



HAL
open science

Santé mentale des étudiants en médecine : étude d'un groupe de 24 étudiants consultant dans un service psychiatrique d'évaluation de crise

Maïté Caumont

► To cite this version:

Maïté Caumont. Santé mentale des étudiants en médecine : étude d'un groupe de 24 étudiants consultant dans un service psychiatrique d'évaluation de crise. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01244344

HAL Id: dumas-01244344

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01244344>

Submitted on 15 Dec 2015

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

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

UNIVERSITE BORDEAUX 2-VICTOR SEGALEN

UFR DES SCIENCES MEDICALES

Année 2015

Thèse n° 3114

Thèse pour l'obtention du

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Le 12 octobre 2015

Par **Maité CAUMONT**

Née le 19 septembre 1983 à Bordeaux (33)

**Santé Mentale des étudiants en Médecine : Etude comparative
d'un groupe de 24 étudiants consultant dans un service
psychiatrique d'évaluation de crise**

Directeur de thèse

Madame le professeur Marie TOURNIER

Jury

Madame le professeur Hélène VERDOUX, Présidente

Monsieur le professeur Bruno AOUIZERATE, juge

Monsieur le professeur Manuel BOUVARD, juge

Madame le docteur Chantal BERGEY, juge

Monsieur le docteur Mathieu BOURDIL, rapporteur

Au rapporteur

Monsieur le docteur Mathieu BOURDIL

Docteur en médecine, psychiatrie

Assistant des hôpitaux,

Centre Hospitalier Charles Perrens, Bordeaux

Je te remercie d'avoir accepté d'être le rapporteur de ce travail. Merci pour ton enseignement au cours de mon stage inoubliable à Lescure 1. J'ai pu apprécier tes qualités professionnelles et humaines. Je te remercie pour ta disponibilité et ton soutien. Je te prie d'accepter l'expression de mon profond respect, de ma reconnaissance et de mon amitié sincère.

Aux membres du jury

Monsieur le professeur Bruno AOUIZERATE

Professeur de psychiatrie de l'adulte,

Praticien hospitalier,

Centre Hospitalier Charles Perrens, Bordeaux

Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail de thèse. J'ai eu la chance de bénéficier de la qualité de votre enseignement au cours de l'UER « neurosciences intégratives » et au cours des rencontres médicales au sein du pôle 3.4.7. Veuillez trouver ici le témoignage de tout mon respect et de ma profonde reconnaissance.

Monsieur le professeur Manuel BOUVARD

Professeur de pédopsychiatrie,

Praticien hospitalier,

Chef du Pôle Universitaire de Pédopsychiatrie, Centre Hospitalier Charles
Perrens, Bordeaux

Je vous remercie de d'avoir accepté de juger mon travail de thèse. J'ai pu au cours de mes deux stages au sein de votre pôle apprécier l'étendue de vos connaissances et de vos qualités humaines. Je vous prie de bien vouloir accepter l'expression de ma reconnaissance et de mon profond respect.

Madame le docteur Chantal BERGEY

Docteur en médecine, psychiatrie,

Praticien hospitalier,

Chef du Pôle Urgences Arcachon Médoc, Centre Hospitalier Charles Perrens,
Bordeaux

Je vous remercie et suis honorée que vous ayez accepté de juger mon travail de thèse. J'ai pu apprécier au cours de mes deux stages effectués au SECOP vos grandes qualités humaines. Je vous remercie de l'intérêt que vous avez pu porter à mon travail lors de nos rencontres au SECOP. Je vous remercie et suis honorée de pouvoir travailler au sein de votre pôle. Je vous prie de bien vouloir accepter l'expression de ma reconnaissance et de mon profond respect.

Au Directeur de thèse

Madame le professeur Marie TOURNIER

Professeur de psychiatrie de l'adulte,

Praticien hospitalier,

Pole de Psychiatrie Universitaire de l'adulte, Centre Hospitalier Charles Perrens,
Bordeaux

Je te remercie de la confiance que tu m'as accordé en acceptant de diriger ce travail de thèse. J'ai eu la chance d'apprécier l'étendue de tes connaissances au cours des rencontres médicales lors de mes deux stages au sein du pôle universitaire mais également tes grandes qualités humaines et ta bienveillance au cours de nos rencontres autour de ce travail. Je te remercie pour ton implication, ta disponibilité, ta patience et pour tous tes conseils avisés tout au long de la rédaction de ce travail de thèse. Je te prie de bien vouloir recevoir l'expression de ma sincère admiration et de ma profonde reconnaissance.

A la Présidente du jury

Madame le professeur Hélène VERDOUX

Professeur de psychiatrie de l'adulte,

Docteur en épidémiologie,

Praticien hospitalier,

Chef du Pôle Universitaire de psychiatrie de l'adulte, Centre Hospitalier Charles Perrens, Bordeaux

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider ce jury de thèse. J'ai eu la chance de bénéficier de la richesse et de la qualité de votre enseignement au cours des deux stages effectués au sein de votre pôle. Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde reconnaissance et de mon admiration.

Table des matières

INTRODUCTION	12
 CHAPITRE PREMIER : PARTIE THEORIQUE SUR LA SANTE MENTALE DES ETUDIANTS	
EN MEDECINE	14
1. Les études médicales en France	14
1.1. Diplôme de Formation Générale en Sciences Médicales (DFGSM).....	14
1.1.1. La Première Année Commune aux Etudes Médicales : PACES	14
1.1.2. Deuxième et troisième années des études médicales : DFGSM 2 et DFGSM 3	16
1.2. Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Médicales (DFASM).....	16
1.3. Troisième Cycle des Etudes Médicales (TCEM)	17
2. Les principaux troubles psychiatriques observés chez les étudiants en médecine	18
2.1. Dépression chez les étudiants.....	18
2.2. Trouble bipolaire de l'humeur.....	20
2.3. Troubles psychotiques	20
2.4. Troubles anxieux	21
2.4.1. Anxiété	21
2.4.2. Etat de stress post traumatique (ESPT)	23
2.4.3. Autres troubles anxieux	24
2.5. Troubles liés à l'usage de substances (TUS)	24
2.5.1. Tabac.....	27
2.5.2. Alcool.....	28
2.5.3. Cannabis.....	30
2.5.4. Cocaïne.....	31
2.5.5. Psychostimulants	31
3. Syndrome d' Epuisement Professionnel des Soignants (SEPS)	32
3.1. Définition.....	33
3.2. Des signes cliniques non spécifiques	35
3.3. Outils de mesure	35
3.4. Prévalence.....	38

4. Facteurs de risque de développer un trouble psychiatrique ou un SEPS chez les étudiants en médecine.....	41
4.1. Facteurs de risques individuels des étudiants en médecine.....	41
4.1.1. Facteurs de risque sociodémographiques.....	41
4.1.2. Les antécédents personnels psychiatriques.....	43
4.1.3. Les antécédents familiaux psychiatriques.....	43
4.1.4. Les traits de personnalité.....	44
4.2. Facteurs de risques liés à la pratique de la médecine.....	47
4.2.1. Rôle et responsabilité du médecin.....	47
4.2.2. Le conflit vie privée/vie professionnelle.....	48
4.2.3. La relation d'aide.....	49
4.2.4. La confrontation à la souffrance et à la mort.....	50
4.3. Facteurs de risques liés à l'environnement de travail et à l'organisation de la profession.....	52
4.3.1. La charge de travail.....	52
4.3.2. L'ambiguïté du rôle de l'interne.....	53
4.3.3. Le manque d'encadrement.....	53
4.3.4. Le manque de reconnaissance.....	53
4.3.5. L'altération de la communication.....	55
4.3.6. La loi du silence.....	55
4.3.7. L'interruption des tâches.....	56
4.3.8. Rentabilité de la santé.....	56
4.3.9. L'exposition à la violence.....	56
4.3.10. Evolution de la société et individualisme.....	58
5. Facteurs protecteurs contre les troubles psychiatriques.....	58
5.1. Un profil de personnalité : « Hardiness ».....	58
5.2. Le sens de la cohérence.....	60
5.3. Le Locus of Control : LOC.....	60
5.4. L'auto-efficacité.....	60
5.5. Estime de soi.....	62
6. Conséquences de l'apparition d'un trouble psychiatrique ou d'un SEPS chez les étudiants en médecine.....	63
6.1. Conséquences personnelles.....	63
6.1.1. Conséquences physiques.....	63
6.1.2. L'isolement social et familial.....	63
6.1.3. Les comorbidités psychiatriques.....	64
6.1.4. La réorientation professionnelle.....	64

6.2.	Idées et conduites suicidaires	66
6.3.	Conséquences professionnelles	67
6.3.1.	L'absentéisme	67
6.3.2.	L'altération de la qualité des soins	67
6.3.3.	Démographie médicale	69
7.	Mesures préventives concernant la santé mentale des étudiants en médecine	71
7.1.	Mesures préventives à l'échelle individuelle	71
7.1.1.	Règles hygiéno-diététiques	71
7.1.2.	Promouvoir les liens familiaux et sociaux	73
7.1.3.	Utiliser des techniques corporelles ou créatives	73
7.1.4.	Favoriser les formations contributives à la pratique quotidienne	73
7.2.	Mesures préventives aux niveaux collectif et institutionnel	74
7.2.1.	Information des étudiants sur la réalité de la profession	74
7.2.2.	Favoriser la communication et l'échange	75
7.2.3.	Encourager la participation aux groupes de soutien	77
7.2.4.	Les sites internet	79
7.2.5.	Faciliter et favoriser la filière de soin pour les soignants	80
7.2.6.	Une évaluation initiale et une réévaluation régulière des aptitudes mentales	87
7.2.7.	Sensibiliser voire former les praticiens à la prise en charge de leurs confrères	88
7.2.8.	Droit et devoir d'ingérence	89
7.2.9.	La question de l'auto-prescription	89
7.2.10.	Créer des passerelles pour une éventuelle reconversion	90
 SECOND CHAPITRE : ETUDE PERSONNELLE		92
1.	Objectifs de l'étude	92
2.	Matériel et Méthode	92
2.1.	Type d'étude	92
2.2.	Population à l'étude	92
2.3.	Données recueillies et mode de recueil	93
2.3.1.	Mode de recueil	93
2.3.2.	Recueil des renseignements sociodémographiques	94
2.3.3.	Recueil des caractéristiques cliniques et thérapeutiques lors de la consultation au SECOP	94
2.3.4.	Recueil des renseignements sur l'orientation à l'issue de la consultation, le diagnostic et le traitement de sortie	95
2.3.5.	Recueil des renseignements sur l'évolution du patient	96

2.4.	Traitement des données et analyse statistique.....	96
3.	Résultats	96
3.1.	Population étudiée.....	96
3.2.	Caractéristiques socio démographiques	96
3.3.	Caractéristiques Cliniques et thérapeutiques du premier passage au SECOP	98
3.3.1.	Antécédents psychiatriques personnels et familiaux	98
3.3.2.	Traitement en cours avant consultation au SECOP	102
3.3.3.	Caractéristiques clinique de la consultation médicale au SECOP	104
3.4.	Orientation à l'issue de la consultation, diagnostic et le traitement de sortie	107
3.5.	Caractéristiques Cliniques et thérapeutiques après la première prise en charge au SECOP	110
4.	Discussion	111
4.1.	Rappel des principaux résultats de notre étude.....	111
4.1.1.	Caractéristiques sociodémographiques.....	111
4.1.2.	Caractéristiques cliniques et thérapeutiques lors du premier passage au SECOP ..	111
4.1.3.	Orientation à l'issue de la consultation, diagnostic et le traitement de sortie	112
4.1.4.	Caractéristiques Cliniques et thérapeutiques après la première prise en charge au SECOP	113
4.2.	Intérêt et limites méthodologiques	113
4.3.	Interprétation des résultats.....	114
	CONCLUSION	119
	BIBLIOGRAPHIE.....	121

Introduction

L'augmentation du nombre de publications internationales dans les dernières années révèle combien la santé des étudiants est une question importante et d'actualité. Très peu d'études ont été menées en France concernant la santé mentale des étudiants. Dans ce cadre, une grande étude nationale française est actuellement en cours pour évaluer la santé physique et mentale des étudiants : l'étude i-Share. Cette étude a deux objectifs : un objectif de santé publique (évaluer les conséquences de plusieurs affections, l'accès aux soins et définir des stratégies de dépistage, de prévention et de prise en charge) et un objectif de recherche biomédicale (préciser les mécanismes physiopathologiques ou psychopathologiques de certaines maladies et déterminer l'impact de facteurs d'exposition sur le risque d'apparition de maladies chroniques sévères).

La population des étudiants en médecine est spécifique pour plusieurs raisons. Tout d'abord, du fait d'une insertion rapide dans le milieu hospitalier, elle est confrontée quotidiennement aux souffrances physiques ou psychiques et doit rapidement allier travail académique et stages pratiques dans lesquels elle endosse une responsabilité croissante, à la fois technique et relationnelle. Elle est sélectionnée par le biais d'un concours exigeant. Elle est également soumise à des études longues et une certaine pression académique, le choix de la spécialité et du lieu de spécialisation, enjeux majeurs, dépendant de la réussite à l'examen classant national finalisant le premier cycle des études. La santé mentale de cette population reste malgré tout peu étudiée. Il nous a semblé intéressant de rassembler les connaissances actuellement disponibles à son sujet.

Notre travail sur l'évaluation de la santé mentale des étudiants en médecine se présente en deux parties : une revue de la littérature puis une étude personnelle.

Nous abordons, dans une première partie, les données actuelles de la littérature internationale concernant la santé mentale des étudiants en médecine. Nous détaillons les données disponibles sur les facteurs de risques, les prévalences, les conséquences et les mesures préventives développées dans la littérature concernant les différents troubles psychiatriques et le syndrome d'épuisement des soignants (SEPS). Dans une seconde partie, nous présentons une étude comparative menée dans le Service d'Evaluation de Crise et d'Orientation Psychiatrique (SECOP) du Centre Hospitalier Charles Perrens (CHCP). Elle a pour objectif de décrire et comparer les caractéristiques sociodémographiques, cliniques et

thérapeutiques d'un groupe de 24 étudiants en médecine et d'un groupe apparié d'étudiants en filières non médicales, ainsi que leur orientation dans les suites de la consultation médicale (hospitalisation ou orientation ambulatoire). Notre objectif secondaire est de suivre ces deux groupes afin de comparer leurs données cliniques et thérapeutiques dans les suites de la première prise en charge au SECOP lorsqu'ils ont bénéficié d'une seconde prise en charge sur le CHCP (consultation ou hospitalisation).

Chapitre premier : Partie théorique sur la santé mentale des étudiants en médecine

1. Les études médicales en France

1.1. Diplôme de Formation Générale en Sciences Médicales (DFGSM)

D'après l'arrêté du 22 mars 2011 paru dans le Journal Officiel du 13 avril 2011, « *Le diplôme de formation générale en sciences médicales sanctionne la première partie des études en vue du diplôme d'Etat de docteur en médecine; il comprend six semestres de formation validés par l'obtention de 180 crédits européens, correspondant au niveau licence* ».

1.1.1. La Première Année Commune aux Etudes Médicales : PACES

Selon l'arrêté du 28 octobre 2009 paru dans le journal officiel du 17 novembre 2009 :

« *La première année des études de santé est commune aux études médicales, odontologiques, pharmaceutiques et de sage-femme. Elle peut l'être également avec certaines formations paramédicales dans des conditions définies par arrêté des ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur.* »

Pour être admis à s'inscrire en première année des études de santé, les candidats doivent justifier :

- soit de l'obtention du baccalauréat
- soit du diplôme d'accès aux études universitaires
- soit d'un diplôme français ou étranger admis en dispense ou équivalence du baccalauréat en application de la réglementation nationale.

La formation délivrée au cours de la première année des études de santé est structurée en deux semestres et associe des enseignements théoriques et dirigés. En application de l'article L. 631-1 du code de l'éducation, des épreuves de classement sont organisées, sous forme anonyme, au cours de la première année des études de santé. Le nombre de candidats admis à poursuivre le cursus de leurs études dans chacune des quatre spécialités (médecine, pharmacie, odontologie, sage-femme) est déterminé par le gouvernement qui publie à la fin de chaque année civile dans le journal officiel le *numerus clausus*.

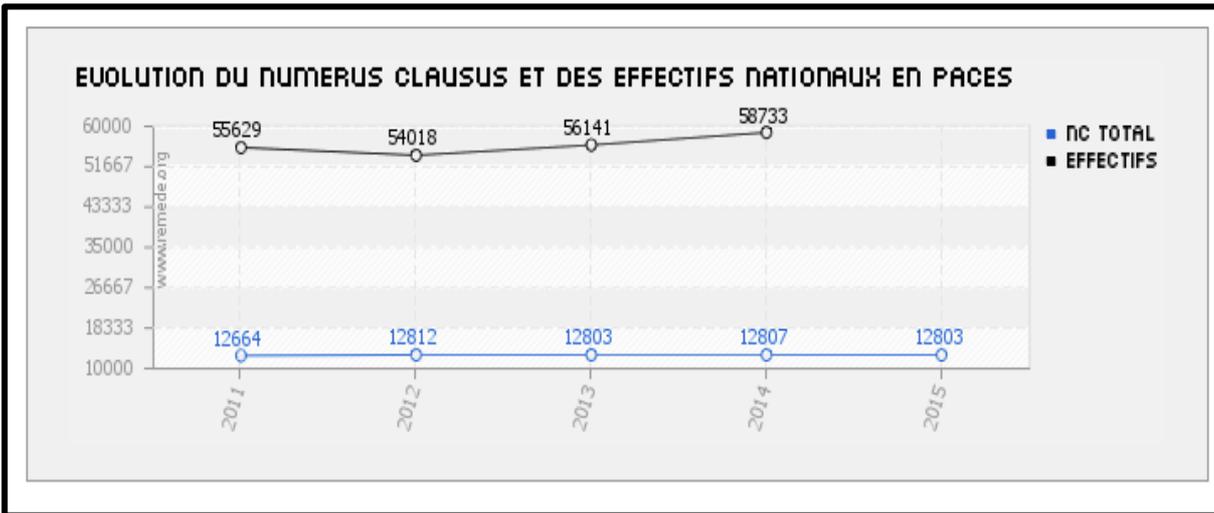


Figure 1 Evolution du numerus clausus en France entre 2011 et 2015 (www.paces.remede.org)

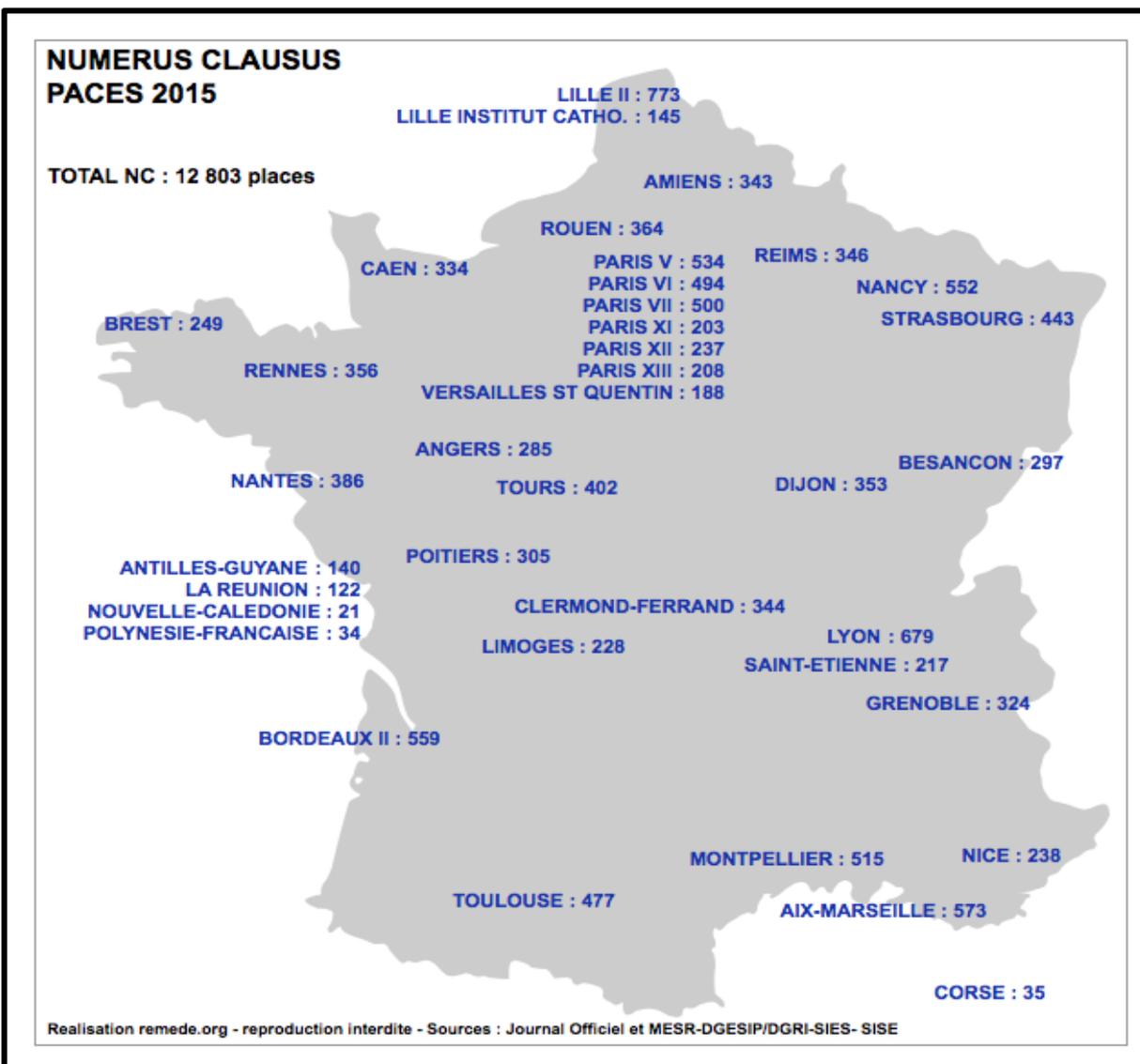


Figure 2. Le numerus clausus en France en 2015 (www.paces.remede.org)

« Les candidats classés, à l'issue du deuxième semestre, au-delà d'un rang compris entre deux fois et demie et trois fois le nombre de places attribuées à l'établissement, pour l'ensemble des quatre filières, en application des dispositions de l'article L. 631-1 du code de l'éducation, peuvent être réorientés vers d'autres formations universitaires, par décision du président de l'université. »

Les étudiants ne peuvent prétendre à plus de deux inscriptions en PACES, sauf dérogation accordée par le Président de l'Université sur proposition du ou des directeurs des unités de formation et de recherche de santé concernés. Ces dérogations ne peuvent excéder chaque année 8 % du nombre de places attribuées réglementairement à l'établissement, en vue de l'admission en deuxième année de chaque filière.

1.1.2. Deuxième et troisième années des études médicales: DFGSM 2 et DFGSM

3

D'après l'article 7 de l'arrêté du 22 mars 2011 paru dans le Journal Officiel du 13 avril 2011, *« Les enseignements sont organisés par discipline et en partie de façon intégrée, sous forme d'unités d'enseignement articulées entre elles en cohérence avec les objectifs de la formation. Ils comprennent les unités d'enseignement du tronc commun, des unités d'enseignement librement choisies par l'étudiant sur une liste fixée par l'université ou des unités d'enseignement libres ».*

L'objectif principal à atteindre est *« l'acquisition des connaissances scientifiques de base, indispensables à la maîtrise ultérieure des savoirs et des savoir-faire nécessaires à l'exercice des métiers médicaux ».*

1.2. Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Médicales (DFASM)

Le DFASM se compose de trois années d'études et comporte la période de l'externat d'une durée de trois ans. Au cours de l'externat, les étudiants suivent une formation théorique et pratique avec un rôle déterminé au sein des services hospitaliers. Les étudiants acquièrent au cours de cette période les connaissances cliniques et les démarches thérapeutiques nécessaires à l'exercice de leur futur statut de médecin.

Les étudiants valident le DFASM par validation d'épreuves théoriques au cours des trois années d'enseignement, validation des stages hospitaliers, réalisation de 36 gardes sur l'ensemble des trois années et obtention du Certificat de Synthèse Clinique et Thérapeutique (CSCT). A l'issue du deuxième cycle, chaque étudiant se présente aux Epreuves Classantes Nationales (ECN). Les ECN sont organisées chaque année par le Centre National de Gestion. Les étudiants doivent répondre à un ensemble d'épreuves théoriques (neuf cas cliniques et une épreuve de Lecture Critique d'Article). Un classement national est réalisé à l'issue des épreuves et chaque étudiant choisit ensuite par rang de classement sa ville et sa spécialité d'affectation pour le troisième cycle de spécialisation.

1.3. Troisième Cycle des Etudes Médicales (TCEM)

Le troisième cycle permet à chaque étudiant de se spécialiser. En fonction de la spécialité choisie, sa durée varie de trois à cinq ans. Les étudiants sont, à ce stade, internes. Ils réalisent des stages semestriels hospitaliers ou ambulatoires et présentent à la fin de la période d'internat un mémoire permettant la validation du Diplôme d'Etudes Supérieures (DES). Selon l'Article R6153-3 du code de la santé publique : « *L'interne en médecine exerce des fonctions de prévention, de diagnostic et de soins, par délégation et sous la responsabilité du praticien dont il relève.* » Le titre de Docteur en médecine est obtenu par l'interne après soutenance de son travail de thèse d'exercice et obtention du DES. Les médecins titulaires d'un DES peuvent ensuite préparer un Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires (DESC) qui leur confère une compétence supplémentaire. Il existe deux types de DESC: les DESC qualifiants, d'une durée de trois ans et dont l'usage est admis à l'installation (exemple: réanimation médicale), et les DESC non qualifiants, d'une durée de deux ans (exemple: addictologie).

2. Les principaux troubles psychiatriques observés chez les étudiants en médecine

Les étudiants en médecine représentent une population particulière car confrontée à la maladie physique ou psychique, de surcroît à la charge de travail académique. Nous avons recherché dans la littérature les études s'intéressant aux pathologies psychiatriques chez les étudiants. Certains troubles psychiatriques comme la dépression ou les Troubles liés à l'Usage de Substances (TUS) sont étudiés régulièrement. Néanmoins, il existe très peu d'études concernant certains troubles comme les troubles psychotiques ou le trouble bipolaire.

2.1. Dépression chez les étudiants

Les études menées sur la dépression en population étudiante sont rassemblées dans le Tableau 1. Elles ont toutes été réalisées à l'aide d'échelles de dépression validées. Une étude n'a pas indiqué les scores utilisés comme seuils de dépression (Rab *et al.*, 2008). Les prévalences retrouvées allaient de 6% à 41%. La grande majorité des études présentaient uniquement des évaluations par questionnaires; une seule étude (Zocollilo *et al.*, 1986) incluait un entretien standardisé à l'aide de la *Diagnostic passion schedule* dans un deuxième temps si les étudiants présentaient un score supérieur à neuf à l'échelle de Beck, afin de confirmer le diagnostic de dépression. Une étude comparative menée en 2008 par Mancevska chez 255 étudiants en médecine versus 299 étudiants hors médecine retrouve des scores de dépression statistiquement plus élevés dans le groupe témoin. Les autres études restent difficilement comparables. En effet, les prévalences retrouvées au sein du même pays et dans des échantillons similaires diffèrent de manière importante. Par exemple, en Lituanie, l'équipe de Bernevicus retrouve 14% de dépression et celle de Mehanna 27,63%, soit près du double. De plus, les études utilisant les mêmes échelles n'utilisent pas la même valeur seuil pour déterminer l'existence d'une dépression (Baldassin., 2008 et Mancevska., 2008). L'étude de Vitaliano en 1989, menée auprès de 350 étudiants en médecine de première année en début et fin d'année, retrouvait une augmentation significative de la prévalence de la dépression au cours de la première année. L'équipe de Zocollilo (1986) a étudié pendant deux ans les scores de dépression de 304 étudiants de première et deuxième années. Les auteurs rapportent que 22% des étudiants obtenaient un score supérieur à neuf à l'échelle BDI et que 37% de ces étudiants, ayant bénéficié d'un entretien secondaire, présentaient une dépression selon les critères du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux III^{ème} édition (DSM III).

Tableau 1 : Prévalence de la dépression chez les étudiants en médecine

Auteurs	Population	Prévalence dépression	Définition de la dépression
Bunevicius <i>et al.</i> , 2008	338 étudiants, Lituanie	14%	HADS-D > 7
Alvi <i>et al.</i> , 2010	279 internes et étudiants, Pakistan	35,1%	BDI > 14 (21 items)
Gaspersz <i>et al.</i> , 2012	1180 internes et étudiants, Allemagne	Etudiants: 41% ; Internes : 35%	BSI-DEP > 0,41
Karaoglu <i>et al.</i> , 2010	350 étudiants, Turquie	29,4%	HADS > 7
Dahlin <i>et al.</i> , 2005	342 internes et étudiants, Suède	12,9%	MINI
Rab <i>et al.</i> , 2008	87 étudiantes, Pakistan	19,5%	HADS
Mehanna <i>et al.</i> , 2006	359 étudiants et internes, Lituanie	27,63%	BDI > 8 (13 items)
Baldassin <i>et al.</i> , 2008	481 étudiants, Brésil	38,2% dépression	BDI > 9 (21 item)
Anjos De Paula <i>et al.</i> , 2014	652 étudiants, Brésil	28,8% dépression	BDI II > 11 (21 item)
Vitaliano <i>et al.</i> , 1989	350 étudiants 1 ^{ère} année, USA	Hommes : 6,6% ; Femmes : 11,9%	BDI > 8 (13 items)
Zocollilo <i>et al.</i> , 1986	304 étudiants 1 ^{ère} , 2 ^{ème} années USA	15%	BDI > 9
Tija <i>et al.</i> , 2005	322 étudiants de 1 ^{ère} année, USA	15,2%	BDI > 7 (13 items)
Mancevska <i>et al.</i> , 2008	354 étudiants, Roumanie	10,4% dépression modérée	BDI > 21

HADS- D: Hospital Anxiety and Depression rating Scale- Depression; MINI: Mini International neuropsychiatric Interview; BDI: Beck Depression Inventory; BDI II: Beck Depression Inventory version II; BSI-DEP: Brief Symptom Inventory DEPRESSION; PHQ9: Patient Health Questionnaire-9

2.2. Trouble bipolaire de l'humeur

Il existe très peu d'étude sur la prévalence du trouble bipolaire chez les étudiants en médecine dans la littérature. Un éditorial de l'*Asian Journal of Psychiatry* datant de 2014 rapporte les résultats d'une étude menée auprès de 600 étudiants en médecine de l'université de Téhéran (Jolfaei et al., 2015). Les étudiants étaient évalués à l'aide de deux échelles dans les versions perses validées : *Mood Disorder Questionnaire* et *Bipolar Spectrum Diagnostic Scale*. Les auteurs retrouvent ainsi une prévalence de 4,5% pour le trouble bipolaire de l'humeur.

Dahlin et Runenson (2007) ont étudié les comorbidités psychiatriques d'un état dépressif ou d'un état de burnout chez 81 internes en médecine. Lors de la passation d'un « Mini International Neuropsychiatric Interview » (MINI), les auteurs retrouvent que 1,3% des étudiants ont déjà présenté une dysthymie, 1,3% un épisode maniaque et 4,9% un état hypomaniaque.

2.3. Troubles psychotiques

Une étude chinoise a étudié la spécificité et la sensibilité de la version chinoise du « *Schizotypal Personality Questionnaire* » (Ma et al., 2010). L'étude était réalisée en deux temps : 618 étudiants ont rempli le questionnaire puis les 40 étudiants qui présentaient un score supérieur à 15 ont bénéficié d'un entretien psychiatrique. Sept étudiants ont été caractérisés comme souffrant potentiellement d'un trouble psychotique (0,01%) et trois comme présentant un trouble psychotique (0,005%).

Nous n'avons retrouvé que deux publications dans la littérature traitant des étudiants en médecine souffrant d'un trouble psychotique. La première (Crammer., 1978) rapporte dans le *British Medical Journal* les cas de trois étudiants en médecine ayant présenté un premier épisode psychotique au cours de leur dernière année d'internat. Ils ont bénéficié de plusieurs hospitalisations dans des services de psychiatrie (notamment dans des contextes de rupture thérapeutique). L'auteur met en avant la possibilité d'une stabilisation avec disparition des symptômes psychotiques permettant un retour à la vie active; ces étudiants ayant finalement réussi leurs examens et obtenu un poste hospitalier. Néanmoins, il met en exergue la nécessité d'une adaptation thérapeutique rigoureuse afin de minimiser les potentiels effets secondaires des traitements antipsychotiques. Enfin, il souligne la nécessité d'une évaluation correcte,

d'une réhabilitation souple associée à une observance thérapeutique stricte, afin de permettre aux étudiants de finir leur cursus.

La seconde publication décrit le cas d'une interne de 31 ans, Madame A, souffrant d'une schizophrénie depuis l'âge de 26 ans (4^{ème} année de médecine) (Freedman et *al.*, 2012). Son parcours de soins est décrit comme difficile avec 11 hospitalisations recensées pour des récurrences délirantes, souvent dans des contextes de mauvaise observance thérapeutique et d'absence de conscience de son trouble. L'article décrit les conditions de sa dernière hospitalisation sous contrainte au cours d'une récurrence délirante. Un de ses amis, interne en médecine, a prévenu la police et permis ainsi son hospitalisation. Il est observé une amélioration symptomatique au cours de l'hospitalisation sous halopéridol et olanzapine puis sous haloperidol en monothérapie. L'état se stabilise ultérieurement, au cours du suivi ambulatoire, avec mise en place d'une thérapie cognitivo-comportementale. On note que Mme A n'a pu poursuivre ses études mais qu'elle garde le projet de terminer son internat en chirurgie (Freedman et *al.*, 2012).

