacement les problèmes que je rencontre dans le cadre de ma recherche doctorale							
4. Je me sens «à bout» à la fin de ma journée à l'université (ou sur le lieu de recueil de données)							
5. Je suis devenu(e) moins enthousiaste par rapport à ma recherche doctorale							
6. Je pense que j'apporte une contribution effective dans les séminaires auxquels je participe							
7. Je sens que je craque à cause de ma recherche doctorale							
8. Je pense que je suis un(e) bon(ne) étudiant(e)							
9. J'ai appris beaucoup de choses intéressantes au cours de ma recherche doctorale							
10. Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que je dois affronter une nouvelle journée à l'université (ou sur le lieu de recueil de données)							

11.Je suis devenu(e) plus cynique concernant l'utilité potentielle de ma recherche doctorale							
12.Je me sens stimulé(e) lorsque j'atteins les objectifs concernant ma recherche doctorale que je me suis fixés							
13.Etudier ou aller en séminaire est une source de tension pour moi							
14.J'ai des doutes sur le sens de ma recherche doctorale							
15.Je suis convaincu(e) que les séminaires m'aident à progresser							

Annexe 6. Tableau des universités selon leur participation et répartition des questionnaires complets ou incomplets.

Villes	Complet N (%)	Incomplet N (%)	Diffusion universitaire
Amiens	27(0.31)	45 (0.32)	Non
Angers	23(0.26)	60(0.43)	Non
Arras	4(0.05)	5(0.04)	Non
Avignon	2(0.02)	4(0.03)	Non
Besançon	478(5.45)	594(4.28)	Oui
Bordeaux	63(0.72)	113(0.86)	Non
Brest	67(0.76)	90(0.65)	Non
Caen	37(0.42)	66(0.48)	Non
Cergy	106(1.19)	162(1.16)	Non
Chambéry	2(0.02)	1(0.01)	Non
Clermont-ferrand	105(1.21)	180(1.30)	Non
Dijon	154(1.74)	177(1.28)	Non ¹
Douais-Lens	3(0.03)	5(0.04)	Non
Grenoble	27(0.31)	41(0.30)	Non
La Rochelle	22(0.25)	46(0.33)	Oui ²
Le Havre	4(0.05)	12(0.09)	Non
Le Mans	9(0.1)	5(0.04)	Oui ²
Lille	145(1.65)	270(1.95)	Oui ²
Limoges	29(0.33)	51(1.37)	Non
Lorient	163(1.83)	127(0.91)	Oui
Lyon	86(0.98)	174(1.25)	Non
Metz	5(0.06)	5(0.04)	Non
Montpellier	67(0.76)	119(0.86)	Non
Mulhouse	0	6(0.04)	Oui ³
Nancy	32(0.36)	47(0.34)	Non
Nantes	218(2.48)	217(1.56)	Non
Nice	17(0.19)	37(0.27)	Non
Nîmes	3(0.03)	6(0.04)	Oui ³

Orléans	671(7.65)	874(6.30)	Oui
Paris	326(3.71)	561(4.04)	Oui ⁴
Pau	5(0.06)	4(0.03)	Non
Perpignan	3(0.03)	0	Non
Pointe à Pitre	47(0.54)	80(0.58)	Non ⁵
Poitiers	2546(29.01)	2810(20.25)	Oui
Reims	520(5.93)	706(5.09)	Oui
Rennes	101(1.15)	142(1.02)	Non
Rouen	22(0.25)	48(0.35)	Non
Saint-Denis de la Réunion	2(0.02)	9(0.06)	Non
Saint-Etienne	16(0.18)	15(0.11)	Non
Strasbourg	25(0.28)	78(0.56)	Oui
Toulon	3(0.03)	4(0.03)	Non
Toulouse	822(9.37)	925(6.67)	Oui ⁶
Tours	1195(13.62)	1382(9.96)	Oui
Troyes	62(0.71)	72(0.52)	Non
Valenciennes	1(0.01)	3(0.02)	Non
Vannes	128(1.45)	142(1.02)	Oui
Autre	354(0.40)	526(0.37)	
Sans réponse	0	157(1.13)	
Non affiché	0	2669(19.23)	
Total	8775(100)	13878(100)	

