



HAL
open science

Santé psychique chez les internes de l'université de médecine de l'Université Aix Marseille

Stanislas Houdoux

► **To cite this version:**

Stanislas Houdoux. Santé psychique chez les internes de l'université de médecine de l'Université Aix Marseille. Sciences du Vivant [q-bio]. 2018. dumas-02089767

HAL Id: dumas-02089767

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02089767>

Submitted on 4 Apr 2019

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.



**Faculté
de Médecine**
Aix*Marseille Université

**Santé psychique chez les internes de l'université de médecine
de l'Université Aix Marseille**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 29 Octobre 2018

Par Monsieur Stanislas HOUDOUX

Né le 4 novembre 1988 à Paris 12^{ème} (75)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Madame le Professeur GENTILE Stéphanie

Président

Monsieur le Professeur DISDIER Patrick

Assesseur

Monsieur le Professeur FOURNIER Pierre-Edouard

Assesseur

Monsieur le Docteur CORTI Jérôme

Assesseur

Madame le Docteur MARTIN-DEVOIR Elisabeth

Directeur



**Faculté
de Médecine**
Aix-Marseille Université

**Santé psychique chez les internes de l'université de médecine
de l'Université Aix Marseille**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 29 Octobre 2018

Par Monsieur Stanislas HOUDOUX

Né le 4 novembre 1988 à Paris 12^{ème} (75)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Madame le Professeur GENTILE Stéphanie

Président

Monsieur le Professeur DISDIER Patrick

Assesseur

Monsieur le Professeur FOURNIER Pierre-Edouard

Assesseur

Monsieur le Docteur CORTI Jérôme

Assesseur

Madame le Docteur MARTIN-DEVOIR Elisabeth

Directeur

AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

Président : Yvon BERLAND

FACULTE DE MEDECINE

Doyen : Georges LEONETTI

Vice-Doyen aux Affaires Générales : Patrick DESSI
Vice-Doyen aux Professions Paramédicales : Philippe BERBIS

Assesseurs :

- * aux Etudes : Jean-Michel VITON
- * à la Recherche : Jean-Louis MEGE
- * aux Prospectives Hospitalo-Universitaires : Frédéric COLLART
- * aux Enseignements Hospitaliers : Patrick VILLANI
- * à l'Unité Mixte de Formation Continue en Santé : Fabrice BARLESI
- * pour le Secteur Nord : Stéphane BERDAH
- * aux centres hospitaliers non universitaires : Jean-Noël ARGENSON

Chargés de mission :

- * 1^{er} cycle : Jean-Marc DURAND et Marc BARTHET
- * 2^{ème} cycle : Marie-Aleth RICHARD
- * 3^{ème} cycle DES/DESC : Pierre-Edouard FOURNIER
- * Licences-Masters-Doctorat : Pascal ADALIAN
- * DU-DIU : Véronique VITTON
- * Stages Hospitaliers : Franck THUNY
- * Sciences Humaines et Sociales : Pierre LE COZ
- * Préparation à l'ECN : Aurélie DAUMAS
- * Démographie Médicale et Filiarisation : Roland SAMBUC
- * Relations Internationales : Philippe PAROLA
- * Etudiants : Arthur ESQUER

Chef des services généraux : * Déborah ROCCHICCIOLI

Chefs de service :

- * Communication : Laetitia DELOUIS
- * Examens : Caroline MOUTTET
- * Logistique : Joëlle FRAVEGA
- * Maintenance : Philippe KOCK
- * Scolarité : Christine GAUTHIER