2.4. Troubles anxieux

2.4.1. Anxiété

L'anxiété n'est pas un trouble psychiatrique identifié mais un symptôme psychiatrique qui peut entrer dans de nombreux tableaux syndromiques et donc dans de nombreux troubles constitués. De nombreux auteurs ont évalué l'incidence de ce symptôme au sein de la population des étudiants en médecine (Tableau 2).

Tableau 2. Prévalence de l'anxiété chez les étudiants en médecine

Auteurs	Population	Prévalence anxieté	Echelle d' évaluation
Bunevicius <i>et al.</i> , 2008	338 étudiants, Lituanie	43%	HADS-A> 7
Strivastava <i>et al.</i> , 2007	105 étudiants première année	13,7%	IPAT anxiety scale
Alvi <i>et al.</i> , 2010	279 internes et étudiants, Pakistan	47,7%	BAI>8
Gaspersz <i>et al.</i> , 2012	1180 internes et étudiants, Allemagne	43%	BSI-ANX>0,41
Karaoglu et Seker., 2010	350 étudiants, Turquie	20,3%	HADS>7
Rab <i>et al.</i> , 2008	87 étudiantes, Pakistan	43,7%	HADS
Samaranayake <i>et al.</i> , 2011	255 étudiants, Nouvelle-Zélande	13,7%	GAD>8
Mancevska <i>et al.</i> , 2008	354 étudiants, Roumanie	F: 62,5%; H: 55%	TMAS>15
Popescu <i>et al.</i> , 2014	267 étudiants 1ere année, Roumanie	Trait: 35%; Etat: 44%	STAI
Mehanna <i>et al.</i> , 2006	359 étudiants et internes, Lituanie	69%	Hamilton>5
Shi <i>et al.</i> , 2015	2925 étudiants 1ere année, Chine	47,3%	SAS>49

HADS- A: Hospital Anxiety and Depression rating Scale- Anxiety; IPAT anxiety scale; BAI: Beck Anxiety Inventory; BSI-ANX: Brief Symptom Inventory ANxiety; GAD: Generalized Anxiety Disorder; TMAS: Taylor Manifest Anxiety Scale; STAI: State-Trait Anxiety Inventory; SAS: Zung Self-Rating Anxiety Scale

Les études citées dans le Tableau 2 ont toutes été réalisées grâce à des évaluations par des échelles d'anxiété validées. Trois études n'ont pas indiqué les scores utilisés comme seuils d'anxiété (Rab et *al.*, 2008 ; Strivastava et *al.*, 2007 ; Popescu et *al.*, 2014). Les prévalences retrouvées allaient de 13,7% à 69%. Les résultats des études ne sont pas toujours directement comparables. En effet, les auteurs ne différencient pas clairement l'évaluation du symptôme anxiété, du trait anxiété ou d'un trouble anxieux constitué.

L'étude de Mehanna (2006) a comparé la prévalence de l'anxiété entre un groupe de 359 étudiants en médecine et un groupe de 148 étudiants en pharmacie (toutes années confondues). Elle ne retrouve pas de différence significative entre les deux groupes. Les auteurs ont ensuite comparé les étudiants des deux groupes par année d'étude et démontrent que s'il n'existe pas de différence de niveau d'anxiété entre les étudiants de première année en médecine et en pharmacie, les étudiants de dernière année en pharmacie atteignent plus souvent des niveaux d'anxiété importants que leurs homologues en médecine (90% des étudiants en pharmacie ont un score de Hamilton supérieur ou égal à 6 versus 63,16% des étudiants en médecine, $p=0,04$).

2.4.2. Etat de stress post traumatique (ESPT)

On retrouve peu d'étude traitant de la problématique de l'ESPT chez les étudiants en médecine. En 1995, Klamen et *al* présentent une étude sur sa prévalence chez les étudiants en médecine et sur les facteurs de risques de son apparition. Sur 212 étudiants interrogés, toutes spécialités confondues, 13% présentent les critères du DSM-III d'un EPST avec un traumatisme lié à la sphère professionnelle (décès d'un patient par exemple). Selon les auteurs, les spécialités les plus à risques sont la chirurgie et la psychiatrie, mais il n'existe pas d'association statistiquement significative établie.

Une étude menée chez 59 internes américains travaillant dans un service d'accueil d'urgences retrouve que 11,9% souffrent d'un ESPT selon les critères du DSM-IV (Mills et *al*, 2005). Les auteurs notent que 30% de l'ensemble des internes interrogés présentent au moins un symptôme de la sphère de l'ESPT. Il existe en outre une corrélation positive entre la prévalence des symptômes d'ESPT et l'ancienneté des internes interrogés.

2.4.3. Autres troubles anxieux

En 1988, Onady et al publient un article évaluant l'association entre le choix de spécialité par les étudiants en médecine et leur niveau d'anxiété sociale. Les auteurs ont évalué le niveau de stress et d'anxiété sociale (passation de *Willoughby Personality schedule*, (WPS) et de la *Brief version on fear of negative evaluation* (BFNE)), chez 86 étudiants avant leur choix de spécialité. Vingt et un étudiants présentaient des scores élevés d'anxiété sociale. Ils leur ont également proposé un questionnaire évaluant le niveau de stress perçu vis à vis de la pratique de chaque spécialité médicale par deux échelles: *WilStress In Medical School scale* (SIMS). Il n'existait pas d'association entre le trouble anxiété sociale et le fait de choisir ou non une spécialité évaluée comme stressante par les étudiants.

Nous n'avons retrouvé aucune publication sur la population spécifique des étudiants en médecine concernant le trouble anxiété généralisée, le trouble obsessionnel compulsif, le trouble panique.

2.5. Troubles liés à l'usage de substances (TUS)

Une note rédigée en 2015 par Beck pour l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies présente les résultats du Baromètre Santé, réalisé par l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) en 2014, relatifs aux usages de substances illicites (Beck., 2015).

		18-64 ans			18-25 ans	26-34 ans	35-44 ans	45-54 ans	55-64 ans
		Ensemble	Hommes	Femmes					
Cannabis	Vie	42	50	33	54	59	47	35	19
	Année	11	15	7	28	17	8	4	2
	Mois	6	9	4	17	11	5	2	1
	Régulier	3	5	2	8	5	3	1	0
	Quotidien	2	2	1	4	3	1	1	0
Cocaïne	Vie	5,6	8,3	3,1	7,1	10,2	6,4	4,2	1,4
	Année	1,1	1,5	0,7	3,1	2,2	0,6	0,4	0,1
Poppers	Vie	7,3	9,9	4,7	11,7	11,5	8,2	5,7	1,1
	Année	0,9	1,3	0,4	2,5	1,2	0,5	0,6	0,1
MDMA/ecstasy	Vie	4,3	6,1	2,5	7,0	8,5	5,3	1,9	0,2
	Année	0,9	1,2	0,6	3,8	1,3	0,2	0,0	0,0
Amphétamines	Vie	2,3	3,4	1,3	2,9	3,6	2,2	1,8	1,3
	Année	0,3	0,4	0,2	1,1	0,5	0,1	0,0	0,0
Champignons hallucinogènes	Vie	4,8	6,8	2,8	6,6	8,4	5,4	3,2	1,3
	Année	0,3	0,4	0,3	1,6	0,5	0,0	0,0	0,0
LSD	Vie	2,6	4,2	1,2	3,3	3,9	3,1	2,1	1,2
	Année	0,3	0,4	0,2	1,0	0,4	0,1	0,1	0,0
Produits à inhaler	Vie	2,2	3,1	1,4	2,5	2,5	2,8	2,9	0,5
	Année	0,1	0,1	0,0	0,3	0,1	0,0	0,0	0,0
Héroïne	Vie	1,5	2,5	0,6	1,3	1,8	1,7	2,2	0,6
	Année	0,2	0,2	0,1	0,3	0,3	0,2	0,0	0,1
Crack	Vie	0,6	1,0	0,2	0,7	1,2	1,0	0,3	0,0
	Année	0,1	0,2	0,0	0,3	0,2	0,1	0,0	0,0

Source : Baromètre santé 2014, Inpes, exploitation OFDT

Figure 3 : Les niveaux d'usage de drogues illicites en France (Beck et al., 2015)

Dans la population âgée de 18 à 64 ans, les niveaux d'expérimentation de substances illicites apparaissent très différents selon le sexe et l'âge. Pour toutes les substances, les hommes se révèlent plus souvent expérimentateurs que les femmes. L'expérimentation de substances illicites est plus importante parmi les plus jeunes puis diminue globalement à l'approche de la quarantaine, soulignant ainsi des différences entre générations (Beck et al., 2015).

L'abus de substances représente un important facteur de risque pour la santé dans le monde entier (Popescu., 2014). Les étudiants en médecine ne font pas exception. La dépendance chez les étudiants en médecine, les internes et les médecins constitue un centre d'intérêt important au vu des nombreuses publications sur ce thème. En effet, les conséquences personnelles de ce trouble sont claires au niveau personnel et professionnel avec une répercussion sur la santé publique. La dépendance chez les médecins peut induire des difficultés dans la prise en charge des patients (Dumitracu et al., 2014).

En 2013, Warner a publié une étude rétrospective portant sur l'incidence des TUS et leurs conséquences chez 45 581 internes en anesthésie recrutés entre 1975 et 2009 aux Etats-Unis. L'incidence retrouvée est de 2,16 / 1000 internes masculins / année (IC95% situé entre 2,81 et 2,98) et de 0,65 / 1000 internes féminines / année (IC95% situé entre 0,44 et 0,93). Les substances les plus utilisées étaient les opiacés par voie intraveineuse (57%) puis l'alcool (35%) puis la marijuana et la cocaïne (21%). Vingt huit internes sont décédés au cours de leur formation (7,3% des internes présentant un TUS; IC95% situé entre 4,9 et 10,4) et ces décès étaient tous en lien avec le TUS. Le taux de rechute estimé par les auteurs à 30 ans était de 43% (IC 95% situé entre 34 et 51).

Une étude américaine a comparé un groupe de 99 médecins sénior avec un groupe de témoins, issus de la population générale, appariés sur l'âge, le sexe et le niveau social (Cottler et *al.*, 2013). Elle n'a pas retrouvé de différence significative entre les consommations d'alcool, de sédatifs et de cocaïne entre les deux groupes. Néanmoins, les médecins consommateurs présentent un risque plus élevé de dépendance pour ces substances avec un Odds Ratio (OR) de 2,56 (IC95% 1,29-5,06) pour l'alcool, de 60,7 pour la cocaïne (IC95% 3,23-1140,58), et de 54,76 pour les médicaments sédatifs (IC95% 2,87-1045,18).

Une étude libanaise réalisée par Moaouad (2012) a évalué la dépendance chimique et comportementale des étudiants en médecine en la comparant à celle d'une population témoin (étudiants universitaires dans d'autres domaines). Elle ne retrouve pas de différence statistiquement significative entre les deux populations étudiées concernant les dépendances à l'alcool, au cannabis, aux opiacés, aux amphétamines, au travail, au jeu pathologique et à internet. En revanche, les prévalences de dépendance à la caféine, la cocaïne, la nicotine, l'addiction sexuelle et l'achat compulsif sont significativement inférieurs chez les étudiants en médecine.

L'effet négatif de la dépendance aux substances sur les étudiants, notamment la baisse des performances académiques, constitue un motif important pour l'estimation de la prévalence et de la sévérité de ce problème. Les prévalences de consommations retrouvées dans les différentes études pour chaque substance sont regroupées dans les Tableaux 3, 4, 5 et 6. Les études sur les dépendances et les abus de substances chez les étudiants en médecine montrent une grande hétérogénéité des résultats entre les pays: des facteurs socioculturels et économiques, notamment le pays d'origine, l'exposition et l'accès aux substances, les facteurs

sociaux et religieux, ainsi que le niveau économique et de développement peuvent expliquer de telles différences.

2.5.1. Tabac

Tableau 3. Prévalence de l'usage de tabac dans la population des étudiants en médecine

Auteurs	Population	Usage tabac étudiants	Usage tabac population générale
Solursh et <i>al.</i> , 1971	85 étudiants, USA	11% 1/semaine 11% 1/jour	
Maddux et <i>al.</i> , 1986	133 étudiants, USA	12% régulier	
Conard et <i>al.</i> , 1988	604 étudiants, USA	9% régulier	
Baldwin et <i>al.</i> , 1991	2046 étudiants USA	10% régulier	
Popescu et <i>al.</i> , 2014	267 étudiants, Roumanie	13,9%	24,3%
Khanal et <i>al.</i> , 2010	446 étudiants, Népal	27,6%	
Goel et <i>al.</i> , 2010	205 étudiants, Inde	8%	
Petroianou et <i>al.</i> , 2010	332 étudiants, Brésil	16,3%	

Les études américaines montrent des résultats d'usage régulier, c'est à dire quotidien, de tabac oscillant entre 9 et 12% des étudiants selon les études. L'étude de Khanal (2010) montre l'évolution de la consommation de tabac au cours du cursus médical. Les étudiants de dernière année fument statistiquement plus que les étudiants de première année (37,2% vs 19,4%, $p < 0,01$).

2.5.2. Alcool

Tableau 4. Prévalence de l'usage d'alcool dans la population des étudiants en médecine

Auteurs	Population	Usage alcool étudiants	Usage alcool population générale
Solurch et <i>al.</i> , 1971	85 étudiants USA	60% 1/semaine 11% 1/ jour	
Maddux et <i>al.</i> , 1986	133 étudiants USA	82% dans le dernier mois	
Conard et <i>al.</i> , 1988	604 étudiants USA	87,8% régulier	
Baldwin et <i>al.</i> , 1991	2046 étudiants USA	87,5% régulier	
Frank et <i>al.</i> , 2008	1428 étudiants USA	37% ivresse dans le dernier mois	
Khanal et <i>al.</i> , 2010	446 étudiants Népal	57,6%	60%
Choi et <i>al.</i> , 2013	319 étudiants USA	31% ivresse dans le dernier mois	
Popescu et <i>al.</i> , 2014	267 étudiants Roumanie	75,3%	
Babaei Heydarabadi et <i>al.</i> , 2015	604 étudiantes Iran	9,3%	4,3%
Goel et <i>al.</i> , 2010	205 étudiants Inde	16,5% lors de la 1ère année d'étude 31,5% en dernière année	<5%
Petroianou et <i>al.</i> , 2010	332 étudiants Brésil	85,2% 46,9% occasionnel 37,7% 1/ semaine 0,6% tous les jours	

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS., 2015), l'utilisation excessive d'alcool conduit à environ 3,3 millions de décès par an dans le monde entier et, au niveau européen, l'utilisation excessive d'alcool est le deuxième facteur de risque de morbidité. En outre, l'augmentation des consommations d'alcool chez les jeunes occasionnerait 25% des décès dans le groupe d'âge 20-39 ans au niveau mondial. Dans l'étude de Popescu (2014), les étudiants roumains de première année consomment en moyenne plus de six unités d'alcool par semaine (7,9 unités pour les hommes et 5,4 unités pour les femmes). Pour 88% de ces étudiants, la consommation est qualifiée de « faible risque », pour 4,5% de « risque moyen à élevé » et pour 7,5% de « consommation dangereuse ».

Pour près de 70% des étudiants, boire un à deux verre d'alcool quotidiennement n'entraîne aucune conséquence, mais près de la moitié d'entre eux estiment qu'une prise en charge est nécessaire lorsque la consommation atteint 4 à 5 verres par jour, et que cette consommation est incompatible avec leurs activités étudiantes et professionnelles (Conard et al., 1988). Selon L'INPES, la hausse des consommations excessives d'alcool chez les 18-25 ans est une tendance relevée par les Baromètres Santé depuis dix ans. Le phénomène du «*binge drinking* », qui consiste en consommer de l'alcool dans une recherche d'ivresse, s'est particulièrement développé. Les résultats du dernier Baromètre Santé (Inpes., 2014) permettent de confirmer qu'il s'agit d'un comportement générationnel. Il s'observe majoritairement chez les plus jeunes: 14 % des 15-24 ans, 10 % des 25-34 ans et 6 % des 35-44 ans s'y sont adonnés au cours de l'année dernière. L'étude de Trostler (2014) s'est intéressée au phénomène de *binge-drinking* chez les étudiants en médecine aux Etats-Unis. Il apparaît que, sur les 485 étudiants interrogés, sa prévalence était de 58,1%. Les auteurs retrouvent une association significative entre *binge drinking* et les situations suivantes : post examen (PR: 2,82), sentiment de souffrir de dépression (PR: 1,19), tabagisme (PR: 1,21), consommation de substances illicites (PR: 1,24). Une étude multicentrique, menée dans 16 écoles de médecine américaine, s'est intéressée aux habitudes de consommation d'alcool chez 4837 étudiants en médecine toutes années confondues (Frank et al., 2008). Parmi eux, 34% déclarent une consommation excessive (définie par les auteurs par au moins un épisode de *binge drinking* au cours du dernier mois ou une consommation quotidienne d'au moins deux verres pour les hommes et un verre pour les femmes). Les auteurs notent que 36% d'entre eux rapportent au moins trois épisodes de *binge drinking*. L'étude de Dahlin (2011) a comparé les habitudes de consommation d'alcool entre 500 étudiants en médecine brésiliens et 500 étudiants en commerce. Les consommations « nocives » (OR 0,55; IC95% (0,37-0,75)) et

« hebdomadaires jusqu'à l'ivresse » (OR 0,58; IC95% (0,35-0,96)) étaient statistiquement plus fréquentes chez les étudiants en commerce.

2.5.3. Cannabis

Tableau 5. Prévalence de l'usage de cannabis dans la population des étudiants en médecine

Auteurs	Population	Usage cannabis étudiants	Usage cannabis population générale
Solurch et <i>al.</i> , 1971	85 étudiants USA	17% 1/ semaine 1% 1/ jour	
Horowitz et <i>al.</i> , 2008	340 étudiants USA	4,1%	
Maddux et <i>al.</i> , 1986	133 étudiants USA	13%	
Conard et <i>al.</i> , 1988	604 étudiants USA	17,3%	
Baldwin et <i>al.</i> , 1991	2046 étudiants USA	10%	
Choi et <i>al.</i> , 2013	319 étudiants USA	1%	
Khanal et <i>al.</i> , 2010	446 étudiants Népal	12,8%	15%
Popescu et <i>al.</i> , 2014	267 étudiants Roumanie	9,7%	
Petroianou et <i>al.</i> , 2010	332 étudiants Brésil	16,5%	

Les résultats diffèrent en fonction des études notamment au sein des études réalisées aux USA, alors que les auteurs utilisent les mêmes critères de sélection. Ainsi, dans deux études différentes utilisant le critère de consommation de cannabis au cours du dernier mois, l'étude de Conard retrouve l'incidence la plus élevée des consommations de cannabis et l'étude de Choi une incidence seulement de 1%. L'étude de Baldwin (1991) est la seule étude qui permet d'étudier les consommations de toxiques sur une cohorte représentative de plus de

2000 étudiants dans 23 écoles de médecine différentes, les autres études américaines étudiant des échantillons plus petits et donc moins représentatifs (Dumitrascu et *al.*, 2014).

Pour 76,4% des étudiants interrogés, le fait de consommer occasionnellement du cannabis ne nécessite aucune prise en charge, mais 58,6% des étudiants estiment qu'une démarche de soins est nécessaire lorsque la consommation est quotidienne et 21,1% que cette consommation n'est pas compatible avec les études médicales (Conard et *al.*, 1988).

Dans l'étude de Popescu en 2014, 267 étudiants de première année ont été interrogés sur leurs consommations de substance. Les auteurs ont retrouvé une association significative entre la consommation de cannabis et le niveau d'anxiété (évalué grâce à l'échelle STAI-Y1).

2.5.4. Cocaïne

Tableau 6. Prévalence de l'usage de la cocaïne dans la population des étudiants en médecine

Auteurs	Population	Usage cocaïne étudiants
Maddux et <i>al.</i> , 1986	133 étudiants USA	5,9%
Conard et <i>al.</i> , 1988	604 étudiants USA	5,6%
Baldwin et <i>al.</i> , 1991	2046 étudiants USA	2,8%
Horowitz et <i>al.</i> , 2008	340 étudiants USA	3%
Khanal et <i>al.</i> , 2010	446 étudiants Népal	0,22%

Nous n'avons pas retrouvé d'étude sur la consommation de cocaïne chez les étudiants en médecine français et il existe peu d'étude sur la consommation de cocaïne chez les étudiants en médecine. L'étude de Conard (1988) porte sur l'interrogatoire de 604 étudiants de quatrième année de médecine dans 13 universités américaines. Cette étude retrouve une consommation de cocaïne chez 5,6% des étudiants dans le dernier mois, chez 16,7% durant la dernière année et chez 36,2% sur la vie entière.

2.5.5. Psychostimulants

Le méthylphénidate (Ritaline, Concerta) est utilisé depuis 1960 pour traiter les enfants et les adultes souffrant de trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H). Il agit en retardant la recapture de la dopamine et l'adrénaline des

neurotransmetteurs, ce qui prolonge l'action de ces systèmes. Il permet donc une augmentation des capacités d'attention et une diminution de l'agitation chez les patients souffrant de TDA/H. Ce traitement est également intéressant dans les troubles du sommeil comme la narcolepsie, en favorisant la capacité d'éveil. Peut-être désireux d'augmenter leurs capacités cognitives, la prévalence de la consommation de méthylphénidate chez les adultes sains s'accroît et en particuliers chez les étudiants en médecine et les médecins (Beyer et *al.*, 2014). Les auteurs notent aussi le manque d'étude sur les effets secondaires à long terme chez les adultes sains et pointent ainsi le risque de ces consommations. Une étude sur 115 étudiants de Chicago retrouve que 11% des étudiants interrogés ont déjà consommé des psychostimulants avec ou sans prescription médicale (Emmanuel et *al.*, 2013). Ces résultats confirment ceux de Tuttle et *al.* (2010) qui retrouvait une consommation de 10,1% de psychostimulants chez les étudiants en médecine. Dans cette étude, 5,5% des étudiants avaient reçu un diagnostic de TDA/H et pour 72,2% de ces derniers le diagnostic avait été posé après l'âge de 18 ans (Tuttle et *al.*, 2010).

3. Syndrome d' Epuisement Professionnel des Soignants (SEPS)

« Il n'y avait plus assez de musique en moi pour danser la vie », Dr Louis Ferdinand Auguste Destouches dit Céline.

Le Syndrome d'Epuisement Professionnel (ou *burn out*) n'est pas, à ce jour, identifié ni reconnu en tant qu'entité pathologique en psychiatrie. Il n'existe pas de définition catégorielle dans le DSM V ou la CIM-10. Le SEPS est considéré de manière générale, non pas comme une pathologie mais comme un processus, un concept psychologique issu de l'évolution sociale. Canoui rapproche le SEPS d'un trouble de l'adaptation, certains auteurs d'une dépression. Ainsi, une étude prospective réalisée sur sept ans auprès de dentistes finlandais a étudié la relation entre le concept de *burn out* et les symptômes dépressifs. Elle retrouve que l'épuisement professionnel et les symptômes dépressifs semblent se regrouper et se développer en parallèle. Ces résultats mettent en évidence la similitude conceptuelle de l'épuisement professionnel et les symptômes dépressifs dans le contexte de travail (Ahola., 2014). Selon H. Grantham (1985), «*soit le diagnostic (de burnout) est erroné, niant le plus souvent un syndrome psychopathologique susceptible de répondre à des mesures thérapeutiques adéquates, soit le diagnostic est correct mais les moyens thérapeutiques ou les capacités d'intervention sont insuffisantes*» définissant ainsi la controverse existante sur la nature du *burn out* et son lien avec les troubles psychiatriques définis.

La littérature est néanmoins abondante sur le sujet du SEPS dans la population particulière des étudiants en médecine et il semblait inapproprié de nier ces recherches. Nous avons ainsi défini l'axe de notre revue de la littérature comme l'étude de la santé mentale des étudiants en médecine détaillant ainsi les troubles psychiatriques et le SEPS.

3.1. Définition

Le SEPS, appelé *burn-out* chez les anglo-saxons, est un concept émergent depuis les années 1970, qui a été créé pour décrire une pathologie liée au surmenage professionnel. Dès les années 1950, cette question intéresse les auteurs. Ainsi, le surmenage professionnel est évoqué comme un «*surmenage des dirigeants* » en 1956 (Bize et Goguelin) et défini comme un «*surmenage intellectuel* » (Desoille., 1958) dans un ouvrage consacré à la médecine du travail. En 1959, le psychiatre français Claude Veil explique qu'au cours «*... d'une consultation de psychiatrie du travail (...) le concept d'état d'épuisement se révélait un bon outil intellectuel* » pour comprendre et traiter «*... des cas déconcertants qui n'entraient pas dans la nosographie classique* ».

Le terme *burn-out* apparaît pour la 1^{ère} fois dans la littérature nord-américaine en 1974, par un psychiatre et psychanalyste américain H. Freudenberger qui décrit l'état d'épuisement atteignant des soignants et propose une première définition du SEPS : «*L'épuisement professionnel est un état causé par l'utilisation excessive de son énergie et de ses ressources, qui provoque un sentiment d'avoir échoué, d'être épuisé ou d'être extenué* » (Freudenberger., 1987).

Christina Maslach, psychologue américaine spécialisée dans les domaines de l'épuisement et du stress au travail définit le *burn-out* comme «*un syndrome d'épuisement émotionnel, de déshumanisation de la relation et de réduction de l'accomplissement personnel qui apparaît chez les individus impliqués professionnellement auprès d'autrui* » (Maslach et Leiter., 1997). Cette définition est actuellement la plus utilisée et la plus citée.

Trois expressions font actuellement référence au syndrome d'épuisement professionnel :

- **Burnout syndrome** chez les anglo-saxons. Initialement, le terme *burn-out* est utilisé dans l'aérospatiale pour définir la surchauffe et le bris d'une fusée aérospatiale suite à l'épuisement de carburant de la machine. Dans la langue

anglaise courante, « *to burn out* » peut signifier s'user, s'épuiser en raison de demandes excessives d'énergie, de force ou de ressources.

- **Karoshi** chez les japonais. se traduit littéralement par « mort (*karo*) par excès de travail (*shi*) » avec comme cause apparente, l'accident vasculaire cérébral ou l'infarctus du myocarde. Depuis 1987, il existe une loi au Japon qui permet d'indemniser les victimes de *Karoshi*. Pour obtenir cette indemnisation, la famille doit justifier pour la victime d'un exercice professionnel de vingt-quatre heures consécutives la veille du décès ou d'au moins seize heures de travail par jour pendant une semaine entière avant le jour de la mort (Deschamps., 1993).
- **Syndrome d'Épuisement Professionnel** en France. On parle d'usure professionnelle ou d'usure au travail, expressions qui mettent l'accent sur l'idée d'une évolution progressive du syndrome. En langue française, c'est le terme de Syndrome d'Épuisement Professionnel des Soignants (SEPS) qui s'est imposé dans le domaine médical.

Le SEPS se caractérise par trois sous-dimensions qui sont étroitement liées :

- **L'épuisement émotionnel** : il est l'élément central de ce syndrome. Il se manifeste autant sur le plan physique que sur le plan psychique. Il est un élément indispensable, bien qu'insuffisant à sa définition. Il apparaît en premier, en réponse à des exigences professionnelles chroniques élevées. L'épuisement émotionnel correspond à une fatigue effective au travail non améliorée par le repos, à une absence de motivation par son travail qui devient une corvée, à une sensation que tout est difficile et insurmontable. L'individu a atteint son seuil de saturation émotionnelle et n'est plus capable d'accueillir une nouvelle émotion. Extérieurement, il s'ensuit une explosion émotionnelle (rires, pleurs), une incapacité à exprimer toute émotion (une froideur, un hyper-contrôle des émotions, une distance avec le patient) ainsi qu'une opposition aux nouvelles demandes.
- **La déshumanisation de la relation à l'autre**: elle en constitue la pierre angulaire. Elle est la spécificité de ce syndrome chez les professionnels de la relation d'aide. C'est une stratégie de défense de l'individu face à l'épuisement émotionnel: l'individu se détache de la relation interpersonnelle avec cynisme et développe une attitude négative et insensible envers les autres. Incapable de répondre aux demandes des patients, le professionnel ne peut faire preuve

d'empathie. Dans cette attitude, le patient est traité de façon impersonnelle avec utilisation de propos deshumanisant : le soin de l'organe prime sur la prise en charge de l'humain.

- **La diminution de l'accomplissement personnel:** elle est la conséquence de l'épuisement émotionnel et de la déshumanisation de la relation à l'autre. La relation à l'autre est le fondement du travail du soignant et une des motivations principales de ce choix professionnel. Constatant cette distanciation, le sujet va ressentir un sentiment d'inefficacité et d'incapacité à l'origine du sentiment de frustration. Emergent alors les sentiments d'autodévalorisation, de culpabilité et une démotivation. Le travail peut être désinvesti ou au contraire surinvesti avec un «présentéisme» excessif et inefficace, ce qui altère la qualité du travail.

3.2. Des signes cliniques non spécifiques

Les signes cliniques du SEPS regroupent à la fois des signes somatiques, psychiques ou comportementaux non spécifiques, banals et variés ainsi que les signes cliniques spécifiques à chaque dimension. Sur le plan physique, les symptômes sont autant variés que non spécifiques tels qu'une fatigue, une lassitude, des céphalées, des troubles digestifs, des troubles du sommeil, des infections rhinopharyngées, grippales ou pseudo-grippales, des troubles du comportement alimentaire... Sur le plan comportemental, les manifestations semblent inhabituelles pour les individus concernés : une irritabilité trop fréquente, une sensibilité accrue aux frustrations, une labilité émotionnelle, une méfiance, une attitude cynique ou une attitude de toute puissance pouvant mener à des conduites à risques, des attitudes thérapeutiques plus ou moins inadaptées, une appréhension devant les responsabilités, un relâchement vestimentaire et hygiénique.

L'individu développe des stratégies de défense face à l'installation du trouble: une résistance excessive aux changements, des attitudes négatives voire pessimistes, un pseudo-activisme (le sujet passe de plus en plus de temps sur son lieu de travail sans se rendre compte de sa perte d'efficacité), un absentéisme progressif et répété ou un usage abusif de psychotropes ou d'alcool.

3.3. Outils de mesure

Les principales échelles d'évaluation du SEPS sont le « *Maslach Burnout Inventory* » (MBI) et le « *Burnout Measure* » (BM).

- **Maslach Burnout Inventory (MBI)**

Le MBI est une échelle d'évaluation quantitative du SEPS élaborée dans les années 1980 par C. Maslach et SE. Jackson (Maslach et Jackson., 1986). C'est une échelle d'auto-évaluation comportant 22 items regroupés en trois parties (chacune évaluant une de trois sous-dimensions du SEPS).

9 items évaluant l'épuisement émotionnel :

- Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail
- Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail
- Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail
- Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort
- Je sens que je craque à cause de mon travail
- Je me sens frustré(e) par mon travail
- Je sens que je travaille « trop dur » dans mon travail
- Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop
- Je me sens au bout du rouleau

5 items évaluant la déshumanisation :

- Je sens que je m'occupe de certains patients de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets
- Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail
- Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement
- Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes patients
- J'ai l'impression que mes patients me rendent responsables de certains de leurs problèmes

8 items évaluant l'accomplissement personnel :

- Je peux comprendre facilement ce que mes patients ressentent
- Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes patients
- J'ai l'impression, à travers mon travail, d'avoir une influence positive sur les gens

- Je me sens plein(e) d'énergie
- J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes patients
- Je me sens ragaillardi(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes patients
- J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail
- Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement

Chaque item est évalué par un critère de fréquence de survenue de l'expérience ou du sentiment, allant de 0 (jamais) à 6 (chaque jour).

Tableau 7. Evaluation du SEPS en fonction des scores de ses trois composantes avec la MBI

	Epuisement émotionnel	Déshumanisation	Accomplissement personnel
Bas	<18	<6	>39
Moyen	18-29	06-11	34-39
Elevé	>29	>11	<34

Plus le score est élevé pour l'épuisement émotionnel et la deshumanisation de la relation, plus le SEPS est élevé. Plus le score d'accomplissement personnel est bas, plus le SEPS est élevé. Pour porter le diagnostic de SEPS, les trois dimensions ne doivent pas obligatoirement être présentes simultanément: il s'agit d'un processus dynamique et évolutif. Chaque dimension est évaluée séparément. Ainsi, le diagnostic de SEPS est équivalent à un score élevé dans au moins une de ces trois dimensions.

- **Burnout Measure**

Cette échelle d'évaluation a été élaborée dans les années 1970 par A. Pines. Elle comporte 21 items dont la cotation est quantitative (4 positivement connotées et 17 négativement connotées), non limités au champ professionnel (évaluation de la satisfaction au travail et dans la vie, évaluation de l'autonomie, évaluation de la qualité du support social). Il évalue principalement la composante de l'épuisement émotionnel. Les réponses se font sur l'étude de la fréquence allant de 1 (jamais) à 7 (toujours).

3.4. Prévalence

Il existe quelques études ayant évalué la prévalence du SEPS chez les étudiants en médecine dans la littérature. Les résultats retrouvés sont présentés dans les Tableaux 7 et 8.