1 Participation de la faculté de médecine de Dijon

2 Participation Via réseaux sociaux

3 Questionnaire disponible sur espace numérique étudiant

4 Participation de Paris 2, 3, 12 et 13

5 Participation service santé Guadeloupe

6 Participation Toulouse 3

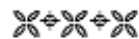
8. SERMENT



UNIVERSITE DE POITIERS
Faculté de Médecine et de
Pharmacie

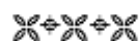


SERMENT



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

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



9. RESUME

Titre : Etude du nombre de Schémas précoces inadaptés et de la corrélation avec le Burn-out chez les étudiants en médecine de France

Introduction : Le burn-out est aujourd'hui un problème de santé publique du fait de sa prévalence élevée, dans la population générale et en particulier chez les soignants, et de ses conséquences sur la santé et sur l'emploi. Plusieurs études ont mis en évidence le lien entre sa survenue et la présence de Schémas précoces inadaptés ; cependant, aucune n'a recherché de corrélation entre le nombre de SPI présents et le burn-out.

Objectifs : Mettre en évidence un lien entre le nombre de SPI et le burn-out chez les étudiants en médecine de France. Secondairement, rechercher les associations de SPI les plus fréquentes, les associations liées à des scores de burn-out élevés, et rechercher une modification du nombre de SPI au cours du cursus.

Matériel et méthode : Une étude transversale a été réalisée du 6 février 2021 au 11 janvier 2022. Les 511 455 étudiants des vingt-deux universités de France participantes ont été invités à répondre à notre questionnaire en ligne via leur boîte mail universitaire. Parmi eux, 9669 ont répondu à l'ensemble du questionnaire et ont donc été inclus dans l'étude, soit 1,89% des étudiants invités. La prévalence des SPI a été évaluée à partir de l'auto-questionnaire YSQ-S3 (Young Schema Questionnaire, 3ème version courte) et celle du burn-out via le MBI-SS (Maslach Burnout Inventory – Student Survey).

Résultats : Les trois composantes du burn-out varient selon le nombre de SPI présents, avec une augmentation de l'épuisement émotionnel et du cynisme, et une diminution de l'efficacité académique lorsque le nombre de SPI activés augmente. Les scores sont particulièrement élevés chez les sujets présentant entre 14 et 17 SPI. Parmi l'ensemble des étudiants en médecine, on observe par ordre de fréquence aucun SPI, puis un SPI activé unique 11 (Abnégation), 12 (Surcontrôle émotionnel) ou 13 (Idéaux exigeants). Chez ceux avec des scores de burn-out élevés, on retrouve

également parmi les plus fréquentes l'association de 18 SPI ou celle de 17 SPI avec éviction du SPI 16 (Recherche d'approbation, de reconnaissance).

Lorsque les étudiants présentent 5 SPI ou moins, on retrouve majoritairement des SPI du domaine Survigilance et inhibition. Lorsqu'ils en présentent 14 ou plus, ce sont des SPI des domaines Séparation et rejet et Manque d'autonomie qui prédominent.

Le nombre moyen de SPI activés diminue quasiment de moitié entre les étudiants en 1^e année de médecine et ceux en 10^e année.

Conclusion : Le risque de survenue d'un burn-out augmente avec le nombre de SPI présents chez le sujet ; certains SPI sont particulièrement à risque.

La connaissance de ces facteurs de risque pourrait permettre la mise en place d'un dépistage des individus à risque au début de leur cursus universitaire dans une optique de prévention de l'épuisement professionnel et académique.

Liste de mots-clés : Schémas Précoces Inadaptés, Epuisement Professionnel, Santé mentale, médecine, Université, France.