DOYENS HONORAIRES

M. Yvon BERLAND
M. André ALI CHERIF
M. Jean-François PELLISSIER

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	FIGARELLA Jacques
	ALDIGHIERI René		FONTES Michel
	ALESSANDRINI Pierre		FRANCOIS Georges
	ALLIEZ Bernard		FUENTES Pierre
	AQUARON Robert		GABRIEL Bernard
	ARGEME Maxime		GALINIER Louis
	ASSADOURIAN Robert		GALLAIS Hervé
	AUFFRAY Jean-Pierre		GAMERRE Marc
	AUTILLO-TOUATI Amapola		GARCIN Michel
	AZORIN Jean-Michel		GARNIER Jean-Marc
	BAILLE Yves		GAUTHIER André
	BARDOT Jacques		GERARD Raymond
	BARDOT André		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BERARD Pierre		GIUDICELLI Roger
	BERGOIN Maurice		GIUDICELLI Sébastien
	BERNARD Dominique		GOUDARD Alain
	BERNARD Jean-Louis		GOUIN François
	BERNARD Pierre-Marie		GRISOLI François
	BERTRAND Edmond		GROULIER Pierre
	BISSET Jean-Pierre		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BLANC Bernard		HASSOUN Jacques
	BLANC Jean-Louis		HEIM Marc
	BOLLINI Gérard		HOUEL Jean
	BONGRAND Pierre		HUGUET Jean-François
	BONNEAU Henri		JAQUET Philippe
	BONNOIT Jean		JAMMES Yves
	BORY Michel		JOUVE Paulette
	BOTTA Alain		JUHAN Claude
	BOURGEADE Augustin		JUIN Pierre
	BOUVENOT Gilles		KAPHAN Gérard
	BOUYALA Jean-Marie		KASBARIAN Michel
	BREMOND Georges		KLEISBAUER Jean-Pierre
	BRICOT René		LACHARD Jean
	BRUNET Christian		LAFFARGUE Pierre
	BUREAU Henri		LAUGIER René
	CAMBOULIVES Jean		LEVY Samuel
	CANNONI Maurice		LOUCHET Edmond
	CARTOUZOU Guy		LOUIS René
			LUCIANI Jean-Marie
	CHAMLIAN Albert		MAGALON Guy
	CHARREL Michel		MAGNAN Jacques
	CHAUVEL Patrick		MALLAN- MANCINI Josette
	CHOUX Maurice		MALMEJAC Claude
	CIANFARANI François		MATTEI Jean François
	CLEMENT Robert		MERCIER Claude
	COMBALBERT André		METGE Paul
	CONTE-DEVOLX Bernard		MICHOTEY Georges
	CORRIOL Jacques		MILLET Yves
	COULANGE Christian		MIRANDA François
	DALMAS Henri		MONFORT Gérard
	DE MICO Philippe		MONGES André
	DELARQUE Alain		MONGIN Maurice
	DEVIN Robert		MONTIES Jean-Raoul
	DEVRED Philippe		NAZARIAN Serge
	DJIANE Pierre		NICOLI René
	DONNET Vincent		NOIRCLERC Michel
	DUCASSOU Jacques		OLMER Michel
	DUFOUR Michel		OREHEK Jean
	DUMON Henri		PAPY Jean-Jacques
	FARNARIER Georges		PAULIN Raymond
	FAVRE Roger		PELOUX Yves
	FIECHI Marius		PENAUD Antony

MM PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jean-Claude
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SERMENT Gérard
SERRATRICE Georges
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

PROFESSEURS HONORIS CAUSA

1967

MM. les Professeurs
DADI (Italie)
CID DOS SANTOS (Portugal)

1974

MM. les Professeurs
MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)
T.A. LAMBO (Suisse)

1975

MM. les Professeurs
O. SWENSON (U.S.A.)
Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)

1976

MM. les Professeurs
P. FRANCHIMONT (Belgique)
Z.J. BOWERS (U.S.A.)

1977

MM. les Professeurs
C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)
C.GIBBS (U.S.A.)
J. DACIE (Grande-Bretagne)

1978

M. le Président
F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

1980

MM. les Professeurs
A. MARGULIS (U.S.A.)
R.D. ADAMS (U.S.A.)

1981

MM. les Professeurs
H. RAPPAPORT (U.S.A.)
M. SCHOU (Danemark)
M. AMENT (U.S.A.)
Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)
S. REFSUM (Norvège)

1982

M. le Professeur
W.H. HENDREN (U.S.A.)

1985

MM. les Professeurs
S. MASSRY (U.S.A.)
KLINSMANN (R.D.A.)