Tableau 8. Prévalence et score du SEPS chez les internes en médecine français

Population	Epuisement émotionnel		Déshumanisation		Accomplissement personnel		
	Elevé (%)	Score moyen	Elevé (%)	Score moyen	Bas (%)	Score moyen	
Paris (Guinaud M., 2006)	692 Internes de médecine générale	24,1	22,1	42	10,6	48,6	33,7
Montpellier (Cauchard, 2009)	215 internes toutes spécialités	10,7	18,68	36,7	9,62	20,5	33,64
Nantes (Barbarin, 2009)	114 internes médecine générale	15	19,7	34	9,8	21	37,4
Ile-de-France (Pittaco, 2009)	71 Internes de médecine générale	16	18,1	50	10	33	36,2
Strasbourg (Ernst, 2009)	161 Internes de médecine générale	19,2	19,8	38,5	10,4	21,7	37,4
Bordeaux (Feraudet, 2009)	160 Internes toutes spécialités	20,8		47,8		20,8	
Hte Normandie (Lacouture, 2010)	53 Internes en psychiatrie	6,7		16,7		40	
National (Le Tourneur, 2011)	4050 internes de médecine générale	16	20	33,8	9,7	38,9	34,8
Montpellier (Thevenet, 2011)	91 Internes de médecine générale	13,1		35,1		43,9	
Ile de France (Thevenet, 2011)	313 Internes de médecine générale	25,8		39,9		33,2	
Région Ouest (Rua et al, 2013)	40 Internes de gynéco-obstétrique	19,45	19,67	30,56	8,72	11,11	33,94

Tableau 9. Prévalence et score du SEPS chez les internes en médecine étrangers

	Population	Epuisement émotionnel		Déshumanisation		Accomplissement personnel	
		Elevé (%)	Score moyen	Elevé (%)	Score moyen	Bas (%)	Score moyen
Etats-Unis (Shanafelt et al., 2002)	115 internes		26,4		12,7		36,2
Etats-Unis (Dyrbye et al., 2006)	545 étudiants	34,7	21,8	25,8	6,4	30,8	36,1
Canada (Legassie et al., 2008)	48 internes	29,2	22,5	54,2	10,1	31,3	36,4
Etats-Unis (Dyrbye et al., 2008)	4287 étudiants	40,1	24	31,8	7,3	30,6	36,2
Etats-Unis (Dyrbye et al., 2007)	3080 étudiants	37		28		28	
Grèce (Msaouel et al., 2010)	311 internes	56,6	27,9	66,2	12,2	58,5	31,6
USA (Dyrbye et al., 2014)	4402 étudiants + 1701 internes	44,6	25	37,9	7	31,3	36

4. Facteurs de risque de développer un trouble psychiatrique ou un SEPS chez les étudiants en médecine

4.1. Facteurs de risques individuels des étudiants en médecine

4.1.1. Facteurs de risque sociodémographiques

Les données de la littérature sur l'implication du facteur sexe dans l'apparition de la dépression chez les étudiants en médecine ne sont pas homogènes. Certains auteurs notent un risque plus élevé pour les femmes, comme Alvi en 2010 (79% versus 19% pour les hommes; $p=0,016$), Baldassin en 2008 ($T=2,063$; $p=0,019$), Dos Anjos De Paula en 2014 ($OR=1,83$; $IC(2,19-2,82)$, $p<0,01$) et Samaranyake en 2011 (23,6% vs 14,9%; $p=0,01$). Au contraire, d'autres auteurs ne retrouvent pas de lien significatif entre le sexe et l'apparition d'une dépression dans cette population : Mancevska en 2008 ($p=0,4$), Tija en 2005 ($p>0,05$) et Hojat en 1999 ($p>0,05$). Une seule étude, réalisée en Inde auprès de 290 étudiants de première et deuxième années, retrouve un taux significativement plus élevé de dépression chez les hommes (20,7% versus 8,7% chez les femmes, $p=0,000$) (Karagolu et al., 2010). Les auteurs mettent ce résultat en lien avec la responsabilisation sociale et culturelle des garçons au niveau familial en Inde.

Cette même étude retrouve une association entre le fait de souffrir de dépression et l'existence de difficultés financières familiales (17,9% versus 11,4% $p=0,00$). L'étude de Rab (2008) menée chez 87 étudiantes en médecine pakistanaïses rapporte que 29,4% des étudiantes vivant dans un logement étudiant souffrent de dépression versus 5,6% des étudiants vivant dans le domicile familial ($p=0,01$), alors que l'étude de Baldassin (2008) menée auprès de 481 étudiants brésiliens ne retrouve pas de lien significatif concernant l'apparition d'une dépression et le fait de vivre seul ou au domicile familial ($p=0,348$). En 2014, Dos Anjos De Paula décrit les facteurs associés à la dépression des étudiants en médecine et retrouve une association positive avec un réseau social insuffisant ($OR=11,44$; $IC95\% 4,32-30,14$; $p<0,01$) et le fait de ne pas avoir d'activité de loisir ($OR=3,04$; $IC95\% 1,70-5,42$; $p<0,01$).

Il existe des résultats contradictoires dans la littérature sur l'association entre le niveau d'anxiété et le sexe. Ainsi, Karagolu (2010) et Vitaliano (1985) ne retrouvent pas d'association significative. Plusieurs auteurs rapportent que les femmes présentent un plus haut niveau d'anxiété que les hommes : Samaranyake en 2011 (22,8% versus 14,4%; $p=0,02$), Alvi en 2010 ($p=0,07$), Mancevska en 2008 (69,2 % versus 55%; $p<0,05$).

Vitalliano (1989) retrouve une association négative entre des niveaux d'anxiété élevés et un réseau social satisfaisant chez 305 étudiants en médecine ($\chi^2 = -0,31$; $p = 0,001$). L'étude de Rab (2008) ne retrouve pas d'association significative entre une anxiété importante et le fait de vivre dans un logement étudiant.

Concernant le TUS, il apparaît dans la littérature que le sexe est un facteur de risque avéré : les hommes consomment plus que les femmes (Khanal et al., 2010 ; Goel et al., 2015). L'étude de Petroianu (2010) a étudié les consommations de substances chez 332 étudiants en médecine toutes années confondues. Elle retrouve une consommation plus importante chez les hommes concernant le tabac (23,1% versus 9,9% pour les femmes $p < 0,01$) et le cannabis (23,8% versus 9,9% pour les femmes $p < 0,01$), mais ne retrouve pas de différence significative entre les sexes concernant la consommation d'alcool. Selon cette même étude, les étudiants en médecine vivant au domicile parental consomment moins d'alcool et de substances hallucinogènes que les autres étudiants. Dans une autre étude, les étudiants de dernière année sont des consommateurs plus importants que les étudiants de première année (65,9% vs 55,8% en première année ; $p = 0,04$) (Khanal et al., 2010).

Dans les études de Mills (2005) et Klamen (1995), une tendance statistique positive est retrouvée entre l'incidence de symptôme d'ESPT chez les internes urgentistes et leur avancée dans leur cursus d'interne sans significativité statistique ($p > 0,1$). Klamen et al. (1995) retrouvent un diagnostic d'ESPT significativement plus fréquent chez les femmes (20% versus 9% pour les hommes, $p < 0,05$) et chez les personnes célibataires ou séparées ($p < 0,01$). Le soutien social apparaît également comme un facteur protecteur ($r = -0,23$; $p < 0,02$) (Klamen et al., 1995).

Un âge jeune est un facteur de vulnérabilité pour le SEPS (Freudenberg en 1974; Canoui et Mauranges en 2001; Delbrouck en 2008; Maslash et Leiter en 1988). Il existe un lien significatif entre l'âge d'une part, la déshumanisation et l'accomplissement personnel d'autre part dans l'étude du SEPS. Plus les internes sont âgés, plus l'accomplissement personnel est élevé ($r = 0,12$ et $p = 0,002$) et plus la déshumanisation est faible ($r = -0,10$ et $p = 0,008$) (Guinaud., 2006). Mais, la jeunesse pourrait se confondre avec le manque d'expérience professionnelle et le facteur de risque serait alors plus le manque d'expérience professionnelle que le jeune âge.

Plusieurs auteurs s'accordent pour dire qu'il n'existe pas d'association entre l'épuisement professionnel dans le SEPS et la situation familiale (Canoui et Mauranges, 2001 ; Thomas, 2004 ; Shanafelt et *al*, 2002). Une seule étude montre une différence statistiquement significative entre l'apparition d'un SEPS et le sexe (Guinaud, 2006). Elle montre un lien statistiquement significatif entre le fait d'être un homme et des scores élevés au *Maslach Burnout Inventory*).

4.1.2. Les antécédents personnels psychiatriques

L'étude de Zocolillo (1986) montre que 69% de 304 étudiants de première et deuxième années souffrant de dépression avaient déjà présenté au moins un épisode de dépression antérieurement ($p < 0,01$). De même, dans l'étude de Tija (2005), 14,3% de 322 étudiants avaient un antécédent de dépression ($p = 0,05$) et 76,9% des sujets déprimés bénéficiant d'un traitement psychotrope, un antécédent personnel de dépression. L'étude de Mehanna (2006), comparant 448 étudiants en médecine et 229 étudiants en pharmacie libanais, montre que 60,8% des étudiants souffrants de dépression avaient un antécédent dépressif (60,86% versus 25,83%; $\text{Chi}^2 = 13,43$, $p = 0,0001$).

Une étude réalisée par Guinaud (2006) sur le SEPS auprès de 692 internes en médecine générale montre que les internes ayant un antécédent personnel de suivi psychologique ou psychiatrique ou de tentative de suicide ou utilisant des antidépresseurs ont un score d'épuisement émotionnel significativement plus élevé que les internes sans antécédent personnel psychologique ou psychiatrique.

4.1.3. Les antécédents familiaux psychiatriques

Dans l'étude de Zocolillo (1986), 46% de 304 étudiants souffrants d'une dépression avaient au moins un antécédent familial de dépression ($p < 0,025$). De même, Mehanna (2006) retrouve un lien statistiquement positif entre le fait de souffrir de dépression et de présenter des antécédents familiaux de dépression (51,11% versus 25,33% des étudiants ne présentant pas de dépression; $\text{Chi}^2 = 13,25$, $p = 0,0001$). A l'inverse, l'étude de Tija (2005) menée chez 322 étudiants en médecine américains ne montre pas de lien significatif entre le fait de souffrir d'une dépression et les antécédents psychiatriques familiaux. Le TUS apparaît dans la littérature comme influencé par les antécédents familiaux de dépendance (Khanal et *al.*, 2010 ; Goel et *al.*, 2015 ; Dahlin et *al.*, 2011).

4.1.4. Les traits de personnalité

La personnalité se construit au fur et à mesure du parcours de vie et des expériences émotionnelles au cours de l'enfance et de l'adolescence. Elle intervient dans la perception des événements et des facteurs de stress et à une influence sur les processus d'adaptation et les réponses émotionnelles. Dès 1974, H. Freudenberger décrit ainsi un profil de sujet à risque d'épuisement professionnel: « *d'éducation souvent rigide, compétent, inspirant confiance, il est dynamique, refuse tout compromis et s'engage tout entier à la tâche dans le but de concrétiser son idéal; (...) il ne peut admettre l'existence de limites dans les idéaux qu'il cherche à atteindre. Il s'agit d'un individu idéaliste qui s'épuise au fur et à mesure que ses illusions sont confrontées à une réalité qui existe* ».

En 1978, C. Maslach et A. Pines définissent les personnalités anxieuses comme plus sujettes à développer un syndrome d'épuisement professionnel. Ce type de personnalité se caractérise par un sens de l'autocritique trop poussé, une impossibilité de déléguer les tâches et un grand besoin de reconnaissance. Ce type d'individu a un besoin essentiel d'accomplissement le poussant à rechercher sans cesse l'approbation d'autrui.

A titre d'illustration, dans son ouvrage intitulé *Burn-out* et publié en 2010, Patricia Martel met en évidence des traits de personnalité de son personnage principal le prédisposant à un épuisement professionnel :

- Une grande volonté de réussite et des objectifs élevés
- Un engagement professionnel important avec une volonté d'aller jusqu'au bout des choses
- Une tendance à ne pas s'écouter

Par l'élaboration du « *Big Five* », en 1990, Goldberg décrit non une théorie mais un repère pour la description et l'étude théorique de la personnalité (Plaisant et *al.*, 2010). Il définit 5 dimensions de personnalité décrites ci dessous :

- **Ouverture à l'expérience** : goût pour l'art, l'émotion, l'aventure, idées peu communes, curiosité et imagination
- **Caractère consciencieux**: autodiscipline, respect des obligations, organisation plutôt que spontanéité, orientation vers des buts

- **Extraversion** : énergie, émotions positives, tendance à chercher la stimulation et la compagnie des autres, fonceur
- **Agréabilité** : tendance à être compatissant et coopératif plutôt que soupçonneux et antagonique envers les autres
- **Nervosisme ou neuroticisme** : contraire de stabilité émotionnelle, tendance à éprouver facilement des émotions désagréables comme la colère, l'inquiétude ou la dépression, vulnérabilité.

Olsen (2013) a évalué le rôle des traits de personnalité définis par la *Basic Character Inventory* (BCI) dans l'apparition de la dépression et de l'anxiété chez 149 étudiants en médecine norvégiens interrogés au cours de leurs 3^{ème} et 6^{ème} année, ainsi qu'au cours de l'internat. La BCI décrit quatre dimensions de personnalité : nervosisme, extraversion, caractère consciencieux et conscience de ses faiblesse. Le trait de personnalité « conscience de ses faiblesses » était associé à des niveaux élevés de dépression ($r=0,36$; $p=0,0001$) et d'anxiété ($r=0,33$; $p=0,0001$). Le trait de personnalité « extraversion » est protecteur face à la dépression ($r=-0,20$; $p=0,01$). Une étude chinoise récente menée auprès de 2925 étudiants en médecine retrouve des associations négatives significatives entre l'anxiété et les critères « amabilité » ($\beta = -0,363$, $p<0,01$), « ouverture à l'expérience » ($\beta = -0,066$, $p<0,01$), et « caractère consciencieux » ($\beta = -0,052$, $p<0,01$), tandis que le « nervosisme » ($\beta = 0,135$, $p<0,01$) présente une association positive avec ce symptôme (Shi., 2015). Une étude publiée en 2014 par Allroggen a évalué sur une population de 464 étudiants en médecine allemands la relation entre les passages à l'acte auto-agressif et les traits de personnalité. Les étudiants ayant au moins un antécédent de passage à l'acte auto-agressif présentaient des niveaux significativement plus élevés des traits « nervosisme » ($t=4,19$; $p<0,001$) et « ouverture à l'expérience » ($t= 4,47$; $p<0,01$). Les traits « extraversion » ($t=-2,16$; $p=0,033$) et « caractère consciencieux » ($t=-3,08$; $p=0,002$) étaient protecteurs.

Une étude roumaine menée en 2014 par Popescu dans une population d'étudiants en première année de médecine retrouve une association significative entre les traits de personnalité ouverture à l'expérience ($R=0,135$; $p< 0,05$) et extraversion ($R=0,185$; $p<0,01$).

Mc Manus et al publient en 2004 une étude montrant des liens statistiquement significatifs entre l'intensité des scores dans les différentes dimensions du *Big Five* et les sous dimensions du SEPS. Ils ont suivi entre 1990 et 2002, au Royaume-Uni, 1668 étudiants en médecine devenus médecins et soumis par trois fois au cours de leurs études à un

questionnaire comprenant plusieurs échelles évaluant le SEPS et les traits de personnalités. Un score élevé de nervosisme était associé à un score élevé d'épuisement émotionnel. De plus, des scores bas d'agréabilité étaient corrélés à des scores élevés de déshumanisation. Enfin, des scores élevés d'accomplissement personnel étaient corrélés à des scores élevés d'extraversion ainsi que des scores bas de nervosisme.

En 1961, Tellenbach a décrit dans son ouvrage le « *Typus Melancholicus* » (Tellenbach., 1979). Le *Typus Melancholicus* présente un attachement à l'ordre, particulièrement dans la sphère du travail. Ce caractère ordonné prononcé et constitutif du *Typus Melancholicus* serait fortement encouragé et apprécié par l'entourage professionnel car il se manifeste par un travail consciencieux et un sens du devoir. Il présente également une très haute exigence vis à vis de son propre travail, en ce qui concerne la qualité, mais aussi la quantité. L'épanouissement personnel du *typus melancholicus* est lié à sa capacité de travail. Sa tendance est de s'attribuer des tâches de manière excessive sans jamais accéder à la sensation de satisfaction de ce qui est réalisé. Son déséquilibre survient souvent à l'occasion d'un accroissement de la quantité de travail ou d'un changement inopiné, ceux-ci déstabilisant la planification méticuleuse et chargée de son emploi du temps. Tellenbach décrit ainsi l'apparition de limites de réalisation du sujet et décrit ce phénomène par le terme d'includence. L'includence est la situation de limitation dans laquelle le type mélancolique ne peut plus transcender par l'action, bien que pour lui tout en dépende; situation dans laquelle il ne peut se supporter.

La description précède d'une dizaine d'années, l'émergence du concept de *burnout* mais le *typus melancholicus* décrit par Tellenbach est bien un type à haut risque d'épuisement sur un plan professionnel.

Friedman et Rosenman, cardiologues américains, ont décrit un profil comportemental particulier : le type A comme un ensemble cognitif et comportemental constituant un facteur de risque cardiovasculaire (Friedman., 1959). Les individus « type A » sont caractérisés par :

- Une implication et un engagement professionnel marqués.
- Des objectifs fixés élevés
- Un sens développé de l'urgence
- Une rapidité d'exécution
- Une multiplicité des actions en même temps

- Une tension permanente par manque de temps
- Un goût prononcé pour la compétitivité avec une tendance à la rivalité
- Une tendance à la réactivité, à l'agressivité
- Une impatience, une irritabilité
- Des efforts importants et permanents dirigés vers la réalisation, l'efficacité, la productivité, le rendement, le résultat
- Un désir de contrôle et de maîtrise très marqué

Le concept de « type A » a été étudié, appliqué au stress et impliqué dans la survenue du *burn-out*. Ces traits de personnalités sont de plus en plus encouragés au travail car orientés vers l'efficacité professionnelle et la performance fortement prisées par l'économie libérale. D'après Burke en 1980, les individus de type A occuperaient plus de postes à responsabilité et seraient associés à une identité professionnelle de type carriériste. Pourtant, il est considéré comme à risque pour l'état de santé d'un sujet, tant sur le plan cardiovasculaire que sur un plan psychologique. Le sujet de type A est souvent confronté à des difficultés relationnelles contribuant à un support social moindre. S'il peut tirer un bénéfice réel de son efficacité professionnelle, avec une sensation d'accomplissement, c'est souvent aux dépens de déficits psychologiques, sociaux et physiques. Vitalliano (1989) établit auprès de 305 étudiants en médecine américains une association positive entre le type A et des niveaux d'anxiété importants ($\chi^2=0,5$; $p=0,01$).

4.2. Facteurs de risques liés à la pratique de la médecine

4.2.1. Rôle et responsabilité du médecin

Le statut social des médecins, considéré comme « confortable », a lui aussi évolué, allant parfois jusqu'à des remises en cause ou une méfiance de la part des patients (Ham et al., 2002). Ce déclin de statut peut augmenter le risque d'épuisement professionnel car les tensions inhérentes à leur profession étaient contrebalancées par un sentiment d'utilité, qu'ils perdent progressivement : « *Les valorisations ont changé ; et en disparaissant, la vocation a laissé les soignants nus sans protection et sans les bénéfices secondaires qu'elle apportait ne serait-ce qu'en terme d'admiration et de reconnaissance* » (Canoui et al., 2006).

4.2.2. Le conflit vie privée/vie professionnelle

De nos jours, l'individu privilégie sa vie privée tout en essayant de poursuivre une carrière professionnelle épanouissante (Truchot., 2004). Pour les professions médicales, la frontière entre les sphères personnelle et professionnelle devient parfois fragile du fait de l'intrusion répétée du travail du sujet dans sa vie privée : exemples des appels téléphoniques hors service ou d'un changement de planning inopiné. Ce conflit est connu pour fragiliser l'individu, et augmenter sa vulnérabilité au stress. Ainsi, ce facteur de risque a été identifié dans la survenue du *burn out* (Guerts et al., 1999 ; Linzer et al., 2001 ; Sargent et al., 2004 ; Shanafelt et al., 2002).

Le médecin doit répondre aux attentes des patients, de ses pairs, de l'Etat mais aussi aux attentes de ses proches, des siens. Pour répondre à l'ensemble des exigences professionnelles, il doit engager beaucoup d'efforts, et investir énormément de son temps et de son énergie, souvent en négligeant sa vie personnelle. Le manque de temps et d'énergie résiduels rend parfois difficile l'articulation vie professionnelle/ vie privée avec un risque de présence insuffisante (pour remplir ses fonctions de conjoint ou de parent), de conflits conjugaux, de désintégration familiale, de divorce et, au sens large, un rétrécissement du réseau social et affectif (Gauthier., 2003). Dans une publication datant de 1986, Landau rapporte que sur 108 internes interrogés 40% rapportaient des difficultés conjugales et que, parmi ces derniers, 72% attribuaient ces difficultés aux études médicales et à l'internat. L'auteur explique que 50% des difficultés relationnelles personnelles chez les internes peuvent être expliquées par une variable à 10 items (nombre d'heures de travail trop élevé, année d'étude, trop peu d'activité physique, trop peu de contact social et familial, impossibilité de faire les tâches ménagères, endettement, trop de temps à travailler chez soi, nombre d'heures de travail de son conjoint, trop peu de temps chez soi, trop peu de temps de sommeil) ($r=3,05$; IC95% 14-42 ; $p<0,002$). On peut noter que cette étude n'est pas comparative et ne permet pas de dire si ces difficultés sont plus ou moins fréquentes que chez d'autres étudiants en troisième cycle. Selon une étude de Coomber (2002), menée auprès de 627 médecins et étudiants en médecine du Royaume-Unis et évaluant les différents facteurs de stress liés à la profession, « *le temps de travail et son impact sur la vie familiale* » est un des facteurs les plus fréquemment rapportés et les plus stressants. Le facteur « *stress professionnel et son impact sur la vie familiale* » présente une fréquence importante et un stress induit significatif.

4.2.3. La relation d'aide

La relation d'aide est le fondement de la profession de soignant et apparaît souvent comme la motivation première du choix du métier. Elle représente un aspect fondamental de la prise en charge des patients et possède à elle-seule un effet thérapeutique non négligeable. Une relation thérapeutique, la relation médecin-malade, ne peut se mettre en place que parce qu'il existe un sujet demandeur (de soin ou d'aide) et un sujet qui accepte de répondre à cette demande (Bellin., 2013). Cette relation repose sur une distance acceptable entre les deux parties : l'empathie. Ainsi, adopter une distance satisfaisante dans la relation d'aide avec un malade permet à chaque professionnel de santé d'identifier au mieux ses demandes, ses attentes et de proposer par la suite une prise en charge médicale adaptée (Bellin., 2013).

La relation thérapeutique peut être parfois modulée voire altérée par des barrages culturels, des schémas de représentation, ou des anamnèses réactivant un vécu personnel (Rosefield., 2014). Cette modulation peut alors mettre à mal la notion d'empathie, fragiliser les soignants et entraîner un débordement de leurs capacités de maîtrise. Le soignant doit travailler pour réajuster en permanence cette distance relationnelle. Chaque nouvelle prise en charge sera une nouvelle histoire relationnelle dans laquelle le soignant s'expose. Le risque encouru par le soignant lors de chaque nouvelle prise en charge est de tomber dans l'investissement émotionnel inapproprié ; le médecin s'identifie alors à la situation vécue par le patient et n'a plus suffisamment de recul pour mener son expertise professionnelle. L'autre extrême est un détachement trop important, à la limite de la déshumanisation (Wiertz., 2012).

Une étude rapporte que les internes se sentent mal préparés dans l'apprentissage de cette relation et que ce sentiment peut les fragiliser et les épuiser (Leroy-Carbon., 2003). Le même auteur écrit que le médecin en formation a une vision idéalisée de la relation qu'il va entretenir avec ses patients et de l'influence qu'il pourra avoir sur eux. Cette vision est source de déceptions, voire de conflits avec certains patients, considérés comme difficiles. En effet, certaines études ont montré que la prise en charge des patients dépendrait davantage de la sympathie qu'ils provoquent, c'est-à-dire leur capacité d'adaptation à une relation d'aide idéale, que de leur maladie (Truchot., 2009).

Les plus jeunes professionnels de santé peuvent être confrontés à des situations entraînant un impact émotionnel: le décès d'un patient, la précarité sociale, des histoires de vie traumatiques. Les débordements émotionnels engendrés peuvent fragiliser cette distance

nécessaire à une relation d'aide positive. Dans son article *Doctors do cry*, Pruthi (2014) décrit les situations qui peuvent entraîner un débordement émotionnel chez un médecin ou un étudiant, telles que la souffrance ou le décès d'un de ses patients. Il met en avant le malaise engendré par ces situations pour le médecin mais aussi pour ce qu'il représente: pleurer est « *considéré comme incompatible avec l'image d'un bon médecin, qui est censé être forte, confiante et entièrement sous contrôle. Ainsi, pleurer a été assimilé à de la faiblesse et également de l'incompétence* ». Rosenfield (2004) cite Spiro qui décrit la médecine comme « *la science et la narration, à la fois raison et intuition* », mettant ainsi l'accent sur le détachement et l'objectivité scientifiques et l'exclusion de la compréhension empathique de cette définition. A l'inverse, Halpem (1993) pense que l'on doit « *utiliser sa résonance émotionnelle* » avec le patient au service de la curiosité. Plutôt que d'essayer de nier une réponse émotionnelle, il recommande de se questionner sur la manière dont elle pourrait aider à la compréhension du patient (Rosenfield., 2004). Dans son étude menée, en 2009, au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Bordeaux, Féraudet note que certains internes évitent la prise en charge médicale de patients émotionnellement lourds, privilégiant des prises en charges plus simples qui ont de meilleures chances de succès thérapeutique. Ces internes ont des scores d'accomplissement personnel plus élevés que les internes s'occupant de patients émotionnellement lourds dans l'évaluation du SEPS.

4.2.4. La confrontation à la souffrance et à la mort

Les internes en médecine débutent leur internat avec la vision d'un idéal de la pratique de la médecine enseigné à la faculté: toute pathologie diagnostiquée a recours à un traitement ciblé et efficace (Pruthi., 2014). Certains jeunes médecins sont ainsi motivés par la volonté de sauver des patients de la douleur et de la tristesse qui accompagnent la maladie. Les progrès de la médecine ont conduit le praticien à considérer que la non guérison d'un patient n'est plus dans la normalité mais est un échec. Il vient à en oublier que la mort fait partie de la vie (Canoui et *al.*, 2006).

Les étudiants en médecine rencontrent leur « *premier mort* » dans un contexte professionnel, dans la salle de dissection, avant qu'ils ne commencent à rencontrer des patients qui meurent dans des contextes cliniques (Thiemann., 2015). La confrontation à la souffrance et à la mort est aujourd'hui un des facteurs majeurs de l'épuisement professionnel (Barbarin., 2009). Pour le soignant et le médecin, cette confrontation est pourtant permanente et omniprésente. Les sentiments d'impuissance, de culpabilité et de désespoir peuvent

déstabiliser et vulnérabiliser un soignant (Bellin., 2013; Rosefield., 2004). Ils peuvent être majorés en cas de souffrances intenses et marquées, en cas de chronicité, en raison de l'histoire du patient ou de son jeune âge ou encore du fait du caractère brutal d'un décès. Cela pourrait être attribuable, selon Puthri, au fait que le programme d'études médicales a ancré en chaque étudiant puis médecin, « *la conviction que la rationalité et les émotions nous empêche d'être objectif en prenant des décisions concernant l'évolution clinique d'un patient* » (Puthri., 2014).

Le travail de soin comporte donc un investissement cognitif et émotionnel élevé qui renvoie toujours l'individu à son seuil de tolérance et à sa capacité à mobiliser ses ressources personnelles (Pruthi., 2014). A leur tour, les praticiens mettent en place des mécanismes pour se protéger de l'ingérable. Accepter de « *perdre un malade* » quand on est médecin « *s'apprend* » afin qu'un décès devienne représentable puis acceptable (Barabarin., 2009). C'est un travail psychique indispensable avant de réinvestir ses autres prises en charge et incontournable dans la prévention du *burn out*. Les soignants travaillant dans des services d'oncologie ou confrontés à des décès répétés sont plus souvent atteints de *burn out* (Blanchard et al., 2010).

Thiemann (2015) étudie le niveau d'anxiété de 790 étudiants en médecine à l'université de Cambridge face à la question de la mort. Un questionnaire comprenant l'échelle d'évaluation du rapport à la mort (CLFODS : Collett-Lester Fear of Death Scale évaluant quatre subdivisions du rapport à la mort de l'individu : *My Death, My Dying, Other's Death, Other's Dying* par la cotation de 1 (peu d'anxiété ressentie) à 5 (beaucoup d'anxiété ressentie) de sept items par catégories). Les auteurs remarquent que les résultats des étudiants en médecine de 6^{ème} année (fin du stade clinique) sont plus élevés que les résultats des 4^{ème} années (début du stade clinique). Il apparaît que les étudiants présentant de faibles résultats (<80 à la passation de la CLFODS) présentent des scores inférieurs d'anxiété et de dépression.

4.3. Facteurs de risques liés à l'environnement de travail et à l'organisation de la profession

4.3.1. La charge de travail

Les internes et les médecins doivent faire face à une charge de travail non seulement importante mais non maîtrisable. Selon certains auteurs, cette charge de travail peut être un facteur de risque d'épuisement professionnel (Freudenberger., 1987).

Dans l'étude de Coomber (2002) menée auprès de 627 internes et médecins, le deuxième facteur de stress rapporté est « *le fait d'être surchargé de travail* » en termes de fréquence et de stress induit (OR=3,5). Une association positive est retrouvée entre le facteur « *trop de responsabilité en même temps* » et des scores significatifs d'anxiété (OR=0,34; IC95% 0,20-0,18 ; p< 0,001) et de dépression (OR=0,03; IC95% 0,008-0,04 ; p= 0,037). Alvi et al. (2010) étudient les facteurs de stress liés aux études médicales et leur rôle dans l'apparition d'anxiété chez 279 étudiants. Ils retrouvent une association statistiquement significative entre la surcharge de travail et des scores élevés d'anxiété (81% versus 66%, p=0,006). De plus, dans une étude menée auprès de 405 internes et médecins seniors allemands, il est décrit que le sentiment d'avoir des « *capacités de travail insuffisantes face à la charge de travail* » augmente le risque de survenue de niveaux importants de stress (OR: 13,6; IC95% 4,5-41,6; p=0,0001) et d'ESPT (OR=5,6; IC95% 2,0-16,6; p=0,001) (Ruitenburt et al, 2012).

Il existe également une association entre la charge de travail et l'apparition du SEPS, avec un lien statistiquement significatif entre un volume horaire hebdomadaire important et l'apparition et l'intensité de l'épuisement émotionnel, ainsi que des scores de déshumanisation élevés chez les professionnels de santé. (Guinaud., 2006 ; Le Tourneur et Komly., 2011 ; Thomas et al , 2004 ; Cathebras et Pittaco, 2009). Dans l'étude de Féraudet (2009), 45% des internes estiment être surchargés de travail, 90% font des heures supplémentaires et, parmi eux, 40% estiment que cela peut être à l'origine d'un sentiment d'épuisement.

A l'inverse, une charge de travail insuffisante a également été identifiée comme facteur de risque d'apparition de *burn out* (Freudenberger., 1974). Certains parlent alors de « *bore out* ».

4.3.2. L'ambiguïté du rôle de l'interne

Selon le Code de Santé Publique. (Code de Santé Publique, Sixième partie, livre premier, titre V, chapitre III, articles R.6153-1 à R.6153-45), l'interne est un «*praticien en formation* », oscillant entre l'étudiant qui est en cours d'apprentissage de connaissances médicales auprès de l'équipe soignante et le médecin qui doit avoir sa place à part entière dans les prises de décisions médicales. Cette situation ambiguë est caractéristique du statut d'interne qui a parfois du mal à trouver sa place et son rôle au sein de l'équipe ou du service (Duvivier., 2014). Il est sous la responsabilité d'un senior mais est souvent en première ligne dans la prise en charge des patients. Savoir quand agir, quand parler et quand écouter, quand faire et quoi faire vis à vis de la détresse d'un patient est une tâche importante du développement de l'étudiant (Rosenfield., 2014). Ce facteur organisationnel pouvant être à l'origine d'un épuisement professionnel est rapporté dans la littérature dès 1976 par Maslach.

L'apprentissage est différent chez les étudiants «*proactifs* » qui sont capables d'initiatives et participent activement dans les prises en charges et les étudiants qui ne le peuvent pas (Duvivier, 2014). Les séniors seront plus enclins à superviser et à offrir des possibilités d'apprentissage (gestion de «*cas médicalement intéressants* ») aux étudiants présentant des traits de personnalité enthousiastes et extravertis.

4.3.3. Le manque d'encadrement

Une étude menée en France, en 2010, auprès de 204 internes en oncologie et hématologie a retrouvé, que 90% d'entre eux, souffrant d'isolement ou de carence d'encadrement, étaient épuisés (Blanchard., 2010). Selon des études américaines et françaises réalisées auprès d'internes en médecine, le manque de soutien de la part des séniors est associé significativement à des scores d'épuisement professionnel plus élevés (Shanafelt et *al.*, 2002 ; Feraudet., 2009).

4.3.4. Le manque de reconnaissance

L'interne reste un étudiant en situation d'apprentissage ; le sentiment d'approbation et de respect de la part de ses supérieurs est important pour qu'il consolide son processus d'identité professionnelle, essentiel à sa compétence future. Le manque de reconnaissance est un facteur particulièrement important. En effet, l'identité passe par la reconnaissance de la part de l'autre (Bellin., 2013). Sur un plan social, elle passe aussi par la reconnaissance au

travail. La situation peut devenir problématique, lorsque la vie professionnelle tend à se substituer à la vie en général, ce qui n'est pas rare en médecine. L'impact de la reconnaissance au travail s'en retrouve décuplé. Lorsque, de plus, la vie affective est peu développée (Landau., 1986), le sujet n'existe plus que par la reconnaissance dont il fait l'objet dans son cadre professionnel.

Les études retrouvent qu'un tiers des internes exprimant un manque de considération dans leur profession sont épuisés (Castero-Branco et al., 2007 ; Feraudet., 2009). Selon Le Tourneur et al (2011), 78,5% des internes de médecine générale métropolitains estiment être « *peu ou pas du tout reconnus à leur juste valeur de manière générale dans leur cursus* ». Par ailleurs, Coomber et al. (2002) retrouvent une association positive entre des niveaux d'anxiété élevés et le sentiment éprouvé de « *manque de reconnaissance pour son effort et pour sa contribution par les autres* » en termes de fréquence et de stress induit (OR=1,75), tandis que Blanchard et al (2010) mettent en avant un lien entre le fait d'avoir le sentiment de « *ne pas être reconnu à la hauteur de son travail* » et l'apparition du *burn out*.

Selon Nagata-Kobayashi (2009), « *il est bien connu que les expériences d'abus ou le harcèlement perçu au cours de l'internat ont un impact négatif sur l'état émotionnel des internes (...) et peut entraîner de mauvais traitements de patients* ». Dans son étude, menée auprès de 355 internes au Japon, interrogés par des questionnaires anonymes sur les difficultés ressenties au cours de leur internat, 73,2% des internes rapportent avoir subi au moins une fois un épisode violence verbale (par exemple « *hurlé ou crié sur vous; discours inapproprié voire méchant, grossier ou hostile envers vous; sentiment d'avoir été rabaissé ou humilié* »), 25% de la violence physique (par exemple « *menaces ou soumis à un danger physique* »), et 21,5% des « *abus de statut* » (par exemple « *vous confier des tâches comme punition; menaces vis à vis de la validation de l'internat; malveillance ou injustice envers vous; fait des remarques négatives sur vos capacités à devenir médecin ou à poursuivre une carrière médicale*»). Seulement 12% des internes avaient mentionné leurs difficultés à leur hiérarchie. Les raisons évoquées par les internes qui ne se sont pas plaints étaient: « *le fait de penser que cet épisode ne méritait pas d'être évoqué avec un supérieur* » pour 55%, « *signaler n'aboutira à rien* » pour 43,4%, « *le problème ne serait pas traité équitablement* » pour 15,3%, « *la peur de non confidentialité* » pour 4,6%. Selon les auteurs, les principaux biais de cette étude sont le fait qu'aucune tentative n'a été effectuée pour vérifier ces allégations et que l'interprétation subjective des items du questionnaire proposé et le jugement personnel des sujets interrogés pouvaient modifier les données.

4.3.5. L'altération de la communication

Le temps d'échange est un moment précieux, malheureusement trop souvent réduit. La communication et l'échange d'opinion autour des prises en charge permettent d'identifier ses difficultés et de réfléchir sur sa pratique. « *Agir plus vite s'inscrit dans un processus d'immédiateté qui régit notre quotidien avec des impératifs de soins qui prédominent et qui deviennent vite des mécanismes automatiques évitant ainsi de s'interroger sur les enjeux d'une prise en charge et le sens donné à notre pratique* » (Wiertz., 2012).

En milieu hospitalier, les situations conflictuelles sont inhérentes au système, au fonctionnement de groupe dont les individus sont uniques et ne partagent pas forcément les mêmes pratiques et les mêmes valeurs. L'absence d'échange et la « non expression », faute de temps, perturbent et usent. Ainsi, l'absence de communication entre collègues est un de principaux facteurs de *burn out* ($p < 0,01$) (Blanchard., 2010). Le « staff » des médecins en est une parfaite illustration. L'essentiel du temps est consacré à l'exposition de situations plus médicales que relationnelles, où prévaut la réflexion purement scientifique et technique aux dépens de la communication, du vécu du professionnel (émotionnel et subjectif) de l'évaluation, de l'analyse et des réflexions sur les pratiques (Wiertz., 2012).

4.3.6. La loi du silence

Dans leur pratique professionnelle, les soignants sont guidés par la « loi du silence » lorsqu'il s'agit de leurs propres souffrances: la souffrance ressentie se cache et s'intériorise. Ne pas exprimer un sentiment d'impuissance ou d'échec peut provoquer une impression de fatalité pour certains d'entre eux, elle-même source de stress (Chew-Graham et *al.*, 2003). Les étudiants déclarent préférer se tourner vers leurs familles et amis pour obtenir du soutien, plutôt que de chercher l'aide professionnelle au sein de l'Université. Les comportements de recherche d'aide non-appropriée commencent tôt et sont liés à la perception des normes qui exigeraient une image « idéale » du médecin. Un problème de santé mentale peut alors être considéré comme une forme de faiblesse qui a des implications pour la progression de carrière (Graham et *al.*, 2003).

Dans la littérature, les étudiants rapportent une stigmatisation des maladies psychiatriques expliquant ainsi leur réticence à demander de l'aide (Graham et *al.*, 2003 ; Reynolds et *al.*, 2009). Les autres causes retrouvées sont les difficultés financières (Reynolds et *al.*, 2009), la croyance en sa capacité d'auto-diagnostic et d'auto-traitement (Brimstone et

al., 2007), la crainte d'être en relation avec son thérapeute dans sa future carrière médicale (Brimstone *et al.*, 2007), la peur de non-confidentialité (Reynolds *et al.*, 2009 ; Brimstone *et al.*, 2007).

4.3.7. L'interruption des tâches

L'interruption des tâches en cours par un évènement extérieur (demande d'avis, urgence clinique, appel téléphonique) favorise le stress et l'épuisement (Bellin., 2013). L'interruption d'une tâche est tellement fréquente en milieu hospitalier qu'elle est à peine considérée comme un dysfonctionnement. Les conséquences de cette interruption peuvent être multiples pour l'individu concerné (Bellin., 2013).

- Ce dernier s'oblige à un important effort supplémentaire de concentration pour la reprise de son activité initiale, source de fatigabilité
- L'interruption des tâches dans une activité professionnelle donnée engendre un sentiment de « désorganisation » du travail, source d'insatisfaction. Selon l'étude de Feraudet (2009), 28% des internes estiment que l'interruption des tâches est une des principales sources de stress.

4.3.8. Rentabilité de la santé

Le Médecin doit faire preuve d'habileté pour jongler entre une économie de la santé, une demande de consommation médicale de certains patients (consumérisme médical) et son devoir et ses désirs de soignant (Wiertz., 2012). Les médecins ont dû ainsi reconsidérer au moins en partie leur profession pour ajouter à la notion de soin, une notion de productivité, de budgétisation et donc de rentabilité. Ce conflit de rôle est pourvoyeur d'épuisement émotionnel car il amène le praticien à s'interroger sur la valeur de son métier (Wiertz., 2012).

4.3.9. L'exposition à la violence

Les violences, qu'elles soient physiques ou verbales, à l'égard du soignant en général et plus particulièrement du médecin sont très mal tolérées et altèrent fortement la relation médecin-malade. Le nombre croissant des incidents a conduit l'Ordre des Médecins à mettre en place un Observatoire de la Sécurité des Médecins en 2003 dont le but est de répertorier les agressions dont sont victimes les médecins libéraux (www.conseil-national-medecins.fr). Pour les médecins hospitaliers a été créé, en 2005, un Observatoire National des Violences Hospitalières: l'ONVH. Les objectifs de ces observatoires sont le recueil de

données, le traitement des incidents et l'amélioration de la prévention.

Selon l'ONVH, les signalements de violences étaient de 2609 cas en 2006 (Benaouda, rapport annuel 2014 de l'Observatoire national de la Délinquance et des Réponses pénales). En 2013, il a été répertorié 12 432 cas en France. Les services ayant déclaré majoritairement des situations de violence physique ou verbales sont la psychiatrie (24%) et les services d'urgence (14%). Il apparaît que les auteurs des violences recensés sont des patients mais aussi des accompagnants ou des visiteurs.

Selon l'Observatoire de la Sécurité des médecins, le nombre d'incidents déclarés est passé de 638 en 2003 à 920 en 2010. La nature des agressions est verbale dans la majorité des cas (63%). Les médecins généralistes semblent particulièrement exposés et, parmi les spécialités, ce sont les ophtalmologistes (7%), les médecins du travail (4%) et les psychiatres (3%) qui signalent le plus de violence. Les principales raisons invoquées sont : une mauvaise prise en charge, une réponse du médecin non conforme à la demande (arrêt de travail, certificats, thérapeutique...) ou un temps d'attente trop long (www.conseil-national-medecins.fr).

Les chiffres annoncés concernant les actes de violence sont à interpréter avec davantage de discernement, surtout en psychiatrie. La souffrance psychique associée à des dysfonctionnements des capacités cognitives (altération du raisonnement et du jugement), une perception altérée de la conscience de soi et de son environnement peuvent être à l'origine de violences pour lesquelles la responsabilité du patient est discutable. « *Ainsi, il est possible que la tolérance de la violence soit plus importante en psychiatrie, et la perception du stress lié à la violence moindre, bien que l'exposition du soignant soit plus grande qu'en milieu général* » (Wiertz, 2012).

Sur un plan juridique, une insulte envers un médecin est considérée comme un délit aggravé depuis 2008, au même titre qu'une insulte à magistrat. Compte tenu de l'accroissement de l'agressivité, l'Ordre des médecins ne tolère plus d'insulte à l'égard du corps médical. L'incitation à la plainte systématique est forte et l'Ordre se constitue partie civile (Wiertz., 2012). On notera que 40 médecins ont été tués sur leur lieu de travail pendant ces 20 dernières années, dont 12 femmes.

4.3.10. Evolution de la société et individualisme

Le rôle de la médecine s'est considérablement élargi au fil des années avec une prise en charge globale du patient. Cette prise en charge médico-psycho-sociale est symptomatique d'une évolution sociétale individualiste créant ainsi des populations délaissées et souvent renvoyées vers le monde hospitalier (personnes âgées délaissées, toxicomanes, alcooliques, SDF...). Canoui (2006) décrit ainsi l'hôpital comme « ghetto pour la souffrance ». Cette évolution de profil de patients lourds et complexes à gérer amène une surcharge de travail non négligeable pour les soignants qui ne disposent pas toujours des moyens suffisants pour les prendre en charge entraînant la vulnérabilisation des soignants.

5. Facteurs protecteurs contre les troubles psychiatriques

Des éléments de personnalité positifs « optimisme, empathie » sont associés à des scores plus élevés d'accomplissement personnel et des scores plus faibles d'épuisement émotionnel dans l'étude du SEPS chez les étudiants en médecine (Hojat Mohammadreza et al., 2015).

5.1. Un profil de personnalité : « Hardiness »

La notion de « *hardiness* », que l'on peut traduire par endurance, solidité, robustesse psychique voire hardiesse, désigne une caractéristique de la personnalité qui a pour fonction de protéger le sujet contre le stress. Les traits de personnalité décrits par Suzanne Kobosa en 1982 sous le terme de « *hardiness* » auraient une influence positive sur les processus d'adaptation et un effet modérateur sur le stress (Kobosa et al., 1982). Une relation statistiquement significative a été retrouvée entre le défaut de « *hardiness* » et l'épuisement professionnel. Ce profil de personnalité est reconnu comme étant, parmi toutes les ressources personnelles, la ressource la plus puissante pour faire face au stress (Kobosa et al., 1982). L'endurance (ici traduction de « *hardiness* ») recouvre 3 dimensions :

- L'engagement ou implication. Nous pouvons définir ces notions comme la tendance à s'impliquer pleinement dans les diverses situations rencontrées, à se sentir concerné par les événements, et à être capable d'agir aisément. Les événements, les objets et les personnes en lien avec l'activité concernée sont reconnus comme intéressants et significatifs. Etre engagé requiert une capacité à être proactif, une tendance à passer à l'action, à aller de l'avant.

- Le challenge ou défi. Ces notions peuvent être définies comme la perception positive, sans aucune crainte du changement. Les capacités d'adaptation de l'individu sont importantes. Le changement est perçu comme un stimulus important pour la croissance et le développement personnel, et non comme un obstacle. Le défi permet l'évolutivité des choses, la réalisation de soi et s'oppose à la perception d'obstacles, à la méfiance, à la sécurité, à la stabilité. La personne qui a le sens du défi, s'ouvre au changement ; elle est créatrice, innovatrice, aime la variété dans son travail.
- Le contrôle ou sens de la maîtrise. Ils peuvent être définis comme la croyance selon laquelle l'individu peut influencer positivement les événements qui se présentent à lui et est capable par son action et sa réflexion de faire évoluer les situations. La personne a confiance en sa capacité décisionnelle. Elle utilise une appréciation cognitive des facteurs de stress, les analyse, les interprète et choisit l'action qui permet de réduire au mieux les effets néfastes du stress. Atteindre ses objectifs au travail devient alors possible.

Les individus qui présentent une endurance développée peuvent affronter et vaincre des situations de stress plus facilement. Ils sont fortement impliqués mais ont également la conviction de pouvoir agir sur leur environnement. Ils s'engagent avec intérêt, envie et curiosité. Les changements représentent non pas des obstacles mais des défis. Ils disposent de cognitions et de stratégies de *coping* permettant de mieux s'adapter au stress.

Les stratégies de *coping* décrivent l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux mis en place par un individu afin de maîtriser, réduire ou tolérer les exigences externes qui menacent ou dépassent les ressources de cet individu. Elles lui permettent de s'adapter à ces nouvelles exigences. Ces stratégies de *coping* sont principalement : la capacité de réévaluer les problèmes de manière positive, la conviction de pouvoir agir sur les problèmes de façon décisive et l'appréhension positive des obstacles en utilisant des techniques de résolution de problèmes.

Mais l'endurance n'est pas une caractéristique stable et elle peut évoluer à travers le temps et en fonction du contexte. Le soutien social des supérieurs hiérarchiques ou de l'organisation renforcerait les initiatives et les performances ; il permet aux employés d'augmenter leur endurance (Kendall et *al.*, 2000).

5.2. Le sens de la cohérence

Cette large notion amène l'individu à percevoir son environnement et sa propre vie, comme compréhensibles, maîtrisables, prévisibles et structurés. Ces notions de sens et de signification données aux situations sont alors perçues comme parties intégrantes de la vie de l'individu. L'endurance et le sens de la cohérence sont à l'origine d'une approche nouvelle : la « *psychologie positive* » (Sellingman., 2000). Cette approche propose de se tourner vers toutes les caractéristiques positives sur lesquelles il est possible d'agir pour soutenir, renforcer, consolider et protéger la personne.

5.3. Le Locus of Control: LOC

Cette dimension est au cœur des théories sociocognitives développées par Rotter en 1966. Le LOC rend compte du lien que certains individus sont capables d'établir entre leurs comportements et les événements de vie. Rotter définit le concept de *locus of control* comme la tendance relativement stable chez un individu donné à attribuer la responsabilité de ses succès ou de ses échecs à des facteurs internes (sous l'influence de sa volonté) ou à des facteurs externes (tels que la chance, le hasard, le destin, d'autres personnes). Les personnes qui ont un LOC interne pensent que ce qui arrive est la conséquence de leurs propres actes ou absence d'acte. Elles perçoivent un rapport de causalité direct entre l'obtention d'un résultat et leur conduite. Ceux qui ont un LOC externe ne font pas ce lien.

Il apparaît que le « contrôle interne » a un effet protecteur contre le stress et devient facteur de réussite. Les sujets de type « contrôle externe » se sentent plus facilement stressés et sont plus vulnérables émotionnellement. Cependant si les sujets « contrôle interne » résistent mieux au stress et semblent plus protégés de l'apparition de troubles mentaux, ils s'adaptent plus difficilement aux changements qui leur sont demandés dans l'organisation du travail.

5.4. L'auto-efficacité

C'est à la suite des travaux de Rotter, que la caractéristique personnelle « auto-efficacité » a été développée par Bandura en 1997. Il désigne l'auto-efficacité comme « *Les croyances en sa capacité à organiser et réaliser les conduites requises pour gérer les situations futures. Les croyances d'efficacité influencent la façon dont les individus pensent, ressentent, se motivent eux-mêmes et agissent* » (Bandura., 1995). Selon Bandura, les

croyances d'auto-efficacité ont un impact considérable sur les buts, les efforts fournis, sur les émotions ressenties (lors de l'anticipation et de l'engagement dans une situation), les stratégies de *coping* adoptées et, enfin, sur les performances d'un individu.

D'après les études de Bandura il existe un lien de modération entre l'auto-efficacité et la survenue d'un *burn out*: Les individus présentant un niveau d'auto-efficacité élevé adoptent davantage de stratégies de résolution de problème. L'auto-efficacité n'est pas une compétence acquise mais elle évolue. Elle peut être renforcée par un environnement favorable (restructuration du travail en activités significatives, rétablissement d'un sens donné au travail de l'individu, création de variété et de défi, mise en place d'opportunités pour parer au stress) ou altérée par un environnement défavorable (surcharge de travail, exigences accentuées et accélérées, opportunités de formation limitées, faibles perspectives, déséquilibre insatisfaisant vie privée / vie professionnelle). Bandura considère que l'auto-efficacité se développe à partir de quatre formes d'influence :

- La pratique effective du contrôle : C'est la forme d'influence la plus déterminante sur le sentiment d'auto-efficacité. C'est un indicateur direct de l'aptitude d'un sujet. Atteindre un objectif trop facile ne contribue pas à accentuer l'auto-efficacité de manière significative. Pour renforcer son auto-efficacité, l'individu doit avoir des moyens de contrôle et une latitude décisionnelle suffisante. Plus une structure de management autorise de l'autonomie et du contrôle, plus le sens de l'auto-efficacité sera élevé, plus le risque de *burn out* sera faible (Leitter., 1992). Inversement, un risque de *burn out* est élevé lorsque l'individu perçoit que d'autres contrôlent son travail, que les procédures à suivre sont immuables, qu'il ne peut s'attribuer le succès de ses actes.
- L'expérience vicariante du contrôle : C'est le second moyen d'acquérir des croyances solides d'auto-efficacité. Observer que les efforts constants d'autrui sont récompensés constitue un exemple à suivre et montre qu'il est possible de maîtriser les événements. Le modèle, pour avoir une influence, doit cependant être proche de l'observateur et doit être un objet d'identification.
- La persuasion : Si l'individu est persuadé par d'autres qu'il est apte à réussir, convaincu, il mobilisera ses efforts et les soutiendra

- L'interprétation des états physiologiques et émotionnels : Selon Bandura, les individus se basent sur ces états pour juger de leurs capacités et de leurs dysfonctionnements. Les tensions intérieures sont interprétées comme des signes de vulnérabilité et comme des risques de performance moindre. Il précise que ce n'est pas l'intensité des réactions émotionnelles et physiques qui est importante, mais leur perception et leur interprétation.

5.5. Estime de soi

L'estime de soi est une notion qui se rapproche de l'auto-efficacité. Pour Ross, Bosse, Johnson et Crown en 1991 : « *L'estime de soi au travail réfère à l'auto-évaluation de ses compétences et de sa valeur personnelle dans l'environnement de travail. Elle indique le degré selon lequel l'individu se perçoit capable, efficace et estimable* ».

6. Conséquences de l'apparition d'un trouble psychiatrique ou d'un SEPS chez les étudiants en médecine

6.1. Conséquences personnelles

6.1.1. Conséquences physiques

Nous n'avons pas retrouvé d'étude spécifique sur les conséquences physique d'un trouble psychiatrique dans la population spécifique des étudiants en médecine. Des chercheurs se sont intéressés à la physiopathologie du SEPS et ses conséquences physiques à long terme. Dans une étude cas-témoins, le SEPS était associé à une augmentation du risque relatif de développer une maladie coronaire chez les hommes (RR=3,1) et les femmes (RR=3,4) (Melamed et *al.*, 2006). Les hypothèses soulevées étaient un dysfonctionnement métabolique avec augmentation du cholestérol total, du LDL et des triglycérides, un suivi médical négligé, un sommeil perturbé, ou une dérégulation de l'axe hypothalamique avec augmentation du cortisol (Melamed et *al.*, 1999).

6.1.2. L'isolement social et familial

La dépression engendre ou exacerbe les difficultés interpersonnelles, ce qui rend difficile pour les étudiants en médecine de fonctionner efficacement en tant que soignant et membre d'une équipe de soins et de trouver le soutien affectif afin de fournir les efforts nécessaires pour devenir médecin (Reynolds., 2009).

En dehors de cette situation pathologique, 40% des internes en couple rapportent des difficultés conjugales en lien avec le stress professionnel et 61% des conjoints sont en accord avec cette affirmation (Landau, 1986). Dans une étude réalisée en 2007, auprès de médecins libéraux d'Ile-de-France, les médecins se sentant menacés par l'épuisement professionnel prenaient moins de vacances que les autres (90,6% vs 96%) et fréquentaient moins les groupes de pairs (19,9% vs 22,4%), sans qu'ils soient permis d'identifier s'il s'agit d'une cause ou d'une conséquence (Galam 2007). L'épuisement professionnel pourrait engendrer des échecs dans la vie personnelle des médecins. Selon une étude menée auprès de 306 médecins généralistes de la Loire (Cathebras, 2004): 14% d'entre eux ont des problèmes relationnels avec leurs enfants et 20% sont séparés ou divorcés. L'absence de population témoin ne permet pas de savoir si ces fréquences sont supérieures chez les médecins par rapport au reste de la population et si elles sont liées à un épuisement professionnel.

6.1.3. Les comorbidités psychiatriques

Dans l'étude de Frank (2008), menée auprès de 4837 étudiants en médecine dans 16 écoles américaines, une association positive est retrouvée entre le fait de fumer du tabac et de consommer de l'alcool de manière excessive (68% versus 24% pour les non fumeurs $p < 0,001$). Selon Petroianu, l'interrogatoire de 332 étudiants en médecine a permis de mettre en évidence un risque accru chez les consommateurs d'alcool de consommer du tabac (OR:1,23, $p=0,00007$), des psychostimulants (OR:1,09, $p=0,015$), du cannabis (OR:1,24, $p=0,00003$) et des hallucinogènes (OR:1,08, $p=0,02$).

L'étude de Klamen (1995) évaluant l'incidence de l'ESPT chez 212 internes en médecine toutes spécialités confondues retrouve une association positive entre un diagnostic d'ESPT (selon critère du DSM III) et la présence symptômes dépressifs.

L'association entre le *burn-out* et la consommation de substances a principalement été étudiée chez les médecins, et non chez les étudiants (Shanafelt et *al.*, 2011). Le *burn-out* est associé à la consommation d'alcool et de médicaments, sans que l'on puisse préjuger d'un lien de cause à conséquence dans un sens ou un autre et sans que l'existence d'un TUS ait été étudiée (Schaufeli et *al.*, 1990). Ainsi, une étude met en évidence un lien significatif statistiquement entre la consommation de psychotropes ou d'alcool et le risque de développer un SEPS chez 189 médecins généralistes de Rhône Alpes interrogés par auto-questionnaire (épuisement émotionnel à 27 chez les médecins consommateurs vs 20 chez les non-consommateurs et score de déshumanisation 10,5 vs 7,1, $p < 0,05$) (Philippon., 2004). Dans une étude européenne menée auprès de médecins généralistes, une augmentation de la consommation de tabac et une consommation de médicaments psychotropes sont liées à un score élevé des trois sous-dimensions du SEPS, alors qu'une augmentation de la consommation d'alcool est liée seulement à un score élevé d'épuisement émotionnel et de déshumanisation (Soler et *al.*, 2008). Dans une étude francilienne, les médecins généralistes menacés par le SEPS sont plus enclins à consommer alcool et tabac que les médecins non menacés par le SEPS (13,4% des médecins vs 1,4%), ainsi que des médicaments (18,3% des médecins vs 2%) (Truchot., 2001).

6.1.4. La réorientation professionnelle

Selon l'étude de Blanchard (2010), menée auprès de 204 internes d'hématologie et d'oncologie, 15% des internes souhaitaient quitter les études médicales « souvent ou très

souvent », et 11% souhaitent changer de spécialité « souvent ou très souvent » mais les résultats n'étaient pas différents statistiquement entre les spécialités évaluées.

Au Canada, une étude réalisée auprès de médecins généralistes montre que 25 à 58% d'entre eux ont déjà envisagé d'arrêter leur carrière (Thommasen *et al.*, 2001). En 2007, dans une étude s'intéressant aux médecins libéraux franciliens, Galam met en évidence que 12,3% des médecins interrogés désirent changer de profession et que, parmi eux, 8% sont prêts à le faire dans un futur plus ou moins proche. Ces études en sont pas comparatives et ne permettent pas de dire si ce souhait de réorientation est plus important dans la population médicale que dans le reste de la population de même âge, de même sexe et vivant dans la même région. Néanmoins, plus l'épuisement professionnel est important dans ses trois composantes, moins la satisfaction des professionnels de santé au travail l'est ; il en découle un désir de reconversion professionnelle. Une association statistiquement significative entre un désir de reconversion professionnelle et un SEPS (augmentation des scores dans les trois sous dimensions : un épuisement émotionnel élevé, une déshumanisation élevée et un accomplissement bas) a également été mise en évidence. Une étude européenne menée en 2002 auprès de médecins généralistes de 16 pays membres de l'Union Européenne confirme ces résultats : 66,4% d'épuisement émotionnel chez les médecins souhaitant une reconversion vs 29,7% chez les médecins ne l'envisageant pas; 47,1% de déshumanisation chez les sujets envisageant une reconversion vs 29,2% ; 26,6% d'accomplissement personnel chez les sujets souhaitant une reconversion vs 42,3% (Soler *et al.*, 2008).

Tout comme leurs aînés, certains internes envisagent la reconversion professionnelle comme une des meilleures solutions pour faire face à leur SEPS. Dans son étude menée en 2006 auprès d'internes en médecine générale, Guinaud met en évidence une association significative entre le désir de changer d'orientation professionnelle et un score élevé dans les trois composantes de l'épuisement professionnel (scores moyen d'épuisement émotionnel de 25,6 chez les sujets souhaitant une reconversion vs 19,7; de déshumanisation de 11,6 chez les sujets envisageant une reconversion vs 10; d'accomplissement personnel de 32,6 chez les sujets souhaitant une reconversion vs 34,5).

6.2. Idées et conduites suicidaires

Il existe peu d'études sur la prévalence du suicide chez les étudiants en médecine. En 1996, une étude menée dans 101 facultés de médecine des Etats Unis a relevé 15 suicides d'étudiants en médecine entre août 1989 et mai 1994 (Hays., 1996).

Selon Le Tourneur et Komly (2011), 6,1% des internes de médecine générale ont eu des idées suicidaires au cours des 12 mois précédant l'étude. En Allemagne, 12% des internes ont présenté des idées suicidaires au moins une fois au cours de leur internat, avec une corrélation statistiquement positive entre le fait de souffrir de *burn-out* et le fait de présenter des idées suicidaires (épuisement émotionnel $r= 0,25$; $p< 0,01$; déshumanisation $r= 0,17$; $p<0,01$; accomplissement personnel $r= -0,07$; $p< 0,01$) (Van Deir Hejden., 2008). Une étude américaine menée par l'équipe de Dyrbye en 2008 montre que 11,2% des étudiants en médecine présentent des idées suicidaires et que 1,9% de ces derniers ont réalisé au moins une tentative de suicide. Ils retrouvent ainsi que la prévalence des idées suicidaires est plus élevée chez les étudiants en médecine que dans la population générale d'âge comparable (=6,9%). Selon Dyrbye (2014), 9,4% de 4402 étudiants en médecine aux Etats Unis auraient présenté des idées suicidaires au cours des 12 derniers mois. Dans cette étude, il n'existe pas de différence significative concernant l'incidence de l'idéation suicidaire entre les étudiants en médecine et les jeunes praticiens (N=880) (OR=0,77; IC95% de 0,56 à 1,06), ni entre les étudiants en médecine et les internes (N=1701) (OR=0,71; IC95% de 0,73 à 1,12). Dans une étude récente, 35,6% des 331 étudiants en médecine pakistanais rapportent avoir eu des idées suicidaires dans l'année précédente, 13,9% de l'ensemble des étudiants avaient présenté au moins une fois dans leur vie des idées suicidaires scénarisées et 4,8% avaient déjà réalisé une tentative de suicide au cours de leur vie (Osama et al., 2014). Les auteurs retrouvent une prévalence plus élevée des idées suicidaires chez les étudiants de première année.

L'étude de Allroggen (2014), menée auprès de 714 étudiants en médecine retrouve au moins un antécédent de passage à l'acte auto agressif chez 14,3% des étudiants interrogés (31,4% ont déclaré un antécédent de passage à l'acte, 40,2% en ont rapporté entre deux et quatre et 28,4% en ont signalé au moins cinq). Les femmes étaient significativement plus susceptibles que les hommes de rapporter des antécédents de passage à l'acte auto agressif (17,0% pour les femmes vs 9,9% pour les hommes; $p = 0,012$).

Beaucoup de suicides de médecins font suite à une erreur médicale. Le Docteur Eric Galam, dans son ouvrage « L'Erreur Médicale » publié en mars 2011, alerte sur le risque de suicide qui peut être associé au sentiment de détresse secondaire à une erreur médicale. Cette détresse est d'autant plus grave en cas de poursuites judiciaires (Galam., 2011)

L'analogie avec le mythe de Chiron permet de comprendre cette notion de soignant blessé. Chiron, centaure, a reçu d'Artémis et d'Apollon, l'enseignement de la Médecine, et par la connaissance des plantes, il en a reçu l'art de guérir. Mais, lors d'un combat, il est blessé par mégarde par une flèche d'Héraclès imprégnée du sang de l'Hydre de Lerne. Il tenta de se soigner mais sa blessure était incurable. Comme cette plaie lui procurait d'affreuses douleurs sans lui causer la mort (un dieu est immortel), il préféra choisir de renoncer à l'immortalité plutôt que de souffrir. Il transmet son savoir à Esculape, père de la Médecine occidentale.

6.3. Conséquences professionnelles

6.3.1. L'absentéisme

Selon la sévérité de son épuisement, l'interne ou le médecin ne peut parfois plus assurer ses obligations professionnelles. La conséquence première est l'absentéisme au travail (Wallace et *al.*, 2009). Néanmoins, l'équipe de Peterson, en 2008, constate que le SEPS est associé à davantage d'absentéisme, mais aussi à une augmentation du présentéisme, avec le double du temps de présence attendu. L'épuisement émotionnel et le présentéisme s'influencent mutuellement (Demerouti et *al.*, 2009). L'épuisement émotionnel entraîne un présentéisme inefficace, qui mène à terme à un épuisement émotionnel majoré et ne fait qu'aggraver le trouble.

6.3.2. L'altération de la qualité des soins

L'atteinte de la sphère cognitive existe dans la plupart des troubles psychiatriques et entraîne une modification dans le fonctionnement de la perception des situations, du raisonnement et de la prise de décision. Un ralentissement idéique, un pessimisme sur l'avenir (au cours d'une dépression), une accélération psychique et une augmentation de l'estime de soi (au cours d'un épisode maniaque), une altération de la perception des facteurs environnementaux et de ses propres capacités (lors d'un trouble de l'usage des substances par exemple) et la modification de la perception de l'environnement par des interprétations

excessives et inadaptées ou des phénomènes hallucinatoires ainsi que la désorganisation de la pensée (au cours des pathologies psychotiques par exemple) peuvent entraîner une mauvaise analyse des situations cliniques au cours de l'évaluation diagnostique et de la mise en place de la démarche de soins (Chocard., 2003). Il apparaît nécessaire de moduler ces propos mais il semble que, selon la nature et la sévérité de l'épisode, les capacités cognitives du médecin ou de l'interne peuvent être modifiées avec une altération de la qualité des prises en charge des patients.

Dans l'étude de West, menée aux Etats-Unis en 2009, auprès de 380 internes toutes spécialités confondues, le fait de souffrir de dépression est associé au fait de commettre des erreurs médicales (68,7% versus 43,6%, $p < 0,01$).

L'apparition d'un SEPS influence nécessairement la qualité des soins (Bellin., 2012). En effet, le SEPS se manifeste par l'apparition de symptômes physiques mais également de symptômes émotionnels et cognitifs. Pittaco, en 2009, a retrouvé une altération significative du fonctionnement cognitif chez 92 internes souffrant de SEPS. Ces internes étaient moins motivés pour apprendre, se déclaraient moins aptes à réfléchir sur des cas médicaux complexes et lisaient moins de revues médicales. Selon Galam, le *burn out* entraîne irrémédiablement une remise en question de l'identité professionnelle du médecin, qui se sent démotivé et incompetent face à ses nombreuses responsabilités (Galam., 2008). Un soignant utiliserait des stratégies de prévention pour lutter notamment contre l'épuisement émotionnel. Incapable de répondre aux sollicitations des patients, il développerait une attitude cynique vis-à-vis d'eux, ce qui définit le développement de la déshumanisation. Il s'en suit une altération de la relation médecin-malade avec une perte d'empathie et une diminution du professionnalisme.