1986

MM. les Professeurs
E. MIHICH (U.S.A.)
T. MUNSAT (U.S.A.)
LIANA BOLIS (Suisse)
L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987

M. le Professeur
P.J. DYCK (U.S.A.)

1988

MM. les Professeurs
R. BERGUER (U.S.A.)
W.K. ENGEL (U.S.A.)
V. ASKANAS (U.S.A.)
J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)
A. DAVIGNON (Canada)
A. BETTARELLO (Brésil)

1989

M. le Professeur
P. MUSTACCHI (U.S.A.)

1990	
MM. les Professeurs	J.G. MC LEOD (Australie) J. PORTER (U.S.A.)
1991	
MM. les Professeurs	J. Edward MC DADE (U.S.A.) W. BURGDORFER (U.S.A.)
1992	
MM. les Professeurs	H.G. SCHWARZACHER (Autriche) D. CARSON (U.S.A.) T. YAMAMURO (Japon)
1994	
MM. les Professeurs	G. KARPATI (Canada) W.J. KOLFF (U.S.A.)
1995	
MM. les Professeurs	D. WALKER (U.S.A.) M. MULLER (Suisse) V. BONOMINI (Italie)
1997	
MM. les Professeurs	C. DINARELLO (U.S.A.) D. STULBERG (U.S.A.) A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne) P.I. BRANEMARK (Suède)
1998	
MM. les Professeurs	O. JARDETSKY (U.S.A.)
1999	
MM. les Professeurs	J. BOTELLA LLUSIA (Espagne) D. COLLEN (Belgique) S. DIMAURO (U. S. A.)
2000	
MM. les Professeurs	D. SPIEGEL (U. S. A.) C. R. CONTI (U.S.A.)
2001	
MM. les Professeurs	P-B. BENNET (U. S. A.) G. HUGUES (Grande Bretagne) J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)
2002	
MM. les Professeurs	M. ABEDI (Canada) K. DAI (Chine)
2003	
M. le Professeur Sir	T. MARRIE (Canada) G.K. RADDI (Grande Bretagne)
2004	
M. le Professeur	M. DAKE (U.S.A.)
2005	
M. le Professeur	L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)
2006	
M. le Professeur	A. R. CASTANEDA (U.S.A.)
2007	
M. le Professeur	S. KAUFMANN (Allemagne)

EMERITAT

2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTES Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2018