Les auteurs retrouvent parfois l'apparition de comportements pathologiques: prescription de traitements inappropriés, erreurs médicales (Shanafelt et al., 2002 ; Canoui et Mauranges., 2006 ; Baldwin et al., 1997). Cependant, une étude américaine réalisée en 2008 chez 123 internes en pédiatrie suggère que les 76% des internes souffrant d'un SEPS (ayant des scores d'Épuisement Emotionnel et de Déshumanisation élevés selon le MBI) ne font pas plus d'erreurs que ceux qui n'en souffrent pas (Fahrenkopf et al., 2008). Ils auraient même tendance à en faire moins. Dans cette même étude, à l'inverse, 25% des internes répondant aux critères de dépression faisaient jusqu'à six fois plus d'erreurs médicales.

6.3.3. Démographie médicale

D'après le rapport de l'ARS en janvier 2015, à l'issue des choix d'inter-région et de spécialité, 330 postes sont restés vacants au plan national sur l'ensemble des 8190 postes offerts (soit 4 % du total). Aucune inter-région n'a réussi à pourvoir la totalité de ses postes. Toutefois, les postes ouverts dans les inter-régions du sud et du sud-ouest sont pourvus à 99,7% et 98% respectivement et ceux de l'inter-région Rhône-Alpes-Auvergne à 98%. Les postes restés vacants sont des postes de médecine générale, de santé publique, de médecine du travail, de biologie médicale et de psychiatrie.

Tableau 10. Nombre de postes resté vacants en France entière par spécialité pour l'année 2014/2015 (www.ars.iledefrance.sante.fr)

discipline	postes offerts	postes pourvus	écart
Spécialités Médicales	1692	1692	0
Spécialités chirurgicales	696	696	0
Gynécologie-obstétrique	214	214	0
pédiatrie	323	323	0
Anesthésie-Réanimation	435	435	0
Gynécologie Médicale	48	48	0
Psychiatrie	529	506	23
Biologie Médicale	120	112	8
Santé Publique	96	72	24
Médecine du travail	177	117	60
Médecine Générale	3860	3645	215

Une des hypothèses pouvant être évoquée à cette répartition inégale de la désertion selon les spécialités peut être l'existence d'un trouble psychiatrique ou d'un état d'épuisement professionnel préexistant chez l'étudiant en médecine qui aura tendance à choisir une spécialité lui paraissant acceptable en termes de difficultés, de charge de travail ou d'horaires. Il est évident que l'existence d'un *burn out* n'est pas la seule raison des postes laissés vacants chaque année. Cela n'est d'ailleurs pas corroboré par la sélection des spécialités, puisque santé publique, biologie, médecine du travail et psychiatrie ne sont globalement pas considérées comme des spécialités associées à une charge de travail plus importante que les spécialités de type MCO.

D'après une étude réalisée par Baude et *al.* (Médecins généralistes isérois) en 2006, chez 817 internes, les causes de la réticence à la pratique de la médecine générale sont la crainte d'une perte de qualité de vie, surtout au niveau personnel, une formation initiale insuffisamment adaptée aux spécificités de la médecine générale, et les conditions d'exercice futures avec notamment les difficultés à l'installation. Ces facteurs sont intimement liés à ceux qui sont associés à l'apparition d'un SEPS.

7. Mesures préventives concernant la santé mentale des étudiants en médecine

7.1. Mesures préventives à l'échelle individuelle

Pour garder un équilibre physique et psychique satisfaisant, le médecin en devenir doit non seulement ne pas négliger sa santé mais il devra la préserver et veiller à son équilibre, à son bien-être et à son épanouissement personnel (Wiertz., 2012).

7.1.1. Règles hygiéno-diététiques

Un état d'équilibre ne peut être atteint sans assurer les besoins physiologiques. La théorie des besoins de Maslow datant de 1943 met en valeur ces besoins fondamentaux (Figure 4). Ils représenteraient un socle, un palier indispensable et incontournable pour accéder aux autres niveaux de bien être (Wiertz., 2012). En effet, Maslow, psychologue américain, considère que les besoins d'un individu sont hiérarchisés et que la satisfaction des besoins physiologiques (boire, manger, dormir, se reproduire) doit précéder la tentative de satisfaction des autres besoins et notamment psychosociologiques (sécurité, appartenance, et reconnaissance), avant de pouvoir enfin atteindre les besoins spirituels (Réalisation de Soi).

En 1974, Freudenberger conseille dans le cadre de la prévention du *burn-out*, « *de respecter des phases de repos, d'avoir une vie régulière et saine ; des repas réguliers, équilibrés au plan nutritionnel, pris dans une ambiance propice sont nécessaires, des horaires de sommeil réguliers également* ». Selon Paillard en 2001, « *se garder du temps pour soi serait la clef de la réussite du bien-être professionnel* ». Dans l'étude menée en 2009 par Feraudet, les internes déclarent que la principale mesure adoptée pour évacuer le stress est l'activité extra-professionnelle. Cependant, dans l'étude de Le Tourneur et Komly (2011), 58,6% des internes de médecine générale interrogés estiment ne pas consacrer assez de temps aux loisirs.

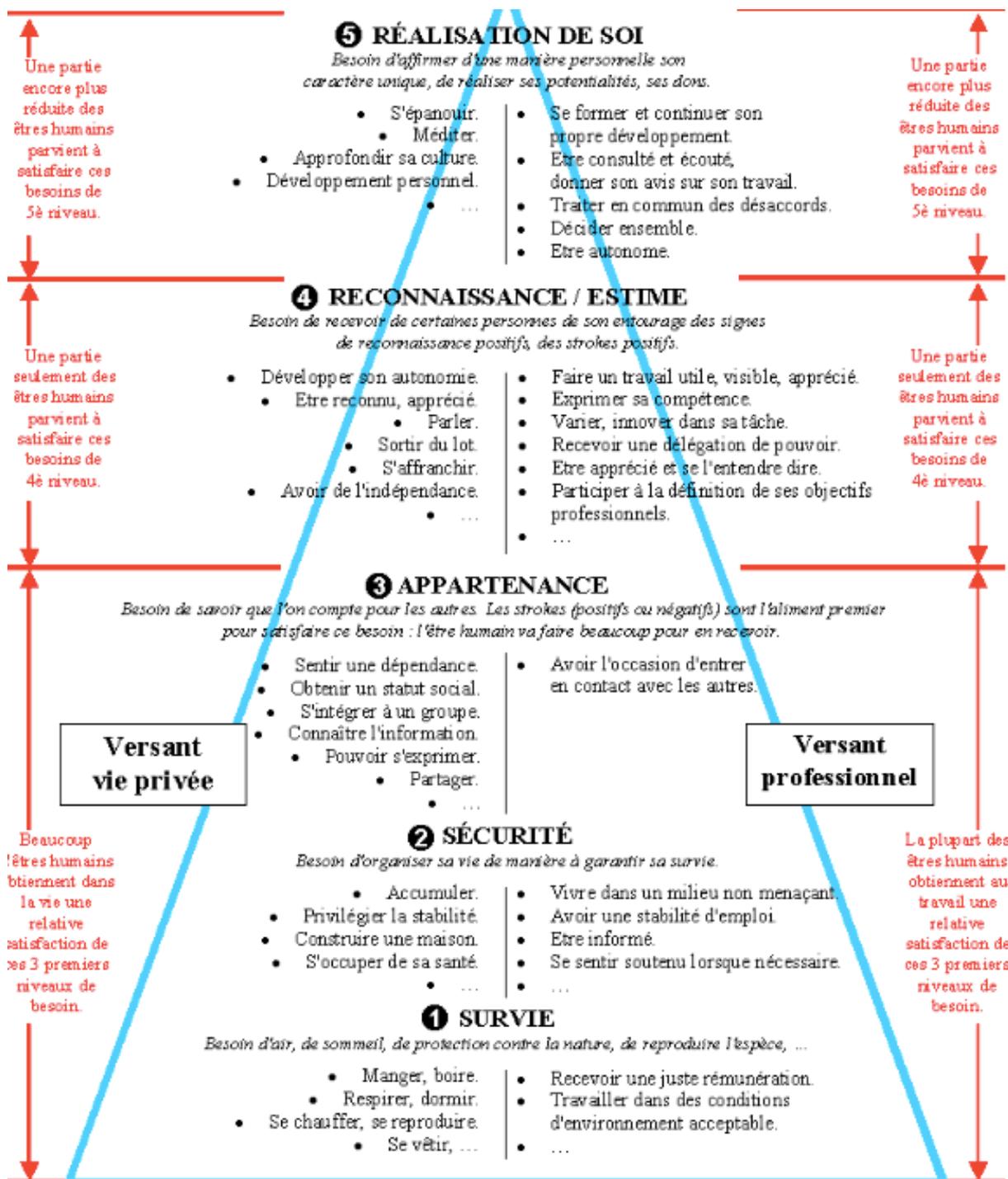


Figure 4. Echelle de Maslow (1943)

7.1.2. Promouvoir les liens familiaux et sociaux

Près des trois quarts des internes parlent avec leur famille ou avec d'autres internes pour évacuer le stress (Shanafelt, 2002). Dans l'étude de Féraudet (2009), s'entretenir avec les membres de sa famille ou avec les amis est la seconde mesure adoptée par 56% des internes pour faire face au stress après les activités de loisirs et avant l'automédication (19,5%), les vacances (18,2%) et la consultation d'un médecin spécialiste (3,1%). Une étude anglaise (Givens et Tjia, 2002) montre que les étudiants en médecine anglais interrogés préfèrent en cas de problème psychologique rechercher du soutien auprès de leur famille ou des amis plutôt qu'auprès des services mis à disposition par l'université. Dans une étude datant de 2007, Brimstone compare un groupe de 71 étudiants en médecine et un groupe de 101 étudiants en psychologie interrogés par auto-questionnaire. Les auteurs ne retrouvent pas de différence significative entre les deux groupes: ainsi plus de la moitié des étudiants de chaque groupe déclare préférer se tourner vers un proche (famille, amis) s'ils connaissent une souffrance psychologique.

7.1.3. Utiliser des techniques corporelles ou créatives

Des techniques corporelles de gestion du stress peuvent être utilisées par les étudiants en médecine. En 2012, 11% des 388 étudiants en médecine interrogés expliquent utiliser des techniques de relaxation pour faire face à leur anxiété (Afzal et *al.*, 2012). En ce qui concerne le SEPS, l'art-thérapie permet d'obtenir une diminution du score moyen de l'épuisement émotionnel (15,85 à 11,70 ; $p= 0,009$), de la déshumanisation (3,80 à 2,25 ; $p= 0,047$) et une augmentation du score moyen de l'accomplissement personnel (60,35 à 67,40 ; $p= 0,036$) (Italia et *al.*, 2008).

7.1.4. Favoriser les formations contributives à la pratique quotidienne

La formation médicale est non seulement une nécessité pour les médecins et les étudiants, mais également un devoir évoqué dans le serment d'Hippocrate et une obligation légale. Le sentiment de non performance ou d'inefficacité peut être en lien avec l'incapacité de poursuivre cette formation personnelle (Reynolds, 2009). La médecine est une science qui se perfectionne et s'enrichit perpétuellement, les publications régulières des recommandations de la Haute Autorité de Santé en sont le reflet. Il existe de nombreux congrès, formations qui permettent aux médecins de se retrouver entre praticiens spécialistes et d'échanger sur leur activité, mais également de se perfectionner dans leur pratique quotidienne en y intégrant les

connaissances qui y sont développées. Ainsi, cette formation est encouragée par les autorités au terme de la parution du décret n° 2015-225 dans le journal officiel du 26 février 2015 relatif au temps de travail des internes et rappelant un quota de journées dédiées à la formation des internes dans l'Art. R. 6153-2-3 : « *Une demi-journée de temps de formation pendant laquelle il est sous la responsabilité du coordonnateur de sa spécialité. Cette demi-journée est décomptée comme du temps de travail effectif et est comptabilisée dans les obligations de service de l'interne (et) Une demi-journée de temps personnel de consolidation de ses connaissances et compétences, que l'interne utilise de manière autonome. Cette demi-journée n'est pas décomptée comme du temps de travail effectif mais est comptabilisée dans les obligations de service de l'interne* ».

Cet encouragement est poursuivi auprès des médecins thésés avec la parution le 30 décembre 2011 au journal officiel du décret n°2011-2116 du Développement Professionnel Continu avec une aide au financement par les structures hospitalières : Art. R. 4133-1 « *Le développement professionnel continu comporte, conformément à l'article L. 4133-1, l'analyse, par les médecins, de leurs pratiques professionnelles ainsi que l'acquisition ou l'approfondissement de connaissances ou de compétences* ». « *Il constitue une obligation individuelle qui s'inscrit dans une démarche permanente* ». « *Cette obligation s'impose aux médecins inscrits au tableau de l'ordre ainsi qu'à tous les médecins mentionnés à l'article L. 4112-6* ».

7.2. Mesures préventives aux niveaux collectif et institutionnel

7.2.1. Information des étudiants sur la réalité de la profession

Selon Freudenberger (1980), « *quelqu'un qui souffre d'épuisement professionnel souffre de fatigue ou de frustration aiguë causée par sa dévotion envers une cause, un mode de vie ou une relation qui n'a pas produit la récompense attendue* ». L'objectif serait de réduire les discordances possibles entre leurs attentes souvent utopistes du métier de médecin et la réalité du terrain en évoquant les contraintes de la profession médicale (Wiertz, 2012). Cette information permettrait de sensibiliser les étudiants aux risques psychosociaux tels que l'épuisement professionnel, la dépression et le suicide (Wiertz, 2012). L'information est un moyen d'identifier les médecins en souffrance. Elle permettrait par ailleurs la lutte contre la stigmatisation du médecin malade (Bellin, 2012; Friedman, 2012; Le Tourneur, 2009 ; Reynolds, 2009).

En Belgique, les étudiants de première année peuvent bénéficier d'une présentation de la profession et de l'exercice médical qui se veut réaliste, avec en particulier une exposition des contraintes, des inconvénients et des risques spécifiques à la profession (Galam, 2007). Dans la suite du cursus, il est organisé des ateliers animés par un psychiatre évoquant des thèmes en lien avec les difficultés liées à la profession : désillusion et deuil de la toute puissance, manque de temps hors profession, peur démesurée de l'erreur médicale, acceptation de ne pas maîtriser toutes les connaissances, crainte de partager ses difficultés par peur du jugement de faiblesse, exposition à la souffrance et gestion des émotions par exemple.

Au Québec, il existe un programme de prévention intitulé «des effets secondaires de la médecine» dont les activités, destinées aux étudiants, sont de trois ordres: information, intervention et prévention (Wiertz., 2012). Il existe également en termes de prévention des présentations adressées à l'ensemble des promotions ainsi que des groupes de discussion encadrés par des psychiatres, en début de cursus et avant le début des stages hospitaliers. L'évaluation de ces programmes par l'ensemble des étudiants est très positive et les demandes d'admission sont croissantes.

Afin de délimiter clairement les responsabilités de chaque interne dans son stage, hospitalier ou ambulatoire, l'élaboration d'une fiche de poste pour chaque terrain de stage pourrait être bénéfique (Bellin., 2012). Celle-ci permettrait à chaque interne d'intégrer les droits et devoirs dans chaque service, puis de situer leur progression au cours du stage et de planifier les objectifs qui ne sont pas encore atteints. Il est ainsi important que chaque interne connaisse les limites de son travail plutôt que de s'investir de manière inadaptée dans un travail qu'il ne peut réaliser seul, au risque de développer un épuisement professionnel (Le Tourneur., 2011).

7.2.2. Favoriser la communication et l'échange

Une amélioration de la communication entre les médecins et l'équipe de travail semble contribuer à un meilleur épanouissement au travail (Sotile, 2002). La satisfaction professionnelle dépend de la possibilité d'un partage avec d'autres personnes de valeurs, de croyances, d'émotions ou d'expériences. Ainsi, Truchot explique qu'au delà du confort perçu de pouvoir partager ses difficultés et de recevoir un soutien, une écoute bienveillante ou un encouragement, le partage et la communication donnent un attrait supplémentaire à l'exercice professionnel (Truchot, 2004). Des temps et des espaces d'échanges, de concertation et de

discussions constitueraient un moyen essentiel dans le domaine de la prévention (Leriche et *al.*, 2008).

Ce temps doit être un temps de soutien. La théorie de l'auto-détermination est un champ de recherche psychologique sur la capacité de motivation des individus (Wiertz, 2012). La motivation est considérée comme au centre de la régulation biologique, cognitive et sociale des individus. Elle est vue comme une source d'énergie, une direction ou encore la persévérance que les individus mettent dans leurs actions ainsi que dans leurs intentions. Selon la théorie de l'auto-détermination, trois besoins psychologiques sont à la base de la motivation humaine : le besoin d'autonomie, le besoin de compétence et le besoin d'appartenance sociale. Lorsque ces trois besoins sont satisfaits, elle permet d'obtenir une sensation de bien-être chez l'individu. Ainsi, il est proposé quatre facteurs régulant la motivation humaine : motivation intrinsèque, motivation extrinsèque, amotivation et les conséquences qui en découlent. Un des déterminants de la motivation concerne, selon cette théorie, les interactions des collègues, que nous nommerons ici « intervenants », avec l'individu. Ces différents intervenants peuvent interagir selon deux modes différents : le contrôle ou le soutien de l'autonomie des individus (Deci et Ryan., 2008). L'intervenant qui utilise une méthode contrôlante lorsqu'il interagit avec un individu réduit les opportunités pour celui-ci de choisir lui-même ce qui serait le plus approprié d'après le contexte. Il se retrouve en position de donner des instructions pour atteindre l'objectif visé. Cette interaction ne satisfait pas le besoin d'autonomie de l'individu et peut engendrer un sentiment d'incapacité à penser par soi-même ou à faire des choix. À l'inverse, une interaction soutenant l'autonomie implique d'offrir dans certaines occasions des choix à l'individu, dans d'autres de lui laisser l'opportunité de réfléchir sur la meilleure approche possible pour atteindre l'objectif. Cela implique que les intervenants soutenant l'autonomie d'un individu aient confiance en lui et qu'ils puissent échanger par la suite avec l'individu afin de mieux lui expliquer les raisons qui mènent à certains choix plus qu'à d'autres.

En résumé, cette théorie propose qu'un environnement soutenant, dans lequel la perspective de l'individu est considérée, ses sentiments reconnus, des informations significatives et utiles fournies et des possibilités de choix offertes, favorisent le fonctionnement optimal des personnes. Certains auteurs retrouvent que le soutien à l'autonomie mène à des conséquences affectives, cognitives et comportementales positives (Fothergill et *al.*, 2004) .

La *Team Building* signifiant «la construction d'équipe» est un processus émergeant dans les années 1980 permettant de développer des valeurs collectives au sein d'une entreprise comme la cohésion, l'interdépendance ou l'implication (Wiertz., 2012). Ces facultés peuvent être cultivées et transposées dans tout groupe de travail et elles peuvent s'appliquer dans un service hospitalier. L'objectif est de renforcer la cohésion d'équipe et de créer un environnement favorable au travail. À travers des activités communes de nombreuses valeurs peuvent être mises en exergue et favorisent la gestion du stress, la cohésion et l'esprit d'équipe. Les pratiques de *team building* peuvent être classées en trois grands axes:

- la récompense
- l'intégration de nouveaux collaborateurs
- la gestion de crise inhérente aux phases d'accompagnement du changement

Nombreux sont les internes souhaitant une évaluation de mi-semestre pour les rassurer quant à leur façon de travailler et valoriser la relation séniors-internes (Bellin, 2012). Cet entretien privilégié avec son encadrement pourrait permettre de dépister des symptômes psychiatriques, voire un épuisement professionnel, chez certains individus si le médecin senior y est sensibilisé. Ainsi, il apparaît, dans plusieurs études, le souhait des internes de bénéficier d'un tutorat pendant l'internat. Dans l'étude nationale menée par Le Tourneur et Komly (2011), 70 % des internes de médecine générale interrogés apprécieraient l'attribution d'un tuteur durant leur cursus universitaire. Ces résultats viennent compléter ceux retrouvés par Merine (2010) qui décrit que 70,4 % des internes de médecine générale interrogés pensent qu'un tuteur peut aider un étudiant en situation d'épuisement professionnel. Cependant, comme le souligne Chew-Graham en 2003, certains étudiants en médecine anglais affirment avoir peur de se confier à leur tuteur en raison de leur double casquette, celle de soutien et celle d'évaluateur.

7.2.3. Encourager la participation aux groupes de soutien

Une étude réalisée en 2010, par Satterfield, auprès d'internes américains portant sur l'analyse qualitative des groupes de soutien met en évidence un fort impact positif des groupes de soutien sur leur bien-être avec un score moyen de 6,34 (7=fort impact positif ; 1=fort impact négatif). La note moyenne de satisfaction pour les étudiants participants à ces groupes de soutien est de 6,56 (7 = très satisfait).

7.2.3.1. Les groupes Balint

« *Un changement limité bien que considérable dans la personnalité du médecin* » Balint.

Balint (1896-1970), psychiatre hongrois, a été influencé par les théories de Mélanie Klein et Winnicott et propose dans son ouvrage le plus célèbre, *Le Médecin, son malade et la maladie* (1957), d'étendre les pratiques de la psychanalyse à la médecine générale. Le « groupe Balint » a été défini au Congrès International Balint à Bruxelles en 1974 : « *Groupe de médecins se réunissant régulièrement pour examiner la relation médecin-malade à travers l'exposé d'un cas. Ce travail s'appuie sur les données de la psychologie de l'inconscient. La verbalisation des problématiques extra-professionnelles n'est pas posée comme but. Ces groupes sont animés par un ou des leaders psychanalystes formés à cette méthode. Ces groupes peuvent être étendus à des personnes non-médecins ayant des responsabilités thérapeutiques* ». La fonction du groupe Balint est de comprendre les interactions relationnelles ainsi que les difficultés de la relation médecin-patient et d'utiliser cette compréhension émotionnelle à des fins thérapeutiques (Société Balint Belge). Les professionnels de santé sont invités à réfléchir sur les problèmes relationnels posés dans leur profession. Le récit peut se faire sous forme de restitution d'une situation vécue par le médecin ou d'un jeu de rôle. La parole spontanée est favorisée pour faire un compte rendu le plus fidèle possible de l'aspect émotionnel de la relation médecin-malade. La participation au groupe Balint permet au praticien de prendre du recul sur sa pratique et a montré son efficacité dans la diminution de la souffrance du médecin. (Delbrouck, 2008). En 2010, Merine note que 65,1 % des internes de médecine générale interrogés pensent que la participation à des groupes Balint peut être une aide ou un outil pour prévenir l'apparition du SEPS et selon Le Tourneur (2011), 54,9% des internes de médecine générale interrogés sont favorables à la mise en place de groupes Balint. Dans leurs travaux, Guinaud et Merine proposent la mise en place d'une initiation au groupe Balint pour tous les étudiants du deuxième cycle et une participation active au cours du troisième cycle.

7.2.3.2. Les groupes de pairs

Le groupe de pairs a été initié en France, en 1987, par la Société Française de Médecine Générale (Wiertz, 2012). Une des caractéristiques de ce groupe est l'absence de hiérarchisation afin de permettre des échanges plus spontanés et plus faciles. Ce sont des groupes de praticiens d'une même discipline exerçant dans une même zone géographique qui

se réunissent régulièrement pour partager, comparer et analyser leurs pratiques à travers des cas cliniques aléatoires. C'est une confrontation des pratiques entre pairs, ainsi qu'avec les données de la science. Les objectifs du travail sont multiples : renforcement de l'identité professionnelle, amélioration du confort de l'exercice médical, amélioration de la qualité des soins, limitation de l'isolement des praticiens. Ce groupe permet une mise en commun des connaissances professionnelles et favorise la réflexion en réseau. Cela permet une augmentation de l'estime de soi face à sa pratique quotidienne mais néglige l'aspect personnel.

Un modèle de réseau d'entraide entre les internes pourrait être le pendant des groupes de pairs pour les étudiants (Bellin, 2012). En effet, nous avons vu précédemment que le mode de tutorat pouvait parfois créer des réticences du fait de la hiérarchisation de la relation. En 2011, Le Tourneur et Komly rapportent que 30 % des internes de médecine générale apprécieraient la mise en place d'un service d'aide téléphonique. Cette mesure est d'autant plébiscitée par les internes qu'ils souffrent d'épuisement professionnel (36,4 % chez les internes avec un score élevé aux trois composantes du SEPS vs 30 % chez les internes n'ayant aucun score élevé aux trois composantes du SEPS). Parmi les internes de médecine générale interrogés par Merine (2010), 41,4 % d'entre eux demanderaient de l'aide pour eux-mêmes plus facilement s'il existait un numéro vert et anonyme.

7.2.4. Les sites internet

Les principaux sites sur la souffrance, le mal être et l'épuisement professionnel sont :

- www.souffrancedusoignant.fr (site du groupe mutualité pasteur). Ce site permet d'accéder aux articles de la littérature mais aussi de tester son niveau de *burnout*. Une enquête réalisée par le groupe en octobre 2010, auprès de 3786 médecins montre que 66% des médecins interrogés ont déclaré qu'une consultation sur le *burnout* leur serait utile (Estryn-Behar., 2010).
- www.aapml.fr (réseau d'aide aux médecins libéraux)
- www.psy.a.fr (prévention et gestion des risques psychosociaux)
- L'association pour les soignants est une association créée en 2009 à l'initiative de l'Ordre des médecins, de la CARMF, des Fédérations hospitalières et du groupe mutualité Pasteur. Les objectifs sont les suivants : Créer une base de données statistiques sur les pathologies spécifiques des soignants, définir une

politique de soins spécifique au soignant et, en particulier, former des médecins, psychiatres, addictologues pour des soignants, solliciter les ARS pour la mobilisation de lits réservés à des soignants en détresse.

Pour les sites spécifiquement dédiés aux internes en médecine, on retrouve :

- le syndicat des internes des hôpitaux de Paris qui propose une adresse mail de contact pour les internes « en cas de détresse morale ou psychique ». Cette adresse mail est strictement réservée aux situations d'urgence (sossihp@gmail.com).
- l'inter Syndicat National des Internes propose sur son site une page de contact : L'étudiant doit laisser ses coordonnées et son message afin qu'il puisse être contacté dans un second temps.

La prévention des troubles mentaux nécessite des moyens, des connaissances mais aussi une double prise de conscience : collective (doyens de faculté de médecine, directions d'établissements, pouvoirs institutionnels, organisations médicales, conseil national de l'ordre, gouvernement) mais, avant tout, elle est individuelle. Une étude menée en 2011 aux Etats-Unis, chez 141 étudiants de première année, a montré une augmentation de la compréhension et de l'information sur les troubles liés à l'usage de l'alcool chez les étudiants ayant bénéficié d'une formation interactive sur internet par comparaison avec l'utilisation d'un manuel papier. Les auteurs mettent en avant une plus grande implication et une facilité à se confier lors de l'utilisation du logiciel interactif. Cet outil permettrait de détecter plus facilement les étudiants vulnérables ou souffrants (Truncali, 2011).

7.2.5. Faciliter et favoriser la filière de soin pour les soignants

Lors d'une étude portant sur l'état de santé des médecins généralistes en Ile de France (2005), 90% ont déclaré ne pas avoir de médecin traitant. Dans une étude menée en 1999 à l'université de Kent, la majorité (96%) des médecins interrogés ont déclaré qu'ils avaient un médecin traitant; cependant, la plupart ne l'avait jamais consulté (Brimstone, 2007).

Dans deux études, menées en 2009 par Cauchard et 2011 par Thevenet, respectivement 20% et 38% des internes interrogés déclarent consulter un médecin traitant en cas de problème de santé. Parmi ces mêmes étudiants, seuls 24% des internes du Languedoc-Roussillon et 42% de ceux d'Ile-de-France ont déclaré un médecin traitant. Les raisons

invoquées sont multiples : manque de temps, crainte de non confidentialité, représentation d'une demande d'aide à un confrère comme une faiblesse ou un manque de compétence, réticence à dévoiler un état de vulnérabilité.

En 2002, Givens et Tjia estiment que seulement 22% des étudiants en médecine américains souffrant de dépression ont consulté un médecin spécialisé. Les principales oppositions à consulter un service de santé spécialisé en cas de dépression relatées par les étudiants en médecine sont: le manque de temps (48%), le manque de confidentialité (37%), la stigmatisation des services psychiatriques (30%), le coût (28%), la peur d'une intervention non désirée (26%), le fait de se sentir faible si on consulte un psychiatre (26%), la peur d'un écrit dans le dossier médical (24%), un accès difficile aux soins (22%). Certains expliquent que la concurrence entre étudiants au cours des premières années d'études puis la volonté de pouvoir prétendre à un poste au cours de l'internat ne leur permet pas de paraître « faibles » vis à vis de leurs collègues ou supérieurs, ce qui les incite à ne pas demander d'aide dans les moments de détresse psychologique. Dans une étude comparant des étudiants en médecine et en psychologie, Brimstone rapporte en 2007 que les étudiants en psychologie étaient significativement plus susceptibles de connaître les démarches à réaliser en cas de troubles psychiques, pour bénéficier des soins du centre de santé de l'université.

Reynolds et Clayton (2009) listent les « obstacles » à la démarche de soins des étudiants en médecine souffrant de dépression : « *En plus de l'information inadéquate (des étudiants) sur la dépression, l'importance de la stigmatisation (à la fois interne et externe à l'étudiant, existant au sein de la culture de la médecine) (...) la réticence de la part des étudiants à prendre un traitement, les ressources financières limitées, les inquiétudes sur la confidentialité, et les craintes de répercussions indésirables* » pour sa future carrière. Selon les auteurs, chacun de ses obstacles peut être contourné Tjia et al. (2005) décrivent qu'aux Etats Unis, les services de santé mentale destinés étudiants en médecine sont indépendants de l'école de médecine. Le traitement confidentiel et la facilité d'accès aux soins permettent de proposer jusqu'à 10 consultations individuelles par année académique. L'orientation vers des praticiens libéraux est possible si la poursuite du traitement est jugée appropriée.

En 2009, l'Université de San Diego, Californie, a mis en place un programme de prévention de la dépression et du risque suicidaire. Ce programme a été conçu pour répondre à cinq objectifs majeurs :

- caractériser la dépression et le risque suicidaire chez les étudiants et les médecins,
- éduquer les étudiants sur la dépression et le risque suicidaire et les informer sur les filières de soins disponibles afin de déstigmatiser les troubles et les traitements psychiatriques
- identifier les individus à risque en respectant le concept de confidentialité
- répondre rapidement à une nécessité de soin grâce à des intervenants spécialisés respectant la confidentialité
- mettre en place un dépistage via un questionnaire en ligne couplé à une information aux étudiants en médecine spécifique sur la dépression, le *burn-out* et le risque suicidaire.

Les étudiants et les médecins ont reçu un e-mail les invitant à consulter un site web créé par les auteurs. Ce site proposait une information sur le programme de prévention en cours, les filières de soins accessibles pour les étudiants et enfin invitait à remplir un questionnaire en ligne sous couvert de confidentialité. Le questionnaire présentait des items de dépistage de la dépression (*Patient Health Questionnaire 9*), des items évaluant le risque suicidaire, les antécédents familiaux psychiatriques, les données sociodémographiques et la possibilité de décrire des facteurs de stress personnels non répertoriés par les auteurs. Selon les réponses reçues, les étudiants étaient classés en trois groupes : à haut risque, risque modéré et bas risque de dépression et de suicide. Les sujets étaient informés de leurs résultats et, pour chaque participant, considéré à haut risque ou risque modéré, un entretien était proposé, soit via internet, soit en personne. Après évaluation, les participants étaient orientés, si nécessaire, vers les filières de soins spécialisées. Il apparaît que, seulement, 13% des étudiants et médecins conviés à ce programme de prévention ont rempli le questionnaire en ligne. Néanmoins, 27% des répondants ont été considéré à haut risque et 67% à un risque modéré de dépression et de suicide. Quarante-huit sujets ont accepté la poursuite de la prise en charge soit à distance (via internet ou par téléphone) soit en personne (Moutier et *al.*, 2012).

En 2002, une étude menée chez des étudiants en médecine de troisième année de l'Université d'Hawaï retrouvait que 59,1% des répondants à un questionnaire (échelle CED et question sur la présence d'idéation suicidaire dans la dernière semaine) étaient à risque de présenter une dépression et que près d'un tiers des étudiants avait présenté des idées auto

agressives ou suicidaires dans la dernière semaine. Les auteurs ont donc mis en place un programme de prévention ciblé sur les étudiants de deuxième année (information et éducation des encadrants, mise en place de consultations spécialisées au prix de 25\$, remise à chaque étudiant de deuxième année d'un manuel expliquant les différents stressseurs possibles au cours des études et proposant des stratégies de *coping* à mettre en place et informant sur les différentes filières de soin. L'année suivante, la prévalence de la dépression et des idées suicidaires a été évaluée chez les étudiants inscrits alors en troisième année et ayant bénéficié du programme de prévention détaillé ci-dessus. Il existait une réduction significative des risques étudiés par rapport à l'année précédente: 24% des répondants étaient à risque de présenter une dépression et 3% rapportaient des idées auto agressives ou suicidaires.