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHOSSEGROS Cyrille	GRIMAUD Jean-Charles
ALBANESE Jacques	<i>CLAVERIE Jean-Michel Surnombre</i>	GROB Jean-Jacques
ALIMI Yves	COLLART Frédéric	GUEDJ Eric
AMABILE Philippe	COSTELLO Régis	GUIEU Régis
AMBROSI Pierre	COURBIERE Blandine	GUIS Sandrine
ANDRE Nicolas	COWEN Didier	GUYE Maxime
ARGENSON Jean-Noël	CRAVELLO Ludovic	GUYOT Laurent
ASTOUL Philippe	CUISSET Thomas	GUYS Jean-Michel
ATTARIAN Shahram	CURVALE Georges	HABIB Gilbert
AUDOUIN Bertrand	DA FONSECA David	HARDWIGSEN Jean
AUQUIER Pascal	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	HARLE Jean-Robert
AVIERINOS Jean-François	DANIEL Laurent	HOFFART Louis
AZULAY Jean-Philippe	DARMON Patrice	HOUVENAEGHEL Gilles
BAILLY Daniel	D'ERCOLE Claude	JACQUIER Alexis
BARLESI Fabrice	D'JOURNO Xavier	JOURDE-CHICHE Noémie
BARLIER-SETTI Anne	DEHARO Jean-Claude	JOUVE Jean-Luc
BARTHET Marc	DELPERO Jean-Robert	KAPLANSKI Gilles
BARTOLI Jean-Michel	DENIS Danièle	KARSENTY Gilles
BARTOLI Michel	<i>DESSEIN Alain Surnombre</i>	KERBAUL François
<i>BARTOLIN Robert Surnombre</i>	DESSI Patrick	KRAHN Martin
BARTOLOMEI Fabrice	DISDIER Patrick	LAFFORGUE Pierre
BASTIDE Cyrille	DODDOLI Christophe	LAGIER Jean-Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DRANCOURT Michel	LAMBAUDIE Eric
BERBIS Philippe	DUBUS Jean-Christophe	LANCON Christophe
BERDAH Stéphane	DUFFAUD Florence	LA SCOLA Bernard
<i>BERLAND Yvon Surnombre</i>	DUFOUR Henry	LAUNAY Franck
BERNARD Jean-Paul	DURAND Jean-Marc	LAVIEILLE Jean-Pierre
BEROUD Christophe	DUSSOL Bertrand	LE CORROLLER Thomas
BERTUCCI François	<i>ENJALBERT Alain Surnombre</i>	<i>LE TREUT Yves-Patrice Surnombre</i>
BLAISE Didier	EUSEBIO Alexandre	LECHEVALLIER Eric
BLIN Olivier	FAKHRY Nicolas	LEGRE Régis
BLONDEL Benjamin	<i>FAUGERE Gérard Surnombre</i>	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FELICIAN Olivier	LEONE Marc
BONELLO Laurent	FENOLLAR Florence	LEONETTI Georges
BONNET Jean-Louis	FIGARELLA/BRANGER Dominique	LEPIDI Hubert
BOTTA/FRIDLUND Danielle	FLECHER Xavier	LEVY Nicolas
BOUBLI Léon	FOURNIER Pierre-Edouard	MACE Loïc
BOYER Laurent	<i>FRANCES Yves Surnombre</i>	MAGNAN Pierre-Edouard
BREGEON Fabienne	FUENTES Stéphane	<i>MARANINCHI Dominique Surnombre</i>
BRETELLE Florence	GABERT Jean	<i>MARTIN Claude Surnombre</i>
BROUQUI Philippe	GAINNIER Marc	MATONTI Frédéric
BRUDER Nicolas	GARCIA Stéphane	MEGE Jean-Louis
BRUE Thierry	GARIBOLDI Vlad	MERROT Thierry
BRUNET Philippe	GAUDART Jean	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BURTEY Stéphane	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MEYER/DUTOUR Anne
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GENTILE Stéphanie	MICCALEF/ROLL Joëlle
CASANOVA Dominique	GERBEAUX Patrick	MICHEL Fabrice
CASTINETTI Frédéric	GEROLAMI/SANTANDREA René	MICHEL Gérard
CECCALDI Mathieu	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	MICHELET Pierre
CHABOT Jean-Michel	GIORGI Roch	MILH Mathieu
CHAGNAUD Christophe	GIOVANNI Antoine	MOAL Valérie
CHAMBOST Hervé	GIRARD Nadine	MONCLA Anne
CHAMPSAUR Pierre	GIRAUD/CHABROL Brigitte	MORANGE Pierre-Emmanuel
CHANEZ Pascal	GONCALVES Anthony	MOULIN Guy
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GORINCOUR Guillaume	MOUTARDIER Vincent
CHARREL Rémi	GRANEL/REY Brigitte	<i>MUNDLER Olivier Surnombre</i>
<i>CHARPIN Denis Surnombre</i>	GRANVAL Philippe	NAUDIN Jean
CHAUMOITRE Kathia	GREILLIER Laurent	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
CHIARONI Jacques	<i>GRILLO Jean-Marie Surnombre</i>	NICOLLAS Richard
CHINOT Olivier		OLIVE Daniel

OUAFIK L'Houcine
PAGANELLI Franck
PANUEL Michel
PAPAZIAN Laurent
PAROLA Philippe
PARRATTE Sébastien
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure
PELLETIER Jean
PETIT Philippe
PHAM Thao
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique
PIQUET Philippe
PIRRO Nicolas
POINSO François
RACCAH Denis
RAOULT Didier
REGIS Jean
REYNAUD/GAUBERT Martine
REYNAUD Rachel
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth
RIDINGS Bernard Surnombre

ROCHE Pierre-Hugues
ROCH Antoine
ROCHWERGER Richard
ROLL Patrice
ROSSI Dominique
ROSSI Pascal
ROUDIER Jean
SALAS Sébastien
SAMBUC Roland Surnombre
SARLES Jacques
SARLES/PHILIP Nicole
SCAVARDA Didier
SCHLEINITZ Nicolas
SEBAG Frédéric
SEITZ Jean-François
SIELEZNEFF Igor
SIMON Nicolas
STEIN Andréas
TAIEB David
THIRION Xavier
THOMAS Pascal

THUNY Franck
TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
TRIGLIA Jean-Michel
TROPIANO Patrick
TSIMARATOS Michel
TURRINI Olivier
VALERO René
VAROQUAUX Arthur Damien
VELLY Lionel
VEY Norbert
VIDAL Vincent
VIENS Patrice
VILLANI Patrick
VITON Jean-Michel
VITTON Véronique
VIEHWEGER Heide Elke
VIVIER Eric
XERRI Luc

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS

ADNOT Sébastien
FILIPPI Simon

PROFESSEUR ASSOCIE A TEMPS PARTIEL

BURKHART Gary

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ACHARD Vincent (<i>disponibilité</i>)	FABRE Alexandre	NINOVE Laetitia
ANGELAKIS Emmanouil	FOLETTI Jean- Marc	NOUGAIREDE Antoine
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	FOUILLOUX Virginie	OLLIVIER Matthieu
BARTHELEMY Pierre	FROMNOT Julien	OUDIN Claire
BARTOLI Christophe	GABORIT Bénédicte	OVAERT Caroline
BEGE Thierry	GASTALDI Marguerite	PAULMYER/LACROIX Odile
BELIARD Sophie	GELSI/BOYER Véronique	PERRIN Jeanne
BERBIS Julie	GIUSIANO Bernard	RANQUE Stéphane
BERGE-LEFRANC Jean-Louis	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	REY Marc
BEYER-BERJOT Laura	GONZALEZ Jean-Michel	ROBERT Philippe
BIRNBAUM David	GOURIET Frédérique	SABATIER Renaud
BONINI Francesca	GRAILLON Thomas	SARI-MINODIER Irène
BOUCRAUT Joseph	GRISOLI Dominique	SARLON-BARTOLI Gabrielle
BOULAMERY Audrey	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	SAVEANU Alexandru
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUIDON Catherine	SECQ Véronique
BUFFAT Christophe	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	HRAIECH Sami	TOGA Isabelle
CARRON Romain	KASPI-PEZZOLI Elise	TROUSSE Delphine
CASSAGNE Carole	L'OLLIVIER Coralie	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CHAUDET Hervé	LABIT-BOUVIER Corinne	VALLI Marc
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VELY Frédéric
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	VION-DURY Jean
DALES Jean-Philippe	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	ZATTARA/CANNONI Hélène
DAUMAS Aurélie	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	LOOSVELD Marie	
DEL VOLGO/GORI Marie-José	MANCINI Julien	
DELLIAUX Stéphane	MARY Charles	
DESPLAT/JEGO Sophie	MASCAUX Céline	
DEVEZE Arnaud (<i>Disponibilité</i>)	MAUES DE PAULA André	
DUBOURG Grégory	MILLION Matthieu	
DUFOUR Jean-Charles	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
EBBO Mikaël	NGUYEN PHONG Karine	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DEGIOANNI/SALLE Anna	POGGI Marjorie
BARBACARU/PERLES T. A.	DESNUES Benoît	RUEL Jérôme
BERLAND/BENHAIM Caroline		STEINBERG Jean-Guillaume
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise	MARANINCHI Marie	THOLLON Lionel
BOYER Sylvie	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	THIRION Sylvie
COLSON Sébastien	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	VERNA Emeline