7.2.5.1. Exemple d'un programme de prévention au Tennessee

Le Programme *Wellness Vanderbilt* a été développé à l'automne 2005 dans l'Université Vanderbilt à Nashville, Tennessee. Un groupe d'étudiants intéressés ainsi que le doyen des affaires étudiantes, le Dr Scott Rodgers, ont créé le Comité de bien-être des élèves (« *Student Wellness Comittee* »). Ce comité a ensuite élaboré le modèle pour le Programme de bien-être qui a officiellement été mis en œuvre à l'automne 2006. Le programme a pour but d'aider à soulager le stress des élèves et les difficultés ultérieures en se concentrant sur trois principes fondamentaux: encadrement et conseil par l'université, le « *leadership* » étudiant, et l'épanouissement personnel via des « *wellness retreats* ». Bien que ces trois aspects du programme soient des entités indépendantes, ils se chevauchent afin d'atteindre l'objectif commun de promouvoir et d'entretenir le bien-être des étudiants en médecine.

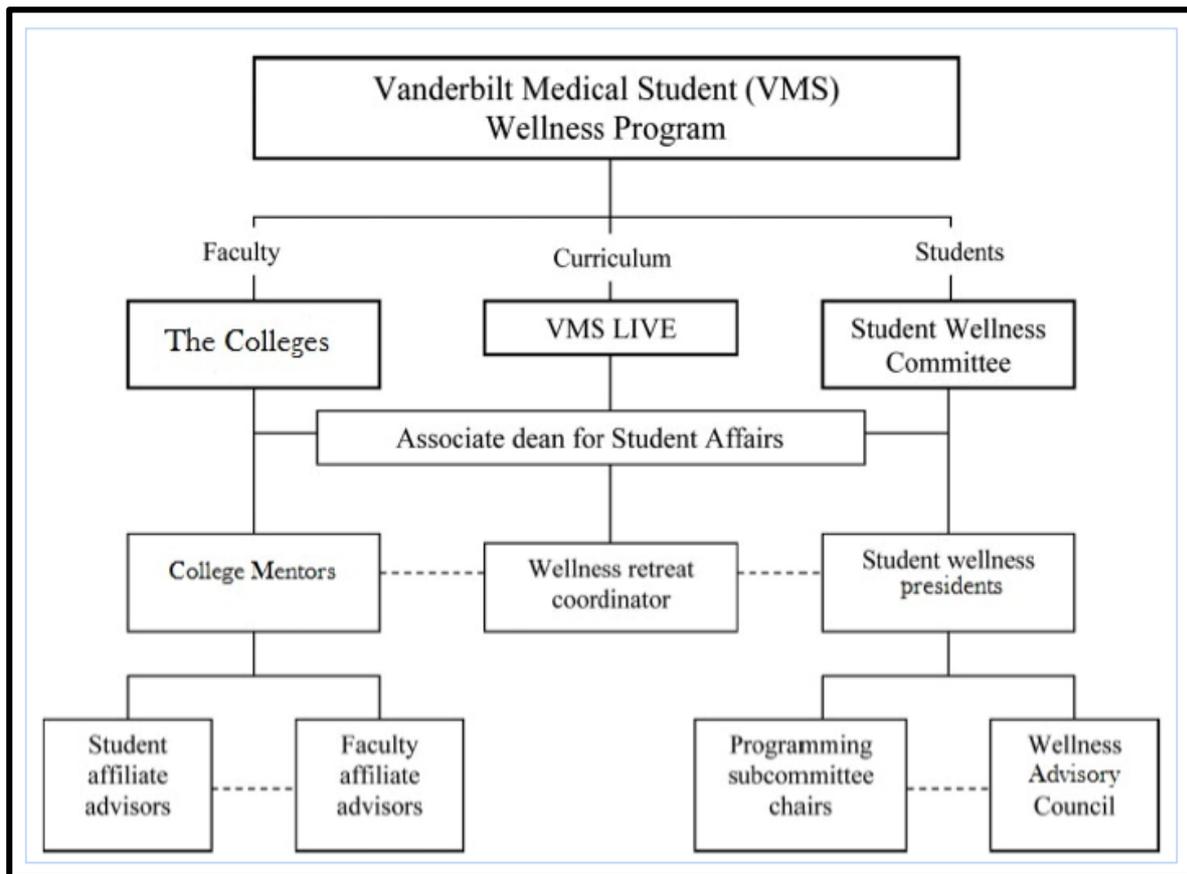


Figure 5 : Organisation du programme VMS

Au sein de l'Université, des « *College Mentors* » sont recrutés et ont une mission de « mentorat » auprès d'un groupe d'étudiants. Le « mentorat » doit permettre d'instaurer une relation de confiance entre l'étudiant et le « Mentor », afin qu'ils puissent aborder les situations de stress au cours de la formation et ainsi les prévenir. Les Mentors sont des membres du corps professoral qui sont rémunérés pour cette mission. Ils organisent des réunions de soutien avec les étudiants dont ils sont responsables et parfois des rencontres plus informelles au sein ou en dehors de l'université.

Les « *faculty affiliate advisors* » sont des membres du corps professoral qui sont impliqués bénévolement dans ce programme et qui proposent durant leur temps libre un soutien aux étudiants, et répondent à leurs questions individuellement ou en groupe.

Les « *student affiliate advisors* » ont été mis en place pour favoriser le soutien des plus jeunes étudiants par leurs aînés. Ainsi, un étudiant de 4^{ème} année se voit « chef de famille » d'un groupe d'étudiants inscrits dans le cycle pré clinique (première à quatrième années). Les « familles » sont instaurées selon les règles du parrainage entre étudiants: l'étudiant de

deuxième année parraine un nouvel étudiant de première année créant ainsi des « familles » d'étudiants entre la première et la quatrième année. Leur rôle est d'encourager et de soutenir les efforts des élèves pour leur bien être personnel ainsi que de participer aux activités mises en place au sein de l'université.

Le « *student wellness comittee* » est gouverné par des étudiants et a pour objectif de s'assurer de la communication entre les intervenants et de mettre en place des évènements étudiants afin de favoriser les échanges entre étudiants et l'accèsion à des ateliers (relaxation, art...).

Enfin les « *wellness retreats* » sont des lieux d'échanges et d'activités organisés par l'université en dehors de ses murs. Au cours de l'année, des demi-journées permettent aux étudiants d'échanger au sein de groupes de paroles et de participer à des activités sportives ou artistiques.

7.2.5.2. Les filières de soins spécifiques pour les soignants

7.2.5.2.1. Exemple Catalan

Le Programme d'Aide Intégrale pour le Médecin Malade (PAIMM) fut créé en 1998 par l'Ordre des Médecins de Barcelone, par le Département de Santé et Sécurité Sociale de Catalogne et le Service Catalan de Santé (Leriche et *al.*, 2008). Ce programme a pour but d'assister les médecins qui présentent des problèmes psychiatriques et/ou des troubles addictologiques. Le PAIMM est un programme pionnier en Europe. Il dispose de procédures collégiales (accès direct, confidentialité, utilisation des contrats thérapeutiques), d'une unité d'assistance avec des services d'hospitalisation, d'hôpital de jour et de traitement ambulatoire, spécialisés et confidentiels, spécifiques pour les professionnels de la médecine.

La philosophie du PAIMM est fondée sur le Code de Déontologie Catalan dont l'article 101 stipule que « *le médecin conscient d'être malade, de pouvoir transmettre une maladie et qui constate des difficultés pour exercer de façon pleinement efficace sa profession, doit consulter un ou plusieurs collègues pour qu'ils apprécient sa capacité professionnelle et suive les indications données* » et l'article 102 que « *le médecin informé de l'état de santé précaire d'un confrère, doit lui recommander (avec discrétion) de consulter. Ce médecin a également le devoir de communiquer cette information à l'Ordre de Médecins. La sécurité des patients doit toujours être la priorité* ». Les objectifs de ce programme sont

d'aider le plus grand nombre de médecins malades et assurer une assistance spécialisée nécessaire, afin de favoriser la réhabilitation de ces professionnels et d'assurer la sécurité des patients. La prise en charge personnalisée, la discrétion, la flexibilité dans le traitement et le support professionnel spécialisé s'adaptent aux caractéristiques de chaque patient. Ainsi, pour favoriser la confidentialité des soins, chaque prise en charge débute par l'assignation d'un faux nom. L'assistance sanitaire se réalise dans l'unité clinique du PAIMM, située dans une clinique privée dont la localisation ne se communique aux patients qu'au moment d'initier le traitement. L'unité clinique occupe une zone d'usage exclusif pour le PAIMM et s'organise en divers domaines : hospitalisation complète, hôpital de jour et traitement ambulatoire. Il est à noter que ce dispositif n'est accessible qu'aux médecins inscrits à l'Ordre ; les étudiants en médecine et les internes ne peuvent pas en bénéficier.

7.2.5.2.2. Exemple du Québec

Le Programme d'aide aux médecins du Québec (PAMQ) est un organisme autonome qui offre du soutien aux médecins en difficulté (Leriche et *al.*, 2008). Les médecins qui le désirent peuvent s'adresser en toute confidentialité au PAMQ. Ce programme, créé en 1990, est issu de la volonté de médecins de mettre à la disposition de leurs collègues de la province une aide professionnelle et discrète en cas de besoin et de mener des campagnes de prévention et de sensibilisation. Le PAMQ est un organisme sans but lucratif et autonome. Le PAMQ offre une aide dans toutes les étapes du trouble : entretien téléphonique et rencontre avec un des médecins du PAMQ; identification des problèmes et recherche de solutions; établissement d'un plan d'action, détermination des ressources appropriées et références personnalisées aux fins d'évaluation et de traitement; soutien tout au long de la démarche; réinsertion sociale et professionnelle; suivi périodique par un des médecins du PAMQ jusqu'au rétablissement. Ce programme trouve son équivalent dans chacune des provinces.

7.2.5.2.3. Projet Français

Le Professeur Pierre Carayon (gastro-entérologue à la retraite du CH de Besançon) est à l'origine d'un projet français, la création d'une structure permettant de traiter les pathologies addictives des médecins selon trois dimensions :

- Une dimension départementale concernant le Doubs
- Une dimension régionale concernant la Franche-Comté

- Une dimension nationale concernant l'ensemble des professionnels de santé de la communauté française, et éventuellement francophone, ayant des problèmes d'addiction avec création de 40 lits, destiné aux médecins et professionnels de santé pour l'ensemble de l'Hexagone.

L'ouverture des portes était prévue en 2010 mais le projet a été réévalué en raison des problèmes de confidentialité paradoxalement. En effet, toute hospitalisation à Besançon aurait signifié dépendance à l'alcool ou pathologie psychiatrique. Actuellement, il a été proposé de réaliser plusieurs structures en France afin de limiter la stigmatisation mais, par manque de financement, il reste encore au statut de projet. Selon Carayon, la création d'une structure spécifique de sevrage et post-sevrage alcoolique (et addictologique) pour les professionnels de santé est justifiée par la fréquence des addictions chez les soignants (Leriche et *al.*, 2008).

7.2.6. Une évaluation initiale et une réévaluation régulière des aptitudes mentales

La prévention de l'état de santé des médecins commence bien en amont de l'exercice de la profession. En effet, les études médicales, longues et difficiles, constituent en soi, une épreuve, et peut constituer une sélection des sujets les plus motivés et les moins vulnérables. Pourtant, même si cette hypothèse peut paraître cohérente et valable, cela ne préserve en aucun cas d'une décompensation psychiatrique ni d'un éventuel *burn out* ultérieurs (Wiertz., 2012). La première période de vulnérabilité se situe au moment du concours de première année, une deuxième période lors des premiers stages hospitaliers (externat), l'autre moment critique serait le début de la prise des fonctions d'interne et la confrontation aux responsabilités de médecin (Wiertz, 2012; Leriche et *al.*, 2008).

Certains auteurs sont favorables à une évaluation régulière des aptitudes physiques et psychiques des étudiants à l'exercice de la médecine permettant ainsi le dépistage de vulnérabilité psychique (Leriche et *al.*, 2008). A l'inverse, d'autres pensent la vulnérabilité soignante comme un atout pour la pratique médicale (Cauchard., 2009). Ainsi, Galam en 2008, lors du colloque « Vulnérabilité et souffrance du soignant » organisé par le Groupe Pasteur Mutualité, considère la vulnérabilité des soignants comme une qualité de « bon soignant » en raison du développement de l'empathie liée à leur propre expérience de la maladie, de la souffrance et se réjouit même « *cela nous rend humains et c'est plutôt une bonne nouvelle !* ». Pour Platon, père de la philosophie occidentale, « *les plus habiles des médecins seraient ceux qui (...) n'étant pas eux même d'une complexion saine auraient*

souffert de toutes les maladies » (Platon, 2008). Dans un ouvrage, publié peu avant son décès, Jung affirmait que seul un « médecin blessé » peut soigner de façon efficace et renouait ainsi avec le mythe de Chiron (Jung., 2000).

7.2.7. Sensibiliser voire former les praticiens à la prise en charge de leurs confrères

Selon l'article 56 du Code de Déontologie médicale (Art. R.4127-56 du Code de la Santé Publique) : « Les médecins se doivent assistance dans l'adversité ». Le soutien des confrères en difficulté ne consiste pas en un simple constat et encore moins en l'occultation de la situation à risque (Wiertz., 2012).

La position du médecin malade est particulièrement difficile pour les raisons déjà évoquées qui compliquent l'accès aux soins. La position du médecin consulté par un confrère ne l'est pas moins. Les risques sont importants : déni, banalisation, identification inconsciente avec des conséquences sur la qualité de la prise en charge (Chocard et *al*, 2003). Selon Friedman (2012), un des nombreux défis auxquels fait face un psychiatre est l'équilibre de la distance nécessaire à une relation d'aide appropriée. Lorsque le patient est dans le même groupe d'âge que le psychiatre et/ou lorsque le patient est médecin, cette distance peut être mise à mal du fait de phénomènes d'identification (Friedman, 2012). Ce phénomène est rapporté par Friedman dans une étude de cas présentant la prise en charge d'une interne souffrant d'un trouble psychotique connu et hospitalisée sous contrainte. Il met en exergue deux types de difficultés au cours de la prise en charge hospitalière liées au phénomène d'identification. Tout d'abord, il explique que cette identification entraîne une sous-estimation des symptômes chez la patiente. Dans un second temps, il explique le phénomène du « syndrome VIP ». Ce phénomène se traduirait par une singularisation de la prise en charge médicale du fait des connaissances médicales de la patiente. Cette exception pourrait conduire à l'incompréhension d'une partie de l'équipe soignante entraînant une stigmatisation et un isolement de la patiente. Afin de prévenir cet effet délétère pour le soin, l'auteur préconise une supervision de l'équipe médicale pour le cas qu'il relate.

Dans le Serment d'Hippocrate est fait mention de la gratuité de l'art médical et d'une solidarité corporatiste: « Je mettrai mon maître de médecine au même rang que les auteurs de mes jours, je partagerai avec lui mon savoir et, le cas échéant, je pourvoirai à ses besoins; je tiendrai ses enfants pour des frères et, s'ils désirent apprendre la médecine, je la leur

enseignerai sans salaire ni engagement ». Selon Leriche (2008), la question de l'absence d'honoraires engage le risque d'une consultation bienveillante et moins aboutie même si sympathique et chaleureuse entre deux confrères. Certains auteurs mettent en avant l'hypothèse que le non-paiement des actes entre confrères pourrait déstabiliser la relation d'aide nécessaire à une prise en charge exhaustive (Leriche., 2008 ; Wiertz., 2012).

7.2.8. Droit et devoir d'ingérence

Les médecins ont la possibilité d'alerter le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins pour l'informer de l'existence d'un confrère malade, souffrant ou en difficulté. Le droit et le devoir d'ingérence du code de la déontologie a été développé afin d'encourager le médecin à signaler les confrères souffrant d'une maladie mentale, d'une addiction et/ou d'un épuisement professionnel. Il s'agit d'un moyen de prévention essentiel qui veut permettre le diagnostic et une prise en charge précoce et adaptée du médecin malade par le fait d'un signalement confraternel (Leriche et *al.*, 2008). Cette procédure existe également dans d'autres pays, par exemple aux Etats Unis avec la possibilité de faire des signalements auprès de la « commission des licences » (Friedman, 2012).

7.2.9. La question de l'autoprescription

Les réflexions autour de l'automédication et de ses risques dans la population médicale sont nécessairement au cœur de la question de la prise en charge des médecins. Nombreux sont les auteurs qui préconisent de limiter l'accès à l'autoprescription. Dans la thèse de Gillard sur les médecins généralistes d'Ile de France (2004), parmi ceux qui suivent un traitement régulier, 60% ont recours à l'autoprescription. Vaillant (1992) affirme à propos des psychotropes que « *aucun médecin ne devrait pouvoir se rédiger seul une ordonnance pour une substance lui permettant de se sentir mieux, de dormir mieux ou de mieux travailler* ». Rosvold (2005) propose que cette pratique soit encadrée par des textes de loi et demande une législation limitative. En France, dans le rapport sur le Médecin Malade de Leriche (2008), il est évoqué que les Caisses d'Assurance Maladie pourraient décider par voie réglementaire puis conventionnelle de limiter l'auto-prescription des médecins, en cessant le remboursement de certains médicaments.

7.2.10. Créer des passerelles pour une éventuelle reconversion

Les étudiants en médecine dont les troubles psychiatriques ne peuvent permettre la poursuite de leurs études doivent pouvoir bénéficier d'un accompagnement efficace afin de réaliser un bilan de compétence et permettre une réorientation réussie dans laquelle le sujet pourra s'épanouir (Wiertz., 2012). Ils bénéficient d'un certain nombre d'équivalences en fonction du niveau d'études atteint.

Le cas des internes est particulier, l'interdiction de poursuivre sa formation en totalité est rare et dépendante de l'avis de plusieurs comités d'experts. Dans la présentation du cas d'une interne souffrant de schizophrénie hospitalisée sous contrainte lors d'une récurrence délirante (Friedman., 2012), l'auteur précise que malgré la stabilisation de sa pathologie et malgré son souhait, l'interne n'a pu reprendre ses fonctions. Il détaille ensuite le parcours à réaliser par la patiente afin de pouvoir pratiquer de nouveau la médecine. Après une période de stabilisation assez longue évaluée par son psychiatre traitant, l'interne pourra soumettre sa demande aux responsables de l'internat qui évalueront alors les courriers médicaux et les comptes rendus d'hospitalisation. Dans certains Etats américains et dans le cas de cet article au Massachusetts, il peut être demandé une expertise psychiatrique indépendante de l'interne en demande ou un programme de soins imposé afin d'évaluer son aptitude à exercer et si oui dans quelles conditions. S'il est rapporté une déstabilisation du trouble aux responsables de l'internat et des licences, l'exercice de l'interne peut être remis en question à tout moment. Selon Wiertz (2012) : « *La possibilité de la reprise d'un exercice selon des modalités particulières ou selon une reconversion doit (dans des conditions sécuritaires et acceptables) être envisagée, si ce n'est favorisée* ». Si l'exercice de la médecine apparaît impossible il semble important de mettre en place des soutiens à une réorientation pour ces étudiants « déjà âgés » (Wiertz., 2012).

Les données actuelles de la littérature présentées dans ce travail proviennent d'articles internationaux et de travaux de thèse de collègues internes. Même si les publications sont plus fréquentes depuis une dizaine d'années sur le sujet de la santé mentale des étudiants en médecine, il existe très peu d'études sur certains troubles psychiatriques comme le trouble bipolaire de l'humeur ou la schizophrénie. Toutes les études ont fait appel à des échelles d'évaluations validées par auto-questionnaires. Nous n'avons pas retrouvé d'étude dans

laquelle le diagnostic est posé dans les suites d'un entretien psychiatrique. Nous n'avons pas retrouvé d'étude observationnelle ou comparative (seulement des rapports de cas) concernant les étudiants en médecine hospitalisés dans des services de psychiatrie.

Second Chapitre : Etude personnelle

1. Objectifs de l'étude

Nous avons inclus 24 étudiants en médecine et 24 étudiants appariés de filières non médicales, ayant consulté au Service d'Evaluation de Crise et d'Orientation Psychiatrique (SECOP) du Centre Hospitalier Charles Perrens (CHCP), dans l'objectif de comparer leurs caractéristiques sociodémographiques, cliniques et thérapeutiques ainsi que leur orientation dans les suites de la consultation médicale (hospitalisation ou orientation ambulatoire). L'objectif secondaire est de comparer les données cliniques et thérapeutiques des deux groupes dans les suites de la première prise en charge au SECOP concernant les patients ayant bénéficié d'une seconde prise en charge sur le CHCP (consultation ou hospitalisation).

2. Matériel et Méthode

2.1. Type d'étude

L'étude présentée est observationnelle, de nature comparative, monocentrique, réalisée de manière rétrospective avec un recueil de données sur dossier.

2.2. Population à l'étude

La population étudiée est composée de deux groupes. Un premier groupe est constitué d'étudiants en médecine venus consulter au Service d'Evaluation de Crise et d'Orientation Psychiatrique (SECOP) sous la responsabilité du Dr Martin, Pôle PUMA dirigé par le Dr Bergey, au Centre Hospitalier Charles Perrens (CHCP) à Bordeaux, entre le 1er janvier 2012 et le 31 août 2014. Les critères d'inclusion ont été les suivants :

- études de médecine en cours lors du passage au SECOP entre le 1er janvier 2012 et le 31 août 2014
- nés après 1978. En effet, afin de faciliter le recrutement des cas nous avons sélectionné les dossiers anonymisés par un critère d'âge. Tous les dossiers anonymisés des patients de moins de 34 ans ont été étudiés manuellement pour sélectionner la plus grande majorité des étudiants.

Le recrutement des patients a été réalisé manuellement à partir de l'ensemble des dossiers anonymisés, ayant reçu la dénomination « confid », des patients ayant été reçus en consultation au SECOP entre le 1er janvier 2012 et le 31 août 2014. Cette mise en confidentialité des dossiers médicaux des étudiants en médecine est systématique au Centre hospitalier Charles Perrens depuis la mise en place du dossier patient informatisé (DPI).

Le recrutement du groupe de comparaison a été réalisé dans un deuxième temps. Pour chaque cas inclus, nous avons recherché manuellement dans l'ensemble des dossiers sélectionnés selon les appariements sur l'âge, le sexe et la période de consultation d'intérêt (+/- 6 mois de la date de consultation du cas) un étudiant hors médecine.

2.3. Données recueillies et mode de recueil

2.3.1. Mode de recueil

Les données ont été recueillies pour le groupe d'étudiants en médecine de manière rétrospective en étudiant les dossiers. Le recueil s'est fait manuellement à partir des éléments fournis dans le dossier médico-administratif du patient. L'obtention des données a été réalisée via la consultation du dossier médical informatisé (Logiciel Hopital Manager®, Société Softway) et via les données archivées au sein du service des archives de l'hôpital Charles Perrens pour certains patients ayant consulté en 2012 pour lesquels l'observation médicale n'était pas informatisée. Les données ont été recueillies de la même manière pour le groupe des étudiants d'autres filières et anonymisées. La saisie informatique de la base de données a été réalisée à l'aide du logiciel Excel® (Microsoft).

Le recueil des données a porté sur :

- les renseignements sociodémographiques
- les caractéristiques cliniques et thérapeutiques lors de la consultation au SECOP
- l'orientation à l'issue de la consultation (hospitalisation/ ambulatoire)
- le diagnostic
- le traitement de sortie
- l'existence de nouvelles consultations au SECOP, les caractéristiques cliniques dans les suites de la première prise en charge.

2.3.2. Recueil des renseignements sociodémographiques

Les renseignements sociodémographiques ont été recueillis grâce à la consultation du dossier médico-administratif du patient dans les deux groupes. L'âge, le sexe, la situation étudiante (année d'étude pour le groupe dit « médecine » et type d'études pour le groupe dit « hors médecine »), la situation familiale (marié ou en couple, séparé ou divorcé, célibataire), les conditions de logement (logement indépendant seul, logement indépendant en couple, colocation, cité universitaire, vit chez un parent, autre), l'existence de difficultés financières, l'origine géographique des étudiants (métropole, hors métropole française), ainsi que la proximité des parents ont été répertoriés. Nous avons considéré que des parents résidant à plus d'une heure de transport du lieu de vie du patient étaient catégorisés comme « éloignés géographiquement ».

2.3.3. Recueil des caractéristiques cliniques et thérapeutiques lors de la consultation au SECOP

Nous avons recherché dans le dossier de chaque patient l'existence d'antécédent psychiatrique personnel. Pour chaque étudiant présentant un antécédent psychiatrique personnel, nous avons recherché la nature de cet antécédent, l'âge de début des troubles et s'il avait existé une prise en charge pour cet antécédent. Nous avons relevé les antécédents d'hospitalisation en psychiatrie et déterminé le secteur d'hospitalisation public ou privé. Nous avons ensuite relevé pour chaque étudiant s'il avait bénéficié d'un suivi et caractérisé la nature de ce suivi : psychiatrique ou psychologique. Pour chaque patient ayant été suivi par un psychiatre, nous avons précisé s'il s'agissait d'un suivi dans le cadre d'un Centre Médico Psychologique ou d'un suivi par un praticien libéral. Nous avons également renseigné pour chaque patient suivi par un psychiatre l'observance du suivi mis en place. Un item a été créé pour la recherche d'antécédent personnel de tentative de suicide. Pour chaque étudiant ayant un antécédent de tentative de suicide, nous avons recueilli le *modus operandi*. Nous avons également évalué pour chaque étudiant la consommation de substances psychoactives.

Nous avons ensuite recherché pour chaque étudiant la présence d'antécédents psychiatriques familiaux. Pour chaque étudiant ayant des antécédents psychiatriques familiaux, nous avons détaillé le type d'antécédent psychiatrique chez les apparentés au 1er, 2ème et 3ème degrés.

Nous avons également recherché l'existence d'un traitement psychotrope en cours lors de la première consultation au SECOP pour chaque étudiant des deux groupes. Nous avons déterminé la classe thérapeutique de ce traitement (antipsychotique, antidépresseur, thymorégulateur, anxiolytique, hypnotique) pour chaque étudiant ainsi que l'observance thérapeutique au travers d'une prise régulière du traitement tel qu'il est prescrit.

Nous avons enfin détaillé les caractéristiques cliniques en lien avec la consultation médicale au SECOP. Ainsi, nous avons relevé pour chacun des étudiants des deux groupes le motif de consultation au SECOP, l'existence d'un facteur déclenchant identifié et nous l'avons alors caractérisé (stress professionnel, conflit conjugal, séparation conjugale, difficultés familiales, déménagement récent, décès d'un proche, accouchement, isolement/ éloignement familial, rupture thérapeutique, modification thérapeutique récente). Nous avons également recueilli les informations sur le ressenti négatif des patients vis à vis de leurs études, lorsqu'elles étaient disponibles. Cette information a été catégorisée en quatre items dichotomiques (surcharge de travail, peur de ne pas réussir, sentiment d'échec, déception)

2.3.4. Recueil des renseignements sur l'orientation à l'issue de la consultation, le diagnostic et le traitement de sortie

Nous avons renseigné pour chacun des patients des deux groupes l'orientation à l'issue de la consultation médicale au SECOP (prise en charge en hospitalisation ou orientation ambulatoire). Pour chaque patient hospitalisé sur le Centre Hospitalier Charles Perrens, nous avons déterminé le mode d'hospitalisation et la durée d'hospitalisation.

Nous avons ensuite répertorié pour chacun des étudiants la prescription d'un traitement psychotrope à l'issue de la première prise en charge (après la consultation médicale au SECOP si orientation ambulatoire et à la sortie d'hospitalisation si orientation en hospitalisation au Centre Hospitalier Charles Perrens). Pour chacun des étudiants ayant bénéficié de la prescription d'un traitement psychotrope, nous avons recueilli la classe thérapeutique du traitement prescrit (antipsychotiques, antidépresseurs, thymorégulateurs, anxiolytique, hypnotiques). Nous avons également répertorié pour chaque étudiant si un diagnostic avait été posé à l'issue de la première prise en charge (à l'issue de la consultation médicale au SECOP si orientation ambulatoire et diagnostic de sortie si orientation en hospitalisation au Centre Hospitalier Charles Perrens). Pour chaque patient pour lequel un diagnostic avait été posé, nous l'avons recueilli et catégorisé : trouble anxieux, trouble de

l'humeur, trouble dépressif unipolaire, trouble dépressif récurrent, trouble bipolaire, schizophrénie, trouble schizo affectif, épisode psychotique bref, trouble de l'adaptation.

2.3.5. Recueil des renseignements sur l'évolution du patient

Nous avons recherché pour chaque étudiant des deux groupes, s'il existait des consultations au SECOP ou des hospitalisations au Centre Hospitalier Charles Perrens postérieures à la première prise en charge. Pour chaque étudiant ayant été hospitalisé de manière différée au Centre Hospitalier Charles Perrens après la première prise en charge au SECOP, nous avons recueilli le mode d'entrée en hospitalisation (admission directe ou via SECOP). Nous avons recherché, pour chaque patient ayant bénéficié d'une ou plusieurs prise(s) en charge sur le centre hospitaliser Charles Perrens postérieure(s) à la prise en charge initiale l'existence de tentative(s) de suicide.

2.4. Traitement des données et analyse statistique

Les données ont été enregistrées à partir du logiciel Excel et traitées avec le logiciel STATA 10.0. Pour la description des populations, les variables quantitatives ont été exprimées en moyenne et écart type et les variables qualitatives ont été exprimées en nombre et fréquence. Pour la comparaison des deux groupes de patients, nous avons effectué des tests univariés non paramétriques. Des tests de Fisher ont été effectués pour les variables qualitatives et des tests de Wilcoxon Mann-Whitney pour les variables quantitatives.

3. Résultats

3.1. Population étudiée

Après étude des dossiers médico-administratifs des patients ayant consulté entre le 1er janvier 2012 et le 31 août 2014 au SECOP, nous avons pu identifier 27 étudiants en médecine. La recherche manuelle des témoins appariés afin de constituer le groupe de référence n'a pu être réalisée pour trois d'entre eux. Ainsi, la population totale étudiée comprend 24 étudiants en médecine et 24 étudiants hors filière médicale.

3.2. Caractéristiques socio démographiques

Tableau 1. Caractéristiques socio démographiques

	Etudiants en médecine (n=24)		Etudiants hors médecine (n=24)	
	N	%	N	%
<u>Sexe (F)</u>	14	58,3	14	58,3
Année d'étude				
L1	3	12,5		
L2	2	8,3		
L3	0	0		
M1	9	37,5		
M2	3	12,5		
M3	3	12,5		
Interne	4	16,7		
Situation familiale (n=47)				
Célibataire	17	70,8	15	62,5
en couple	7	29,2	6	25
séparé/divorcé	0	0	2	8,3
Enfants (n=47)	1	4,2	1	4,2
Mode de vie (n=47)				
Seul	13	54	7	29,2
En couple	4	16,7	2	8,2
Colocation	1	4,2	1	4,2
Cité universitaire	1	4,2	3	12,5
Domicile parental	4	16,7	8	33,3
Autre	1	4,2	1	4,2
Origine extra métropole française (n=45)	6	25	4	16,6
Proximité géographique parents (n=37)	8	33,3	9	37,5

Notre population se compose de deux groupes : un groupe d'étudiants en médecine ayant consulté au SECOP entre le 1er janvier 2012 et le 31 août 2014 et un groupe d'étudiants hors médecine. Le groupe témoin est apparié au groupe cas sur l'âge, le sexe et la date de consultation au SECOP (dans un intervalle de six mois avant et après). La population totale se compose de 58,3% de femmes (N= 28) et de 41,7% d'hommes (N=20). L'âge moyen des étudiants en médecine est de 22,6 ans (+/- 2,71 ans) et de 22,4 ans (+/- 2,86 ans) pour les autres étudiants. Les deux groupes sont bien similaires pour les caractéristiques d'appariement.

Dans la population d'étudiants en médecine, la majorité des étudiants est célibataire et moins d'un tiers sont en couple. La majorité des étudiants hors médecine est célibataire, un quart est en couple. La grande majorité des étudiants n'a pas d'enfant. Un peu plus de la moitié des étudiants en médecine vivent seuls dans un logement indépendant, 16,7% vivent en couple et 16,7% vivent chez un parent. Un tiers des étudiants hors médecine vit chez un parent, un peu moins d'un tiers vivent seuls et 12,5% (N= 3) vit en cité universitaire.

On note qu'un quart des étudiants en médecine n'est pas originaire de la métropole et que plus d'un tiers a des parents géographiquement éloignés. Chez les étudiants hors médecine, 16,6% ne sont pas originaire de métropole et un peu plus d'un tiers a des parents géographiquement éloignés. La majorité des étudiants décrit un réseau social satisfaisant (91,7%).

On remarque que seulement 12,5% des étudiants des deux groupes rapportent des difficultés financières néanmoins cette information n'a pu être recueillie pour 70,8% des étudiants en médecine (N=17) et 79,2% (N= 19) des autres étudiants, aucune information n'ayant pu être retrouvée dans les dossiers étudiés.

3.3. Caractéristiques Cliniques et thérapeutiques du premier passage au SECOP

3.3.1. Antécédents psychiatriques personnels et familiaux

Tableau 2. Antécédents psychiatriques personnels

	Etudiants en médecine (n=24)		Etudiants hors médecine (n=24)		Tests univariés
	N	%	N	%	p
Antécédent psychiatrique personnel (n=46)	21	87,5	13	54,2	0,012
Trouble anxieux	3	14,3	4	30,8	
Trouble de l'humeur non spécifié	5	23,8	0	0	
Episode dépressif unipolaire	4	19	1	7,7	
EDM avec caractéristiques psychotiques	0	0	1	7,7	
Trouble dépressif récurrent	1	4,8	0	0	
Trouble bipolaire	3	14,3	2	15,4	
Episode psychotique bref	1	4,8	0	0	
Pas de diagnostic	4	19	3	23	
Age de début des troubles (m, ET) (ans)	18,8	4,9	20,7	4,1	p=0,26 z= -1,118
Antécédent de prise en charge (n=34)	16	76,2	11	84,6	
Antécédent d'hospitalisation (n=28)	6	35,3	6	54,5	
Antécédent de suivi psychiatrique (n=28)	15	88,2	5	63,6	0,5
psychiatre libéral (n=18)	6	42,9	3	33,3	
psychiatre CMP (n=18)	7	50	2	50	
Observance du suivi (n=22)	10	66,7	5	71,4	
Antécédent de tentative de suicide	7	29,2	4	16,7	0,24

Parmi les 24 étudiants en médecine de notre groupe de cas, 21 étudiants soit 87,5% présentent un antécédent psychiatrique personnel. Parmi les 24 étudiants hors filière médicale, il apparaît que 54,2% (N=13) des étudiants ont un antécédent psychiatrique personnel. Les étudiants en médecine présentent significativement plus d'antécédent psychiatrique personnel que les autres. Dans la population d'étudiants en médecine, on retrouve majoritairement un diagnostic posé avant la consultation au SECOP de trouble de l'humeur sans précision à hauteur de 23,8% alors qu'aucun étudiant du groupe témoin ne présentait ce diagnostic. Les diagnostics d'épisode dépressif unipolaire et de trouble bipolaire sont retrouvés respectivement à 19% et 14,3% chez les étudiants en médecine. Il semble donc que les antécédents psychiatriques personnels des étudiants en médecine sont majoritairement des épisodes thymiques. Dans le groupe d'étudiant hors médecine, le diagnostic majoritairement posé avant la consultation au SECOP est un diagnostic de trouble anxieux (30,8%). L'âge de début des troubles ne présente pas de différence statistiquement significative. On note que plus des trois quarts des étudiants des deux groupes ont bénéficié d'une prise en charge pour cet antécédent.

Un tiers des étudiants en médecine et plus de la moitié des étudiants hors médecine ont un antécédent d'hospitalisation en psychiatrie. La moitié des étudiants des deux groupes ont bénéficié d'un suivi psychiatrique et consultait dans un centre médico-psychologique. On note que sept étudiants en médecine et quatre étudiants hors médecine ont au moins un antécédent de tentative de suicide. Il n'existe pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes pour cet item. Les moyens létaux les plus utilisés lors des passages à l'acte auto-agressifs sont l'intoxication médicamenteuse volontaire, la phlébotomie et la pendaison dans les deux groupes. On remarque que dans le groupe d'étudiants en médecine, quatre étudiants ont plus d'un antécédent de tentative de suicide : ainsi, trois étudiants ont trois antécédents de passage à l'acte autoagressif et un étudiant a cinq antécédents de passage à l'acte autoagressif.

Concernant l'évaluation de la consommation de toxiques, il apparaît que pour la majorité des étudiants en médecine (62,5%; n=15) et pour 25% (n=6) des étudiants hors médecine cette donnée n'a pu être retrouvée dans les dossiers médicaux. Dans le groupe d'étudiants en médecine, on note que 10,5% (n=2) sont consommateurs de THC, 21% (n=4) sont consommateurs d'alcool. Dans l'autre groupe, on note que 30,8% (n=4) sont consommateurs de THC et que 30,8% (n=4) sont consommateurs d'alcool.

Tableau 3. Antécédents psychiatriques familiaux

	Etudiants en médecine (n=24)		Etudiants hors médecine (n=24)		Tests univariés
	N	%	N	%	p
<u>Antécédent psy familiaux (n=35)</u>	16	66,7	10	41,6	0,049
<u>Antécédent psy familiaux 1er degré (n=35)</u>	13	59,1	7	41,2	
Dépendance aux substances	3	15,8	1	7,1	
Trouble dépressif	5	26,3	0	0	
Trouble bipolaire	2	10,5	1	7,1	
Trouble anxieux	0	0	1	7,1	
Trouble psychotique	2	10,5	2	14,5	
Suicide	0	0	1	7,1	
Tentative de suicide	0	0	1	7,1	
TDAH	1	5,3	0	0	
<u>Antécédent psy familiaux 2^{ème} degré (n=35)</u>	7	31,8	5	29,4	
Trouble dépressif	0	0	1	8,3	
Trouble bipolaire	4	30,8	2	16,8	
Trouble anxieux	3	23,1	1	8,3	
Suicide	0	0	1	8,3	
<u>Antécédent psy familiaux 3^{ème} degré (n=35)</u>	1	4,5	1	6	

Deux tiers des étudiants en médecine ont des antécédents psychiatriques familiaux contre 41,6% (N=10) des autres étudiants. L'étude des dossiers médicaux n'a pas permis de répondre à cet item pour 25% (n=6) des étudiants. Les tests de comparaison statistiques permettent de montrer que les étudiants en médecine présentent significativement plus d'antécédents psychiatriques familiaux que les étudiants hors médecine.

Plus de la moitié des étudiants en médecine présente au moins un antécédent familial psychiatrique au premier degré, avec plus d'un tiers d'entre eux qui présente au moins un antécédent familial de trouble thymique au premier degré : plus d'un quart des étudiants présente au moins un antécédent familial de trouble dépressif et pour 10% d'entre eux un antécédent de trouble bipolaire. Moins de 10% des autres étudiants présentent un antécédent familial de trouble thymique au premier degré.

Plus d'un quart des étudiants en médecine présente un antécédent psychiatrique familial au deuxième degré avec pour un tiers de ces étudiants, un antécédent de trouble bipolaire et pour plus d'un cinquième un antécédent de trouble anxieux. On note pour moins d'un tiers de l'autre groupe un antécédent familial psychiatrique au deuxième degré avec deux fois plus de trouble bipolaire que de trouble anxieux.

3.3.2. Traitement en cours avant consultation au SECOP

Tableau 4. Traitements psychotropes en cours avant consultation au SECOP

	Etudiants en médecine (n=24)		Etudiants hors médecine (n=24)		Tests univariés
	N	%	N	%	p
Traitement avant consultation	14	58,3	7	29,2	0,04
Antipsychotique (n=21)	3	21,4	1	14,3	0,59
Antidépresseur (n=21)	7	50	3	42,9	0,56
Thymorégulateur (n=21)	3	21,4	2	28,6	0,56
Anxiolytiques (n=21)	6	42,9	3	42,9	0,68
Hypnotique (n=21)	0	0	1	14,3	0,33
Observance traitement (n=20)	9	42,8	7	100	0,14

On note que plus de la moitié des étudiants en médecine et moins d'un tiers des autres étudiants bénéficiaient d'un traitement psychotrope en cours lors de la consultation au SECOP. Les résultats entre les deux groupes sont significativement différents. Les classes médicamenteuses retrouvées dans près de la moitié des ordonnances des deux groupes sont les antidépresseurs et les anxiolytiques. Il n'existe pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes pour l'ensemble des classes de psychotropes.

Dans le groupe d'étudiants en médecine, moins de la moitié des étudiants avait une observance satisfaisante du traitement qui leur avait été prescrit. En revanche, il apparaît que l'ensemble des étudiants hors médecine était observant de leur traitement. Il n'existe pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes concernant l'observance thérapeutique avant la consultation au SECOP.

3.3.3. Caractéristiques clinique de la consultation médicale au SECOP

Tableau 5. Caractéristiques cliniques de la consultation médicale au SECOP : Motif de consultation

	Etudiants en médecine (n=24)		Etudiants hors médecine (n=24)	
	N	%	N	%
<u>Motif de consultation</u>				
Idées suicidaires	7	29,2	2	8,3
Intoxication médicamenteuse volontaire	3	12,5	5	20,8
Phlébotomie	1	4,2	1	4,2
Pendaison	0	0	1	4,2
Anxiété	2	8,3	3	12,5
Idées délirantes	3	12,5	4	16,6
Tristesse	4	16,6	0	0

Nous remarquons que près d'un tiers des étudiants en médecine ont consulté au SECOP devant la présence d'idées suicidaires. Moins de 10% des étudiants témoins présentaient ce symptôme. Cependant, les étudiants ayant consulté dans les suites d'une tentative de suicide représentent près d'un tiers des étudiants hors médecine et moins de un cinquième des étudiants en médecine. On note que 16% des étudiants en médecine ont consulté devant un état de tristesse.

Tableau 6 : Caractéristiques cliniques de la consultation médicale au SECOP : facteur déclenchant et ressenti par rapport aux études

	Etudiants en médecine (n=24)		Etudiants hors médecine (n=24)		Tests univariés p
	N	%	N	%	
<u>Facteur déclenchant identifié</u> <u>(N=48)</u>	22	91,7	17	70,8	0,068
<u>Stress professionnel</u>	9	40,9	10	58,8	
Surcharge de travail (n=9)	7	77,8	5	50	
Approche des examens (n=9)	2	22,2	2	20	
Difficultés en stage (n=9)	1	11,1	2	20	
<u>Séparation conjugale</u>	7	31,8	3	17,7	
<u>Difficultés familiales</u>	4	18,2	2	11,8	
<u>Isolement/ famille</u>	3	13,6	5	29,4	
<u>Rupture thérapeutique</u>	3	13,6	0	0	
<u>Ressenti/ études (N=48)</u>					
<u>Surcharge de travail</u>	9	39,1	2	8,4	
<u>Peur de ne pas réussir</u>	1	4,3	2	8,4	
<u>Sentiment d'échec</u>	1	4,3	1	4	
<u>Non renseigné</u>	12	52,2	17	70,8	

Nous remarquons que dans près de 92% des consultations des étudiants en médecine, un facteur déclenchant a pu être identifié alors que pour les étudiants témoins ce résultat n'est que de 71%. La comparaison statistique de ces résultats ne retrouve pas de différence significative mais on peut déceler une tendance statistique.

Le stress professionnel concerne les deux groupes étudiés comme le facteur déclenchant majoritairement identifié. Ainsi plus des trois quarts des étudiants en médecine et la moitié des autres étudiants évoquent une surcharge de travail à l'origine de leur trouble. L'approche des examens est identifiée pour 20% des étudiants des deux groupes. La séparation conjugale est le deuxième facteur causal majoritairement identifié dans le groupe des étudiants en médecine, pour un tiers d'entre eux. Les difficultés au sein de la sphère familiale sont retrouvées pour près de 20% des étudiants en médecine. On note que l'isolement dû à l'éloignement familial est un facteur causal identifié pour près d'un tiers des étudiants hors médecine et pour seulement moins de 15% des étudiants en médecine.

La recherche de l'item « ressenti par rapport aux études » n'a pu être réalisée pour plus de la moitié des étudiants en médecine et pour plus de 70% des autres étudiants malgré l'étude des dossiers médicaux. On remarque néanmoins que le sentiment de surcharge de travail est évoqué pour plus d'un tiers des étudiants en médecine.

3.4. Orientation à l'issue de la consultation, diagnostic et le traitement de sortie

Tableau 7. Orientation à la suite de la consultation médicale au SECOP

	Etudiants en médecine (n=24)		Etudiants hors médecine (n=24)		Tests univariés
	N	%	N	%	p
<u>Hospitalisation (N=48)</u>	12	50	14	58,3	0,38
Service universitaire (n=26)	11	91,7	4	30,8	
Soins sous contrainte (n=26)	5	41,7	2	14,3	0,13
Durée moyenne d'hospitalisation (jours)	28,5 (ET 23,8)		22,4 (ET 16,2)		0,33 (z 0,95)

L'évaluation effectuée lors de la consultation au SECOP a abouti à une indication d'hospitalisation pour la moitié des étudiants en médecine et pour près de 60% des étudiants autres sans différence significative entre les deux groupes. Près de 92% des étudiants en médecine hospitalisés ont été pris en charge dans un service universitaire contre moins d'un tiers des étudiants autres. Plus de 40% des hospitalisations des patients étudiants en médecine et seulement moins de 15% des étudiants hors médecine ont été hospitalisés après mise en place d'une mesure de contrainte. L'ensemble de ces étudiants a été hospitalisé après mise en place d'une mesure de Soins Psychiatrique à la Demande d'un tiers. Les durées moyennes d'hospitalisation sont inférieures à un mois dans les deux groupes.

Tableau 8. Traitement et diagnostic de sortie après première prise en charge

	Etudiants en médecine (n=24)		Etudiants hors médecine (n=24)		Tests univariés
	N	%	N	%	p
<u>Traitement de sortie</u> <u>(n=48)</u>	17	70,8	11	45,8	0,22
Antipsychotiques (N=32)	9	52,9	5	33,3	0,1
Antidépresseurs (N=32)	4	23,5	4	26,7	0,073
Thymorégulateurs (N=32)	9	52,9	4	26,7	0,047
Anxiolytiques (N=32)	12	70,6	10	66,7	0,042
ECT (N=32)	1	5,9	0	0	
<u>Diagnostic de sortie</u> <u>(n=48)</u>	16	66,7	23	95,8	
Trouble anxieux	1	4,2	2	8,4	
Trouble dépressif majeur	0	0	7	29,2	
Trouble bipolaire	12	50	5	20,1	
Schizophrénie	1	4,2	2	8,4	
Trouble schizo-affectif	1	4,2	1	4,2	

Une grande majorité, plus de 70% des étudiants en médecine et moins de la moitié des autres étudiants ont bénéficié d'une prescription de psychotropes à la fin de la première prise en charge (après la consultation au SECOP si il n'y a pas eu d'indication d'hospitalisation et prescription de sortie si il y a eu hospitalisation), sans différence significative entre les 2 groupes. Dans plus de 15% des cas, les patients ont bénéficié d'une hospitalisation hors CHCP et dans le cadre de notre protocole il apparaissait impossible de recueillir ces informations sans lever l'anonymat des patients. Ces données ont donc été recueillies comme « non renseignées » dans nos analyses statistiques.

Plus de la moitié des étudiants en médecine ont reçu un antipsychotique alors que seulement un tiers des témoins ont reçu cette prescription. On note qu'il existe autant de prescription d'antidépresseurs dans les deux groupes étudiés. Plus de la moitié des étudiants en médecine ont reçu une prescription de thymorégulateur. Ce résultat est plus de deux fois supérieur à la prescription de thymorégulateur dans le groupe d'étudiants hors médecine. La comparaison statistique met en exergue une différence significative entre les deux groupes.

Plus des trois quarts des étudiants en médecine ont reçu un anxiolytique à la fin de la première prise en charge contre 67% de l'autre groupe. Les tests statistiques montrent une différence significative entre les deux groupes. Pour plus de 90% des étudiants hors médecine, un diagnostic psychiatrique a été posé à l'issue de la première prise en charge. Cet item n'a pu être renseigné que pour 66% des étudiants en médecine. Ces patients sont des étudiants pour lesquels aucune indication d'hospitalisation n'a été posée à l'issue de la consultation au SECOP. Les dossiers ne concluaient à aucun diagnostic dans l'observation médicale. On note que la moitié des étudiants en médecine a reçu un diagnostic de trouble bipolaire alors que ce diagnostic n'a été retenu que pour 20% des autres étudiants. Près d'un tiers des étudiants hors médecine a reçu un diagnostic d'épisode dépressif majeur alors qu'aucun des étudiants en médecine n'a reçu ce diagnostic.

3.5. Caractéristiques Cliniques et thérapeutiques après la première prise en charge au SECOP

Tableau 9. Caractéristiques cliniques après la 1ère prise en charge au SECOP

	Etudiants en médecine (n=24)		Etudiants hors médecine (n=24)		Tests univariés p
	N	%	N	%	
<u>Consultation SECOP (N=48)</u>	7	29,2	6	25	0,5
<u>Tentative de suicide (N=17)</u>	3	27,3	3	50	0,33
<u>Hospitalisation (N=17)</u>	9	81,8	1	16,7	0,018
Admission directe (N=10)	8	88,8	0	0	
<u>Suivi après 1^{ère} prise en charge (N=17)</u>	11	100	5	83,3	0,35

On note que près de 30% des étudiants en médecine et un quart des étudiants autres ont effectué au moins un nouveau passage au SECOP après la première prise en charge (consultation SECOP si prise en charge ambulatoire ou hospitalisation). Les tests statistiques ne retrouvent pas de différence significative entre les deux groupes pour cet item. Un peu plus d'un quart des étudiants en médecine mais la moitié des étudiants autres ayant bénéficié d'une prise en charge secondaire sur l'hôpital Charles Perrens ont fait au moins une nouvelle tentative de suicide après la première prise en charge.

Plus de 80% des étudiants qui ont bénéficié d'une prise en charge secondaire sur le Centre Hospitalier Charles Perrens (nouvelle consultation au SECOP ou suivi par un médecin hospitalier de l'hôpital Charles Perrens) ont bénéficié d'au moins une nouvelle hospitalisation après la première prise en charge. Seulement un étudiant hors médecine a été hospitalisé secondairement. Les tests statistiques retrouvent une différence significative entre les deux groupes pour cet item.

Près de 90% des étudiants en médecine ayant été hospitalisé secondairement ont pu bénéficier au moins une fois d'une admission directe. L'ensemble des étudiants en médecine et plus de 80% des étudiants autres pris en charge secondairement sur le Centre hospitalier Charles Perrens ont bénéficié d'un suivi psychiatrique (libéral ou CMP) à l'issue de leur première prise en charge. On ne retrouve pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes.

4. Discussion

4.1. Rappel des principaux résultats de notre étude

4.1.1. Caractéristiques sociodémographiques

Nous avons inclus 48 étudiants répartis en deux groupes d'effectif équivalent. Un groupe de cas composé d'étudiants en médecine et un groupe témoin d'étudiants hors médecine appariés sur l'âge, le sexe et la date de consultation au SECOP. Dans notre groupe d'intérêt, l'âge moyen est de 22,6 ans (ET 2,71 ans), avec une répartition majoritairement féminine. Plus des deux tiers des étudiants sont célibataire. Un peu plus de la moitié des étudiants en médecine vivent seuls dans un logement indépendant. On note qu'un quart des étudiants en médecine ne sont pas originaires de la métropole et que plus d'un tiers ont des parents géographiquement éloignés. La plupart des étudiants décrivent un réseau social satisfaisant.

4.1.2. Caractéristiques cliniques et thérapeutiques lors du premier passage au SECOP

Les étudiants en médecine présentent significativement plus d'antécédent psychiatrique personnel que les étudiants du groupe comparatif. On retrouve majoritairement un diagnostic posé avant la consultation au SECOP de trouble de l'humeur sans précision, d'épisode dépressif unipolaire et de trouble bipolaire. Dans le groupe témoin, le diagnostic majoritairement posé avant la consultation au SECOP est un diagnostic de trouble anxieux. L'âge de début des troubles ne présente pas de différence statistiquement significative. On note que plus des trois quarts des étudiants des deux groupes ont bénéficié d'une prise en charge pour cet antécédent. Un tiers des étudiants en médecine et plus de la moitié des étudiants témoins ont un antécédent d'hospitalisation en psychiatrie. Il n'existe pas de

différence statistiquement significative entre les deux groupes concernant les antécédents de tentative de suicide.

Les étudiants en médecine présentent significativement plus d'antécédents psychiatriques familiaux que les étudiants d'autres filières. Plus de la moitié des étudiants en médecine présente au moins un antécédent familial psychiatrique au premier degré, avec plus d'un tiers d'entre eux présentant au moins un antécédent familial de trouble thymique au premier degré. Moins d'un étudiant d'une autre filière sur dix présente un antécédent familial de trouble thymique au premier degré.

On note que plus de la moitié des étudiants en médecine et moins d'un tiers des autres étudiants bénéficiaient d'un traitement psychotrope en cours lors de la consultation au SECOP, ce qui est significativement différent. Moins de la moitié des étudiants en médecine avait une observance satisfaisante du traitement qui leur avait été prescrit alors que l'ensemble des étudiants témoins étaient observants. Néanmoins, il n'existe pas de différence significative entre les deux groupes. Nous remarquons que près d'un tiers des étudiants en médecine et seulement 8,3% des témoins ont consulté au SECOP devant la présence d'idées suicidaires. Cependant, les étudiants ayant consulté dans les suites d'une tentative de suicide représentent près d'un tiers des étudiants témoins et moins d'un cinquième des étudiants en médecine.

Un facteur de stress est présent la plupart du temps. La comparaison statistique des résultats ne retrouve pas de différence significative entre les deux groupes concernant l'identification d'un facteur déclenchant mais on peut déceler une tendance statistique, un facteur déclenchant étant plus souvent retrouvé chez les étudiants en médecine. Le stress professionnel est le facteur déclenchant le plus souvent identifié dans les deux groupes. On note que l'isolement dû à l'éloignement familial est un facteur causal identifié pour près d'un tiers des étudiants témoins et pour seulement un peu plus d'un étudiant en médecine sur dix. On remarque que le sentiment de surcharge de travail est évoqué pour plus d'un tiers des étudiants en médecine.

4.1.3. Orientation à l'issue de la consultation, diagnostic et le traitement de sortie

L'évaluation clinique au SECOP a abouti à une indication d'hospitalisation pour la moitié des étudiants en médecine, sans différence significative entre les deux groupes. La plupart des étudiants en médecine et moins d'un tiers des étudiants autres ont été pris en

charge dans un service universitaire. Les durées moyennes d'hospitalisation sont inférieures à un mois dans les deux groupes. Près des trois quarts des étudiants en médecine et de la moitié des étudiants autres ont bénéficié d'une prescription de psychotropes à la fin de la première prise en charge (après la consultation au SECOP s'il n'y a pas eu d'indication d'hospitalisation et prescription de sortie s'il y a eu hospitalisation), sans différence significative entre les deux groupes. Les prescriptions d'antipsychotiques et d'antidépresseur ne présentent pas de différence significative entre les deux groupes. La comparaison statistique de prescription de thymorégulateur met en exergue une différence significative entre les deux groupes avec plus de la moitié des étudiants en médecine et un quart des étudiants autres. De même, on retrouve une différence significative concernant la prescription d'anxiolytique qui concerne un peu plus fréquemment les étudiants en médecine et plus des deux tiers des deux groupes. Pour la plupart des étudiants autres et deux tiers des étudiants en médecine, un diagnostic psychiatrique a été posé à l'issue de la première prise en charge. On note que la moitié des étudiants en médecine ont reçu un diagnostic de trouble bipolaire alors que ce diagnostic n'a été retenu que pour un cinquième des étudiants hors filière médicale. Près d'un tiers des étudiants autres ont reçu un diagnostic d'épisode dépressif majeur alors qu'aucun des étudiants en médecine n'a reçu ce diagnostic.

4.1.4. Caractéristiques Cliniques et thérapeutiques après la première prise en charge au SECOP

Les tests statistiques ne retrouvent pas de différence significative entre les deux groupes concernant les étudiants ayant bénéficié d'une prise en charge secondaire sur le Centre Hospitalier Charles Perrens pour un nouveau passage au SECOP (environ un quart des patients) ou pour une nouvelle tentative de suicide (un quart des étudiants en médecine et la moitié des étudiants autres). Nous retrouvons une différence significative entre les deux groupes concernant le bénéfice d'au moins une nouvelle hospitalisation sur le CHCP (quatre cinquième des étudiants en médecine contre moins d'un cinquième des étudiants autres).

4.2. Intérêt et limites méthodologiques

Nos recherches dans la littérature actuelle n'ont pas permis de retrouver d'étude s'intéressant à un groupe d'étudiants en médecine consultant dans une structure de soins psychiatrique (et donc inclus dans une démarche de soins). Les seules études disponibles étudiant des données cliniques sur des patients souffrant d'un trouble psychiatrique dans la

population spécifique des étudiants en médecine sont des rapports de cas (Crammer., 1978; Friedman., 2012). La grande majorité des études présentées dans la littérature sont des études observationnelles évaluant la prévalence d'un trouble psychiatrique ou d'un symptôme au sein d'une population d'étudiants en médecine volontaires. De plus, l'évaluation des troubles psychiatriques et du SEPS est effectuée dans toutes les études à l'aide d'auto-questionnaire et n'incluant donc aucune évaluation clinique par un psychiatre.

Une des limites principales de notre étude est la taille de notre échantillon. Seulement 24 patients en médecine et 24 étudiants hors médecine appariés ont pu être inclus, ce qui limite la puissance statistique et les analyses possibles. Une autre limite tient également au recrutement unicentrique de patients, qui introduit un biais de sélection qui ne nous permet pas d'extrapoler nos résultats. Il existe également une limite inhérente à la méthodologie, le recueil se faisant exclusivement sur dossier médico-administratif. Nous n'avons pas rencontré ces étudiants dans un but de recherche et, dans le contexte de l'urgence, ils n'ont pas bénéficié d'entretiens à l'aide d'outils de mesure systématiques et validés. De plus, un nombre non négligeable de données se sont avérées manquantes ce qui introduit un biais de mesure dans notre étude.

4.3. Interprétation des résultats

La population des deux groupes de notre étude est comparable au niveau des données sociodémographiques puisqu'appariées sur l'âge et le sexe. Les étudiants en médecine présentent plus d'antécédents psychiatriques personnels et familiaux que les autres étudiants. Ces résultats peuvent être mis en parallèle avec la fréquence importante de troubles thymiques dans cette population et avec les données de la littérature décrivant les antécédents psychiatriques personnels et familiaux comme facteurs de risque d'apparition d'un trouble psychiatrique. Ainsi, Mehanna (2006) retrouve que plus des deux tiers des étudiants en écoles de médecine ou de pharmacie et présentant des scores de dépression élevés avaient un antécédent personnel psychiatrique et que la moitié avaient un antécédent familial psychiatrique. Néanmoins, cette comparaison doit rester prudente les populations des études n'étant pas comparables avec celle de notre étude. En effet, les étudiants en médecine inclus dans notre étude sont des patients venant consulter dans un service d'évaluation de crise donc déjà inscrits dans une démarche de soins psychiatrique et sans doute plus enclins à avoir bénéficié d'une prise en charge antérieure (un tiers des étudiants en médecine et la moitié des autres ont déjà bénéficié d'une hospitalisation dans un service de psychiatrie).

On retrouve majoritairement des antécédents psychiatriques personnels de trouble thymique chez les étudiants en médecine, alors qu'on retrouve majoritairement des antécédents de trouble anxieux chez les étudiants d'autres filières. Notre étude ne retrouvait pas de différence significative entre les deux groupes concernant les antécédents de tentative de suicide ; elles étaient cependant deux fois plus nombreuses chez les étudiants en médecine. Ces résultats sont plus élevés que ceux de la littérature. Ainsi, Dyrbye (2009), Guinaud (2012) et Osama (2014) retrouvaient respectivement que 1,9%, 3,5% et 4,8% des étudiants en médecine avaient déjà réalisé une tentative de suicide. La différence retrouvée peut être expliquée par le fait que nos étudiants ne sont pas issus de la population universitaire directement mais d'une population clinique ; ils présentent plus d'antécédents personnels psychiatriques, plus d'antécédents d'hospitalisation et un parcours de soins psychiatriques établi.

Plus de la moitié des étudiants en médecine bénéficiaient d'un traitement psychotrope en cours lors de la consultation, ce qui était plus fréquent que pour les étudiants autres. On note que la moitié des étudiants en médecine bénéficiaient d'un traitement antidépresseur. Les résultats sont également supérieurs aux données de la littérature. Dans l'étude de Guinaud, menée chez 708 internes de médecine générale français, 15,4% des étudiants bénéficient d'un traitement par antidépresseur au moment de l'étude. La différence entre les deux groupes pourrait être expliquée par les diagnostics présentés par les étudiants. Les étudiants hors filières médicales présentaient plus fréquemment un trouble anxieux, qui ne nécessite pas nécessairement un traitement psychotrope, à la différence des troubles thymiques d'intensité suffisamment sévère pour amener les patients dans les services d'urgence psychiatrique.

Près d'un tiers des étudiants en médecine et seulement 8,3% des étudiants autres ont consulté au SECOP devant la présence d'idées suicidaires. Cependant, les étudiants ayant consulté dans les suites d'une tentative de suicide représentent près d'un tiers des étudiants autres et moins d'un cinquième des étudiants en médecine. La littérature présente le plus souvent des chiffres de prévalence moindres concernant les idées suicidaire au cours de la dernière année dans la population des étudiants en médecine, située entre 6 et 12% (Dyrbye, 2014 ; Le Tourneur, 2011 ; Van Deir Hyden, 2008), à l'exception de Osama (2014) qui retrouvait que 35,6% des étudiants interrogés avaient présenté des idées suicidaires dans l'année précédente. Plus d'un étudiant sur dix a consulté au SECOP pour des idées délirantes. L'absence d'étude dans la littérature ne permet aucune comparaison. D'après nos résultats, l'anxiété était à l'origine de la consultation pour à peine un étudiant sur dix. Ces résultats sont

très inférieurs à ceux de la littérature (62,5% pour Mancevska en 2008 ; 69% pour Mehanna en 2006 ; 47,7% pour Alvi en 2010 et 43% pour Gaspersz en 2012). Il semble difficile de comparer nos résultats aux données de la littérature, le mode de recueil étant différents (auto questionnaires pour les études citées et entretien psychiatrique pour notre étude) et l'évaluation n'étant pas réalisée dans les mêmes conditions (recueil des informations durant des plages horaires d'enseignements à l'université pour les auteurs et consultation au SECOP pour notre étude). Au cours d'une consultation aux urgences psychiatriques, l'anxiété peut être rejetée au second plan, les symptômes thymiques ou psychotiques étant jugés prioritaires. Ils peuvent ne pas être suffisamment explorés dans ce contexte.

Un facteur déclenchant du déséquilibre psychopathologique a pu être identifié pour la plupart des étudiants. S'il n'existe pas de différence significative, on note une tendance statistique. Le stress professionnel concerne les deux groupes étudiés comme le facteur déclenchant majoritairement identifié, avec une fréquence légèrement moindre chez les étudiants en médecine (sans significativité statistique). D'après nos résultats, on remarque que le sentiment de surcharge de travail est évoqué pour un peu moins de la moitié des étudiants en médecine. Ces données rejoignent celles de la littérature. En effet, Coomber (2002) décrit « *le fait d'être surchargé de travail* » comme le deuxième facteur de stress auprès de 627 internes, avec une association entre le facteur « *trop de responsabilités en même temps* » et des scores élevés d'anxiété et de dépression. Selon Le Tourneur (2011), 45% des étudiants estiment être surchargés de travail. La séparation conjugale est identifiée dans notre étude comme facteur déclenchant du trouble pour un peu moins d'un tiers des étudiants en médecine et un peu moins d'un cinquième des étudiants hors médecine et les difficultés familiales sont identifiées chez un peu moins d'un cinquième des étudiants en médecine et un dixième des étudiants autres. Ces résultats corroborent les données de la littérature. En effet, Landau (1986) rapporte que, sur 108 internes interrogés, 40% rapportaient des difficultés conjugales et que, parmi ces derniers, 72% attribuaient ces difficultés aux études médicales et à l'internat. Selon Coomber (2002), « *le temps de travail et son impact sur la vie familiale* » est rapporté comme un des facteurs principaux en termes de fréquence et de stress induit et le facteur « *stress professionnel et son impact sur la vie familiale* » présente une fréquence importante et un stress induit significatif. On note que l'isolement dû à l'éloignement familial est un facteur causal identifié pour près d'un tiers des étudiants hors médecine et pour seulement un peu plus d'un étudiant en médecine sur dix. Ce résultat est inférieur à celui de Rab (2008) mais il est néanmoins rapporté comme le quatrième facteur déclenchant lors de

notre travail. On peut noter que notre échantillon a en majorité un réseau social de bonne qualité qui peut avoir compensé en partie l'éloignement des parents.

Nos résultats ne retrouvent pas de différence significative entre les deux groupes concernant l'indication d'une hospitalisation à l'issue de la consultation médicale. Les durées d'hospitalisation sont comparables dans les deux groupes. Les étudiants en médecine sont plus souvent hospitalisés dans le Pôle universitaire du CHCP. Cela peut être lié au fait qu'un suivi peut avoir été initié dans ce Pôle auparavant, un lien privilégié existant entre les responsables des différentes années universitaires et les psychiatres universitaires, notamment au travers de rencontres régulières dans le cadre de la Commission des étudiants en difficulté. En effet, l'Université de Bordeaux a mis en place des procédures pour identifier les étudiants en médecine en difficultés. Les responsables pédagogiques rencontrent régulièrement les étudiants en difficultés académiques et les orientent pour un avis et/ou une prise en charge vers les psychiatres universitaires, lorsqu'ils décèlent des symptômes psychiatriques.

Près des trois quarts des étudiants en médecine et de la moitié des témoins ont bénéficié d'une prescription de psychotropes à la fin de la première prise en charge (après la consultation au SECOP s'il n'y a pas eu d'indication d'hospitalisation et prescription de sortie s'il y a eu une hospitalisation), sans différence significative entre les deux groupes. Nous retrouvons une différence significative concernant la prescription de thymorégulateur dans les deux groupes (deux fois plus fréquente chez les étudiants en médecine), ainsi que pour la prescription d'anxiolytique (légèrement plus fréquente chez les étudiants en médecine). Il n'existe pas d'étude permettant de comparer ces résultats aux données de la littérature. La prescription plus fréquente de thymorégulateurs nous amène à penser que le trouble bipolaire est plus fréquent ou plus fréquemment identifié chez les étudiants en médecine. Cela peut être lié au choix de métier en lui-même qui peut sélectionner des personnes plus altruistes et que des études longues ne rebutent pas, ainsi qu'à la sélection sur concours qui peut sélectionner des personnes de tempérament plus souvent hyperthymique. Enfin, on peut craindre que les facteurs de stress, notamment émotionnels, liés aux études et/ou au métier de médecin facilitent la survenue de trouble thymique chez des sujets vulnérables.

Pour la plupart des étudiants hors médecine et deux tiers des étudiants en médecine, un diagnostic psychiatrique a été posé à l'issue de la première prise en charge. Les étudiants n'ayant pas reçu de diagnostic ont tous été orientés vers un suivi ambulatoire à l'issue de la consultation médicale au SECOP. On note que la moitié des étudiants en médecine ont reçu

un diagnostic de trouble bipolaire de l'humeur alors que ce diagnostic n'a été retenu que pour un cinquième des témoins. Ces résultats concordent avec les résultats de prescription de thymorégulateurs décrit précédemment. Près d'un tiers des étudiants hors médecine ont reçu un diagnostic d'épisode dépressif majeur alors qu'aucun des étudiants en médecine n'a reçu ce diagnostic. On peut espérer que les étudiants en médecine souffrant de dépression, plus informés que les autres ou mieux encadrés par leurs responsables pédagogiques, ont été correctement dépistés et ont bénéficié de soins ambulatoires.

Concernant les caractéristiques cliniques des étudiants ayant bénéficié d'une deuxième prise en charge sur le CHCP, il n'existe pas de différence significative entre les deux groupes pour un nouveau passage au SECOP ou pour une nouvelle tentative de suicide (malgré une fréquence deux fois plus élevée chez les étudiants hors médecine). Les résultats montrent une différence significative entre les deux groupes concernant le bénéfice d'au moins une nouvelle hospitalisation sur le CHCP, quatre fois plus fréquente chez les étudiants en médecine. Cela peut être dû aux troubles présentés par ces patients, plus sévères.

Conclusion

L'objectif de ce travail de thèse était d'étudier les caractéristiques sociodémographiques, cliniques et thérapeutiques, ainsi que l'orientation des patients dans les suites de la consultation médicale (hospitalisation ou orientation ambulatoire) d'un groupe de 24 étudiants en médecine ayant consulté au SECOP du Centre Hospitalier Charles Perrens (CHCP) comparées à un groupe d'étudiants hors médecine.

Nous avons retrouvé que les étudiants en médecine présentaient plus d'antécédents psychiatriques personnels et familiaux que les étudiants d'autres filières et que, pour la majorité des cas, les antécédents personnels étaient des troubles thymiques. De même, on note que les étudiants en médecine bénéficiaient statistiquement plus souvent d'un traitement psychotrope en cours lors de la consultation au SECOP. Nos résultats montrent que les étudiants en médecine ont plus souvent consulté au SECOP devant la présence d'idées suicidaire que les étudiants hors médecine mais ceux-ci ont plus souvent consulté dans les suites d'une tentative de suicide. Une tendance statistique est retrouvée concernant l'identification d'un facteur déclenchant majoritairement chez les étudiants en médecine. Le stress professionnel concerne les deux groupes comme le facteur déclenchant le plus souvent identifié mais il n'est pas plus fréquent chez les étudiants en médecine. Le sentiment de surcharge de travail est évoqué pour plus d'un tiers des étudiants en médecine. Les autres facteurs identifiés dans le groupe de cas sont la séparation conjugale puis les difficultés familiales.

L'évaluation clinique au SECOP a abouti à une indication d'hospitalisation pour la moitié des étudiants en médecine sans différence significative entre les deux groupes. On note que la moitié des étudiants en médecine hospitalisés ont reçu un diagnostic de trouble bipolaire et reçu un traitement par thymorégulateur, ce qui est plus élevé que chez les étudiants issus d'autres filières. A la suite de la prise en charge considérée ici, les étudiants en médecine bénéficiaient plus souvent d'une nouvelle hospitalisation au CHCP, ce qui peut indiquer un trouble psychiatrique plus sévère ou plus souvent récurrent.

Compte tenu des résultats et des limites de notre étude, il paraît intéressant de la poursuivre afin d'obtenir un échantillon plus important de patients et de permettre une analyse comparative plus exhaustive des caractéristiques cliniques et thérapeutiques des étudiants en médecine lors de la première prise en charge au SECOP et surtout dans les suites de cette prise en charge.

Ce travail de thèse nous a permis d'identifier des facteurs de risque de développer un trouble psychiatrique ou un SEPS inhérents à la spécificité des études médicales. Il semble nécessaire qu'un travail d'information et de prévention soit mis en place dès le début des études médicales afin d'informer les étudiants sur les différents troubles et sur les filières de soins à leur disposition. Cette information permettrait de réduire la déstigmatisation du médecin malade encore trop présente parmi les étudiants en médecine. De plus, il semble important de favoriser une filière de soins qui puisse respecter l'anonymat des étudiants afin de faciliter la démarche de contact avec les soins et donc la prise en charge de troubles à un stade précoce. La question de filières de soins spécifiques aux étudiants en médecine et aux soignants devrait être débattue afin d'évaluer si sa mise en place permettrait un accès aux soins plus rapide et plus facile pour les étudiants.

Bibliographie

1. Affectations des étudiants en médecine après ECN 2014 (internet): site de l'ARS Ile de France :http://www.ars.iledefrance.sante.fr/fileadmin/ILE-DE-FRANCE/ARS/7_Acteurs_en_Sante/professions_medicales_et_para/Internat_et_formations/Affectations-etudiants-medecine-ECN-2014_WEB.pdf
2. Afzal H., Afzal S., Siddique S., Ahmad Naqvi S. Measures used by medical students to reduce test anxiety. *J Pak Med Assoc.* 2012; 62(9): 982-6
3. Ahola K., Hakanen J., Perhoniemi R., Mutanen P. Relationship between burnout and depressive symptoms: A study using the person-centred approach. *Burnout research*, 2014; 1 (1): 29-37
4. Allroggen M., Kleinrahm R., Rau TA., Weninger L., Ludolph AG., Plener PL. Nonsuicidal self-injury and its relation to personality traits in medical students. *J Nerv Ment Dis.* 2014; 202(4): 300-4
5. Alvi T., Assad F., Ramzan M., Khan FA. Depression, anxiety and their associated factors among medical students. *J Coll Physicians Surg Pak.* 2010; 20(2): 122-6
6. Babaei Heydarabadi A., Ramezankhani A., Barekati H., Vejdani M., Shariatinejad K., Panahi R., Hanan Kashfi S., Imanzad M. Prevalence of Substance Abuse Among Dormitory Students of Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran. *Int J High Risk Behav Addict.* 2015; 4(2)
7. Baldassin B., Correa de Toledo Ferraz Alves T., Guerra de Andrade A., Nogueira Martins L. The characteristics of depressive symptoms in medical students during medical education and training: a cross-sectional study. *BMC Medical Education.* 2008; 8: 60
8. Baldwin PJ., Dodd M., Wrate RW. Young doctors' health: how do working conditions affect attitudes, health and performance ? *Soc Sci Med.* 1997; 45: 35- 40

9. Baldwin DC., Hughes PH., Conard SE., Storr CL., Sheehan DV. Substance use among senior medical students. JAMA 1991; 265(16): 2074-8
10. Bandura A. Exercise of personal and collective efficacy in changing societies. In: Bandura A editors. Self-Efficacy in Changing Societies. New York: Cambridge University Press, 1995. 1-45p
11. Bandura A. Self-Efficacy: The Exercise of Control. New York: Freeman, 1997
12. Barbarin B. Syndrome d'épuisement professionnel des soignants chez les internes de médecine générale: enquête transversale à la faculté de Nantes en 2008 Th: Med: Nantes: 2009
13. Baude N., Flacher A., Bosson JL., Marchand O. Soins primaires : crise et dynamique d'avenir: Les attentes des internes de troisième cycle de médecine générale. Médecine. 2008; 3(4): 135-140
14. Beck F., Richard JB., Guignard R., Le Nézet O., Spilka S. Les niveaux d'usage des drogues illicites en France en 2014. Note 2015 (internet) : <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eisxfbv4.pdf>
15. Bellin G. Le syndrome d'épuisement professionnel chez les internes de médecine générale : Quelles en sont leur connaissances et leurs interprétations ? Th: Med: Poitiers. 2013
16. Beyer C., Staunton C., Moodley K. The implications of methylphenidate use by healthy medical students and doctors in South Africa. BMC Med Ethics. 2014; 4:15-20
17. Bize PR., Goguelin P. Le surmenage des dirigeants : causes et remèdes. Paris : Edition de l'entreprise moderne, 1956, 143 p
18. Blanchard P., Truchot D., Albiges-Sauvin. Prevalence and causes of burnout amongst oncology residents: A comprehensive nationwide cross-sectional study. European Journal of

Cancer. 2010; 46: 2708-15

19. Brimstone B., Thistlethwaite J., Quirk F. Behaviour of medical students in seeking mental and physical health care: exploration and comparison with psychology students. *Med Educ.* 2007; 41(1): 74-83
20. Bunevicius A, Katkute A, Bunevicius R. Symptoms of anxiety and depression in medical students and in humanities students: relationship with big-five personality dimensions and vulnerability to stress. *Int J Soc Psychiatry.* 2008; 54(6): 494-501
21. Burke RJ., Weir T. The type A experience: occupational and life demands, satisfaction and well-being. *Journal of Human Stress.* 1980; 6: 28-28
22. Canoui P., Mauranges A. Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants : de l'analyse du burn-out aux réponses. 2ème édition. Paris: Masson, 2001, 224 p
23. Canoui P., Mauranges A. Le burn out à l'hôpital. Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants. 4^e éd Paris: Masson. 2006
24. Castelo-Branco C., Figueras I F., Eixarch E., Quereda F., Cancelo M. Stress symptoms and burnout in obstetric and gynaecology residents. *BJOG.* 2007; 114: 94-98
25. Cathebras P., Begon A., Laporte S., Bois C., Truchot D. Epuisement professionnel chez les médecins généralistes. *Presse Med.* 2004; 33: 1569-1574
26. Cauchard L. De l'évaluation du burn-out à la promotion du bien-être des internes en Languedoc-Roussillon. Th: Med: Montpellier 2009
27. Chew-graham CA., Rogers A., Yassin N. "I wouldn't want it on my CV or their records': medical students' experiences of help-seeking for mental health problems. *Med Educ.* 2003; 37(10): 873-880
28. Chocard AS., Gohier B., Juan F. Le suicide des médecins. *Revue de la littérature. Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale.* 2003; 65: 23-29

29. Choi D., Tolova V., Socha E., Samenow CP. Substance use and attitudes on professional conduct among medical students: a single-institution study. *Acad Psychiatry*. 2013; 37(3): 191-5
30. Conard S., Hughes P., Baldwin DC., Achenbach KE., Sheehan DV. Substance use by fourth-year students at 13 U.S. medical schools. *J Med Educ*. 1988; 63(10): 747-58
31. Coomber S., Todd C., Park G., Baxter P., Firth-Cozens J., Shore S. Stress in UK intensive care unit doctors . *British Journal of Anaesthesia*. 2002; 89(6): 873-81
32. Cottler LB., Ajinkya,S., Merlo LJ., Nixon S., Ben Abdallah A., Gold MS. Lifetime Psychiatric and Substance Use Disorders Among Impaired Physicians in a Physicians Health Program: Comparison to a General Treatment Population. *J Addict Med*. 2013; 7(2): 108–112
33. Crammer JL. Psychosis in young doctors. *Br Med J*. 1978 Mar 4; 1(6112): 560–561
34. Dahlin M., Runeson B. Burnout and psychiatric morbidity among medical students entering clinical training: a three-year prospective questionnaire and interview based study. *BMC Med Educ*. 2007; 7: 6
35. Dahlin M., Nilsson C., Stotzer E., Runeson B. Mental distress, alcohol use and help-seeking among medical and business students: a cross-sectional comparative study. *BMC Medical Education*. 2011; 11:92
36. Deci E., Ryan R. Self-Determination Theory: A Macrotheory of Human Motivation, Development, and Health. *Canadian Psychology*. 2008; 49(3): 182–185
37. Delbrouck M. Le burn-out du soignant. Le syndrome d'épuisement professionnel. Bruxelles : De Boeck, 2008, 280 p
38. Demerouti, E., Le Blanc P.M., Bakker AB., Schaufeli, WB., Hox, J. Present but sick : a three-wave study on job demands, presenteeism and burnout. *Career Development International*. 2009; 14(1): 50-68
39. Deschamps FJ. Le karoshi ou « mort par excès de travail ». *Concours Médical*. 1993;

115(6): 482–483

40. Desoille H. *La médecine du travail*. Paris: Presses universitaires de France. 1958; 128 p
41. Dos Anjos de Paula J., Farias Sousa Borges A., Rayra Alves Bezerra L., Vieira Parente H., Dos Anjos de Paula RC., Wajnsztein R., Alves de Siqueira Carvalho A., Engrácia Valenti V., De Abreu LC. Prevalence and factors associated with depression in medical. *Journal of Human Growth and Development*. 2014; 24(3): 274-281
42. Dumitrascu CI., Mannes PZ., Gamble LJ., Selzer JA. Substance Use Among Physicians and Medical Students. *Medical Student Research Journal*. 2014; 03
43. Duvivier R., Stalmeijer R., van Dalen J., van der Vleuten C., Scherpbier A. Influence of the workplace on learning physical examination skills. *BMC Med Educ*. 2014; 28: 14-61
44. Dyrbye LN., Thomas MR., Eacker A., Harper W., Massie FS., Power DV. Race, ethnicity and medical student well-being in the United States. *Arch Intern Med*. 2007; 167 (19): 2103-2109
45. Dyrbye LN., Thomas MR., Huntington JL., Lawson KL., Novotny PJ., Sloan JA. Personal life events and medical student burnout: a multicenter study. *Acad Med*. 2006; 81 (4): 374-384
46. Dyrbye LN., Thomas MR., Massie FS., Power DV., Eacker A., HarperA W. Burnout and suicidal ideation among U.S. medical students. *Ann Intern Med*. 2008; 149 (5): 334–41
47. Dyrbye LN., West CP., Satele D., Boone S., Tan L., Sloan J., Shanafelt TD. Burnout among U.S. medical students, residents, and early career physicians relative to the general U.S. Population. *Acad Med*. 2014; 89(3): 443-51
48. Emmanuel RM., Frellsen SL., Kashima KJ., Sanguino SM., Sierles FS., Lazarus CJ. Cognitive enhancement drug use among future physicians: findings from a multi-institutional census of medical students. *J Gen Intern Med*. 2013; 28(8): 1028-34
49. Ernst M. Le syndrome de burnout des internes en médecine générale à la faculté de

médecine de Strasbourg: prévalence et analyse d'entretiens. Th: Med: Strasbourg 2009

50. Estry-Behar M., Leimdorfer F., Picot G. Comment des médecins hospitaliers apprécient leurs conditions de travail. Réponses aux questions ouvertes d'une enquête nationale. www.souffrancedusoignant.fr (site du groupe mutualité pasteur)
51. Fahrenkopf AM., Sectish TC., Barger LK., Sharek PJ., Lewin D., Chiang VW. Rates of medication errors among depressed and burnt out residents: prospective cohort study. *BMJ*. 2008; 336(7642): 488-91
52. Feraudet L. Burn out des internes du CHU de Bordeaux ou la méréule psychologique des internes. Th: Med: Bordeaux: 2009
53. Fothergill A., Edwards D., Burnard P. Stress, burnout, coping and stress management in psychiatrists: findings from a systematic review. *Int J Soc Psychiatry. Review*. 2004; 50(1): 54-65
54. Frank E., Elon L., Naimi T., Brewer R. Alcohol consumption and alcohol counselling behaviour among US medical students: cohort study. *BMJ*. 2008; 337: a2155
55. Freedman JL., Crow FF., Gutheil TG., Sanchez LT., Suzuki J. Treating a physician patient with psychosis. *Asian J Psychiatr*. 2012; 5(2): 193-8
56. Freudenberger HJ. L'épuisement professionnel: la brulure interne. Québec: Gaëtan Morin, 1987, 190 p
57. Freudenberger HJ. Staff burn out. *J soc Issues*. 1974; 30(1): 159- 165
58. Friedman M., Rosenman RH. Association of specific overt behavior pattern with blood and cardiovascular findings. *Journal of the American Medical Association*. 1959; 169: 1286-1296
59. Galam E. L'Erreur médicale, le Burnout et le Soignant. Edition Springer, 2011

60. Galam E. L'épuisement professionnel des médecins franciliens : témoignages, analyses et perspectives. Commission prévention et santé publique. URML Ile de France. 2007
61. Galam E. Prévention et prise en charge : les médecins sont des patients difficiles. *Le Concours Médical*. 2008; 130(8): 402-3
62. Galam E., Komly V., Le Tourneur A., Jund J. Burnout among french Gps in training: a cross- sectional study. *British Journal of General Practice*. 2013; 63(608): 217-24
63. Gaspersz R, Frings-Dresen MH, Sluiter JK. Prevalence of common mental disorders among Dutch medical students and related use and need of mental health care: a cross-sectional study. *Int J adolesc Med Health*. 2012; 24(2): 169-72
64. Gillard L. La santé des généralistes. Thèse: Med: Ile de France. 2006
65. Givens JL., Tija J. Depressed medical students' use of mental health services and barriers to use. *Acad Med*. 2002; 77 (9): 918–921
66. Grantham H. Le diagnostic différentiel et le traitement du syndrome d'épuisement professionnel. *Ann Med Psychol*.1985; 143(8): 776-781
67. Goel N., Khandelwal V., Pandya K., Kotwal A. Alcohol and Tobacco Use Among Undergraduate and Postgraduate Medical Students in India: A Multicentric Cross-sectional Study. *Cajh*. 2015; 4(1)
68. Guerts S., Rutte C., Peeters M. Antecedents and consequences of work- home interference among medical residents. *Soc Sci Med*. 1999; 48: 1135-1148
69. Guinaud M. Evaluation du burn out chez les internes de médecine générale et étude des facteurs associés. Th: Med: Paris 12, Paris-Est Créteil Val de Marne: 2006
70. Ham C, Alberti KG. The medical profession, the public, and the government. *Br Med J*. 2002; 324: 838-42

71. Hays LR, Cheever T, Patel P. Medical student suicide, 1989-1994. *Am J Psychiatry*. 1996; 153(4): 553-5
72. Hojat M., Vergare M., Isenberg G., Cohen M., Spandorfer J. Underlying construct of empathy, optimism and burnout in medical student, *International Journal of Medical Education*. 2015; 6: 12-16
73. Horowitz A., Galanter M., Dermatis H., Franklin J. Use of and attitudes toward club drugs by medical students. *J Addict Dis*. 2008; 27(4): 35-42
74. Italia S., Favara-Scacco C., Di Cataldo A., Russo G. Evaluation and art-therapy treatment of the burnout syndrome in oncology units. *Psycho-oncology*. 2008; 17: 676–80
75. Jolfaei AG., Abassi S., Tamannaie Z. Prevalence of bipolar disorders among a sample of medical students of Tehran University of Medical Sciences. *Asian J Psychiatr*. 2014; 9: 95-6
76. Jung CG. *Psychologie du transfert*. Paris: Albin Michel, 2000
77. Karagolu N, Seker M., Anxiety and depression in medical students related to desire for and expectations from a medical carrer. *West Indian Med J*. 2010; 59(2): 196-202
78. Kendall E., Murphy P., O'Neill V., Bursnall S. *Occupational Stress: Factors that Contribute to its Occurrence and Effective Management, rapport à la Worker's Compensation and Rehabilitation Commission*. Western Australia: Centre for Human Services, Griffith University, 2000
79. Khanal P., Ghimire RH., Gautam B., Dhungana SK., Parajuli P., Jaiswal AK., Khanal B. Substance Use among Medical Students in Kathmandu Valley. *JNMA* 2010; 49(180): 267-72
80. Klamen DL., Grossman LS., Kopacz D. Posttraumatic stress disorder symptoms in resident physicians related to their internship. *Acad Psychiatry*. 1995; 19(3): 142-9

81. Kobosa SC., Maddi SR., Kahn S. Hardiness and health: a prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1982; 42: 168- 177
82. Lacouture A. Le Syndrome d'Épuisement Professionnel des Psychiatres de Haute Normandie. Mémoire de DES de Psychiatrie de Rouen. 2010
83. Landau C., Hall S., Wartman SA., Macko MB. Stress in social and family relationships during the medical residency. *J Med Educ*. 1986; 61(8): 654-60
84. Legassie J., Zibrowski EM., Goldszmidt MA. Measuring Resident Well-Being: Impostorism and Burnout Syndrome in Residency. *J Gen Intern Med* 2008; 23 (7): 1090–4
85. Leitter MP. Burnout as a crisis in self-efficiency: Conceptual and practical implications. *Work and Stress*. 1992; 6: 107-115
86. Leriche B et al. Le médecin malade. Rapport de la Commission nationale permanente adopté lors des Assises du Conseil national de l'Ordre des médecins du 28 juin 2008. (www.conseil-national-medecins.fr).
87. Leroy-Carbon V. Les études de médecine : du rêve à la réalité. Th: Med: Reims; 2003
88. Le Tourneur A., Komly V. Burn-out des internes en médecine générale : état des lieux et perspectives en France métropolitaine. Th: Med: Grenoble; 2011
89. Linzer M., Visser MR., Oort FJ. Predicting and preventing physician burnout: results from the United States and the Netherlands. *Am J Med*. 2001; 111: 170-175
90. Ma WF., Wu PL., Yang SJ., Cheng KF., Chiu HT., Lane HY. Sensitivity and specificity of the Chinese version of the Schizotypal Personality Questionnaire-Brief for identifying undergraduate students susceptible to psychosis. *Int J Nurs Stud*. 2010; 47(12): 1535-44
91. Maddux JF, Hoppe SK, Costello RM. Psychoactive substance use among medical students. *Am J Psychiatry* 1986; 143(2): 187-91

92. Mancevska S., Bozinovska L., Tecce J., Pluncevik- Gligoroska J., Sivevska- Smilevska E. Depression, anxiety and substance use in medical students in the Republic of macedonia. Bratisl Lek Listy 2008; 109(12)
93. Maslach C. Burned out. Hum Behavior. 1976; 5: 16-22
94. Maslach C., Jackson S.E. Maslach Burnout Inventory Manuel. 1986
95. Maslach C., Leiter MP. The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment. Journal of Organizational Behavior. 1988; 9: 297-308
96. Maslach C., Leiter MP. The truth about burnout: how organizations cause personal stress and what to do about it. San Francisco: Jossey-Bass, 1997, 186 p
97. Maslow A. A Theory of human motivation. Psychological Review. 1943; 50(4): 370-9
98. Mc Manus IC., Keeling A., Paice E. Stress, burnout and doctors attitudes to work are determined by personality and learning style: A twelve year longitudinal study of UK medical graduates. BMC Medicine. 2004; 18; 2: 29
99. Mehanna Z., Richa S. Prévalence des troubles anxio-dépressifs chez les étudiants en médecine. Étude transversale chez les étudiants en médecine de l'Université Saint-Joseph de Beyrouth. L'Encéphale. 2006; 3: 976-82
100. Melamed S., Shirom A., Toker S., Berliner S., Shapira I. Burnout and risk of cardiovascular disease: evidence, possible causal paths, and promising research directions. Psychological Bulletin. 2006; 132(3): 327-53
101. Melamed S., Ugarten U., Shirom A., Kahana L., Lerman Y., Froom P. Chronic burnout, somatic arousal and elevated salivary cortisol levels. J Psychosom Res. 1999; 46(6): 591-8
102. Merine A. "Petit burn-out deviendra grand" : Expression d'un malaise chez les futurs praticiens généralistes : comment agir et prévenir l'épuisement avant même l'exercice

professionnel ? Th: Med: Poitiers: 2010

103. Mills LD., Mills TJ. Symptoms of post-traumatic stress disorder among emergency medicine residents. *J Emerg Med.* 2005; 28(1): 1-4
104. Moaouad J., Kazour F., Haddad R., Rouhayem J., Chammai R., Richa S. La dépendance chimique et comportementale chez les étudiants en médecine. Étude comparative chez une population d'étudiants libanais. *L'Encéphale.* 2012; 38, 467-472
105. Msaouel P., Keramaris NC., Tasoulis A., Kolokythas D., Syrmos N., Pararas N. Burnout and training satisfaction of medical residents in Greece : will the European Work Time Directive make a difference ? *Human Resources for Health.* 2010; 8: 16
106. Olsen Gramstad T., Gjestad R., Haver B: Personality traits predict job stress, depression and anxiety among junior physicians. *BMC Medical Education.* 2013; 13: 150
107. Onady AA., Rodenhauser P., Markert RJ. Effects of stress and social phobia on medical students specialty choices. *J Med Educ.* 1988; 63(3): 162-70
108. Organisation Mondiale de la santé. Rapport internet. 2015; (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/en/>)
109. Osama M., Islam MY., Hussain SA., Masroor SM., Burney MU., Masood MA., Menezes RG., Rehman R: Suicidal ideation among medical students of Pakistan: a cross-sectional study. *J Forensic Leg Med.* 2014; 27: 65-8
110. Paillard J. Les médecins sur le divan du psy. *Panorama du médecin.* 2001; 4785: 14-17
111. Peterson, U., Demerouti, E., Bergström, G., Asberg, M., Nygren, A. Work Characteristics and Sickness Absence in Burnout and Nonburnout Groups: A Study of Swedish Health Care Workers. *International Journal of Stress Management.* 2008; 15(2): 153-172
112. Philippon C. Syndrome d'épuisement professionnel : étude descriptive et recherche de

facteurs associés chez 189 médecins généralistes Rhône-Alpins. Th: Med: Lyon 1: 2004

113. Pines A., Maslach C. Characteristics of staff burnout in mental health settings. *Hosp Community Psychiatry*. 1978; 29(4): 233–237

114. Pittaco M. Les internes sont-ils en burn-out ? Th : Med : Paris 5, Descartes : 2009

115. Plaisant O., Guertault J., Courtois R., Reveillere C., Mendelsohn G.A., John OP. Histoire des « Big Five » : OCEAN des cinq grands facteurs de la personnalité. *Annales Médico-Psychologiques*. 2010; 168: 481–486

116. Platon. *Oeuvres Complètes*. Paris : Flammarion, 2008

117. Popescu A., Horatiu B., Junjan M., Mihai Armean S., Buzoianu A. *Acta Medica Transilvanica*. 2014 ; 2(3): 174-178

118. Pruthi S., Goel A. Doctors do cry. *Indian J Med Ethics*. 2014; 11(4): 249-51

119. Rab F, Mamdou R, Nasir S. Rates of depression and anxiety among female medical students in Pakistan. *East Mediterr Health J*. 2008; 14(1): 126-33

120. Reynolds C., Clayton PJ. Commentary: Out of the silence: confronting depression in medical students and residents. *Acad Med*. 2009; 84(2): 159-60

121. Rosvold E., Tyssen R. Should physician self-prescribing be restricted by law? *Lancet*. 2005; 365(9468): 1372-4

122. Rosenfield P., Jones L. Striking a balance: training medical students to provide empathetic care. *Medical Education*. 2004; 38: 927–933

123. Ross JG., Boss RW., Johnson AE., Crown DB. Conceptualizing the role of self-esteem in the burnout process. *Group and Organization Studies*. 1991; 16: 428-451

124. Rotter JB. Generalised expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 1966; 80(1): 1-28

125. Rua C., Body G., Marret L., Ouldamer L. Prevalence of burnout among obstetrics and

gynecology residents. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* 2013; 12: 001

126. Ruitenburg MM., Frings-Dresen MH., Sluiter JK. The prevalence of common mental disorders among hospital physicians and their association with self-reported work ability: a cross-sectional study. *BMC Health Serv Res.* 2012; 31; 12: 292-8

127. Samaranyake CB., Fernando AT. Satisfaction with life and depression among medical students in Auckland, New-Zealand. *N Z Med J.* 2011; 124(1341): 12-7

128. Sargent M., Sotile W., Sotile M., Rubash H., Barrack RL. Stress and coping among orthopaedic surgery residents and faculty. *J Bone Joint Surg Am.* 2004; 86: 1579-1586

129. Satterfield JM., Becerra C. Developmental challenges, stressors and coping strategies in medical residents : a qualitative analysis of support groups. *Med Educ.* 2010; 44: 908-9016

130. Schaufeli W. Opgebrand. Achtergronden van werkstress bij contactuele beroepen: het burn-outsyndroom. Rotterdam : Donker. 1990

131. Shanafelt TD., Bradley KA., Wipf JE., Back AL. Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Ann Intern Med.* 2002; 136: 358-67

132. Shanafelt, T.D., Balch, C.M., Dybrye, L., Bechamps, G., Russell, T., Satele, D., Rummans, T., Swartz, K., Novotny, P.J., Sloan, J., Oreskovich, M.R. Special Report. Suicidal Ideation Among American Surgeons. *Arch Surg.* 2011; 146(1): 54-62

133. Shi M., Liu L., Wang ZY., Wang L. The mediating role of resilience in the relationship between big five personality and anxiety among Chinese medical students: a cross-sectional study. *PLoS One.* 2015; 20; 10(3): e0119916

134. Soler JK., Yaman H., Esteva M., Dobbs F., Spiridonova Asenova R., Katic M. Burn-out in European family doctors : the EGPRN study. *Fam Pract.* 2008; 25: 245-265

135. Solursh LP., Weinstock SJ., Saunders CS., Ungerleider JT. Attitudes of medical students toward cannabis. *JAMA*. 1971; 217(10): 1371-2
136. Sotile WN., Sotile MO. *The Resilient Physician. Effective Emotional Management for doctors and Their Medical Organizations*. Chicago : American Medical Association, 2002
137. Strivastava K, Rju M, Saldanha D. Psychological well-being of medical students. *Med J Armed Forces India*. 2007; 63(2): 37-40
138. Tellenbach H. *La mélancolie*. Paris : Presses Universitaires de France. 1979
139. Thevenet M. *Analyse du burn-out chez les internes de médecine générale sur la base d'une étude comparative entre l'Ile-de-France et le Languedoc-Roussillon*. Th: Med: Paris 6: 2011
140. Thiemann P., Quince T., Benson J., Wood D., Barclay S. Medical Students' Death Anxiety: Severity and Association with Psychological Health and Attitudes Toward Palliative Care. *jpainsymman*. 2015 ; 3: 014
141. Thomas NK. Resident burnout. *JAMA*. 2004; 292(23): 2880–2889
142. Thommasen HV., Lavanchy M., Connely I., Berkowitz J., Grzybowski S. Mental health, job satisfaction and intention to relocate : opinions of physicians in rural British Columbia. *Can Fam Physician*. 2001; 47: 737-744
143. Tija J, Givens J, Shea J. Factors associated with undertreatment of medical student depression. *Journal of American College Health*. 2005; 53: 5
144. Trostler M., Li Y., Plankey MW. Prevalence of binge drinking and associated co-factors among medical students in a U.S. Jesuit University. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2014 Jul; 40(4): 336-41
145. Truchot D. *L'épuisement professionnel: concepts, modèles, interventions*. Paris:

Dunod. 2004

146. Truchot D. Le burn-out des médecins libéraux de Bourgogne. Rapport de recherche pour l'URML de Bourgogne. 2001

147. Truchot D. Le burn-out des médecins généralistes : influence de l'iniquité perçue et de l'orientation communautaire. *Annales médico psychologiques*. 2009; 167: 422-8

148. Truncali A., Lee JD., Ark TK., Gillespie C., Triola M., Hanley K., Gourevitch MN., Kalet AL. Teaching physicians to address unhealthy alcohol use: a randomized controlled trial assessing the effect of a Web-based module on medical student performance. *J Subst Abuse Treat*. 2011; 40(2): 203-13

149. Tuttle JP., Scheurich NE., Ranseen J. Prevalence of ADHD diagnosis and nonmedical prescription stimulant use in medical students. *Acad Psychiatry*. 2010; 34(3): 220-3

150. Vaillant GE. Physician, cherish thyself. The hazards of self-prescribing. *JAMA*. 1992; 267(17): 2373

151. Van Der Heijden F., Dillingh G., Bakker A., Prins J. Suicidal thoughts among medical residents with burnout. *Arch Suicide Res*. 2008; 12: 344–346

152. Veil C. Les états d'épuisement. "Primum non nocere". *Concours médical* 1959; 23: 2675-81

153. Vitaliano P, Maiuro R, Russo J, Mitchell E, Carr J, Van Citters R. Medical student distress. A longitudinal study. 1989; 177(2): 70- 76

154. Wallace J.E., Lemaire, J.B., Ghali, W.A. Physician wellness: a missing quality indicator. *The Lancet*. 2009; 374, 1714-1721.

155. Warner D., Berge K., Sun H., Harman A., Hanson A., Schroeder D. Substance Use Disorder Among Anesthesiology Residents, 1975–2009. *JAMA*. 2013; 310(21): 2289–2296

156. West C., Tan A., Habermann, T., Sloan J., Shanafelt J. Association of Resident Fatigue

and Distress With Perceived Medical Errors. JAMA. 2009; 302: 12

157. Wiertz R. Th : Psychiatres et Burnout ? Etude de la Prévalence du Syndrome d'Epuisement Professionnel auprès des Psychiatres Hospitaliers du Nord Pas de Calais. TH: Med: Lille: 2012

158. Zocolillo M, Murphy G, Wetzel R. Depression among medical students. Journal of affective disorders. 1986; 11: 91-96

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque. »

**Version du Serment d'Hippocrate réactualisée et publiée dans le bulletin de
l'Ordre National des Médecins (Avril 1996 ; n°4)**