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
BONNET Pierre-André
CALVET-MONTREDON Céline
GUIDA Pierre
JANCZEWSKI Aurélie

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

REVIS Joana

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à TEMPS-PLEIN

TOMASINI Pascale

PROFESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants

ANATOMIE 4201

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) disponibilité

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH)

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH)
BRUDER Nicolas (PU-PH)
KERBAUL François (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MARTIN Claude (PU-PH) Surnombre
MICHEL Fabrice (PU-PH)
MICHELET Pierre (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)

GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANGLAIS 11

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

BURKHART Gary (PAST)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)

PERRIN Jeanne (MCU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301

GUEDJ Eric (PU-PH)
GUYE Maxime (PU-PH)
MUNDLER Olivier (PU-PH) Surnombre
TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE
ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604**

CLAVERIE Jean-Michel (PU-PH) Surnombre
GAUDART Jean (PU-PH)
GIORGI Roch (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)
RAOULT Didier (PU-PH)

ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH)
DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)
LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
ENJALBERT Alain (PU-PH) Surnombre
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMNOT Julien (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

CARDIOLOGIE 5102

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
BONELLO Laurent (PU PH)
BONNET Jean-Louis (PU-PH)
CUISSSET Thomas (PU-PH)
DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
HABIB Gilbert (PU-PH)
PAGANELLI Franck (PU-PH)
THUNY Franck (PU-PH)

CHIRURGIE DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
LE TREUT Yves-Patrice (PU-PH) Surnombre
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)

BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)

CHIRURGIE GENERALE 5302

GIUSIANO Bernard (MCU-PH)
MANCINI Julien (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
BLONDEL Benjamin (PU-PH)
CURVALE Georges (PU-PH)
FLECHER Xavier (PU-PH)
PARRATTE Sébastien (PU-PH)
ROCHWERGER Richard (PU-PH)
TROPIANO Patrick (PU-PH)

OLLIVIER Matthieu (MCU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

BERTUCCI François (PU-PH)
CHINOT Olivier (PU-PH)
COWEN Didier (PU-PH)
DUFFAUD Florence (PU-PH)
GONCALVES Anthony (PU-PH)
HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
MARANINCHI Dominique (PU-PH) *Surnombre*
SALAS Sébastien (PU-PH)
VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
D'JOURNO Xavier (PU-PH)
DODDOLI Christophe (PU-PH)
GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
MACE Loïc (PU-PH)
THOMAS Pascal (PU-PH)

FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)
GRISOLI Dominique (MCU-PH)
TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
AMABILE Philippe (PU-PH)
BARTOLI Michel (PU-PH)
MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
PIQUET Philippe (PU-PH)

SARLON-BARTOLI Gabrielle (MCU-PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

GRILLO Jean-Marie (PU-PH) *Surnombre*
LEPIDI Hubert (PU-PH)

ACHARD Vincent (MCU-PH) *disponibilité*
PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003

BERBIS Philippe (PU-PH)
GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
GROB Jean-Jacques (PU-PH)
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

**ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ;
GYNECOLOGIE MEDICALE 5404**

BRUE Thierry (PU-PH)
CASTINETTI Frédéric (PU-PH)

EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601

AUQUIER Pascal (PU-PH)
BOYER Laurent (PU-PH)
CHABOT Jean-Michel (PU-PH)
GENTILE Stéphanie (PU-PH)
SAMBUC Roland (PU-PH) *Surnombre*
THIRION Xavier (PU-PH)

DELPERO Jean-Robert (PU-PH)
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
SEBAG Frédéric (PU-PH)
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
BIRNBAUM David (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

GUYS Jean-Michel (PU-PH)
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
LAUNAY Franck (PU-PH)
MERRROT Thierry (PU-PH)
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE PLASTIQUE,

RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛOLOGIE 5004

CASANOVA Dominique (PU-PH)
LEGRE Régis (PU-PH)

HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
BERNARD Jean-Paul (PU-PH)
BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH)
DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
GRANDVAL Philippe (PU-PH)
GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)
SEITZ Jean-François (PU-PH)
VITTON Véronique (PU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

GENETIQUE 4704

BEROUD Christophe (PU-PH)
KRAHN Martin (PU-PH)
LEVY Nicolas (PU-PH)
MONCLA Anne (PU-PH)
SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

NGYUEN Karine (MCU-PH)
TOGA Caroline (MCU-PH)
ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
BOUBLI Léon (PU-PH)
BRETTELLE Florence (PU-PH)
CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
COURBIERE Blandine (PU-PH)
CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
D'ERCOLE Claude (PU-PH)

BERBIS Julie (MCU-PH)
LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)
TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)

IMMUNOLOGIE 4703

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
MEGE Jean-Louis (PU-PH)
OLIVE Daniel (PU-PH)
VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
ROBERT Philippe (MCU-PH)
VELY Frédéric (MCU-PH)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH)
LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
PAROLA Philippe (PU-PH)
STEIN Andréas (PU-PH)

MILLION Matthieu (MCU-PH)

MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; MEDECINE GENERALE ; ADDICTOLOGIE 5301

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
DISDIER Patrick (PU-PH)
DURAND Jean-Marc (PU-PH)
FRANCES Yves (PU-PH) Surnombre
GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
HARLE Jean-Robert (PU-PH)
ROSSI Pascal (PU-PH)
SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

EBBO Mikael (MCU-PH)

GENTILE Gaëtan (MCF Méd. Gén. Temps plein)

ADNOT Sébastien (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)
FILIPPI Simon (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén à mi-temps)
CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)
GUIDA Pierre (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NUTRITION 4404

DARMON Patrice (PU-PH)
RACCAH Denis (PU-PH)
VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité
BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)
SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

OPHTALMOLOGIE 5502

DENIS Danièle (PU-PH)
HOFFART Louis (PU-PH)
MATONTI Frédéric (PU-PH)
RIDINGS Bernard (PU-PH) Surnombre

HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701

BLAISE Didier (PU-PH)
COSTELLO Régis (PU-PH)
CHIARONI Jacques (PU-PH)
GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
VEY Norbert (PU-PH)

GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
LOOSVELD Marie (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

LEONETTI Georges (PU-PH)
PELISSIER/ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

BARTOLI Christophe (MCU-PH)
TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)
SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

NEPHROLOGIE 5203

BERLAND Yvon (PU-PH) Surnombre
BRUNET Philippe (PU-PH)
BURTEY Stéphanne (PU-PH)
DUSSOL Bertrand (PU-PH)
JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)
MOAL Valérie (PU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)
FUENTES Stéphane (PU-PH)
REGIS Jean (PU-PH)
ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)
SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)
GRAILLON Thomas (MCU PH)

NEUROLOGIE 4901

ATTARIAN Sharham (PU PH)
AUDOIN Bertrand (PU-PH)
AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)
CECCALDI Mathieu (PU-PH)
EUSEBIO Alexandre (PU-PH)
FELICIAN Olivier (PU-PH)
PELLETIER Jean (PU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)
POINSO François (PU-PH)

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

DESSI Patrick (PU-PH)
 FAKHRY Nicolas (PU-PH)
 GIOVANNI Antoine (PU-PH)
 LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)
 NICOLLAS Richard (PU-PH)
 TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)

DEVEZE Arnaud (MCU-PH) Disponibilité

REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502

DESSEIN Alain (PU-PH) Surnombre

CASSAGNE Carole (MCU-PH)
 L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)
 MARY Charles (MCU-PH)
 RANQUE Stéphane (MCU-PH)
 TOGA Isabelle (MCU-PH)

PEDIATRIE 5401

ANDRE Nicolas (PU-PH)
 CHAMBOST Hervé (PU-PH)
 DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)
 GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)
 MICHEL Gérard (PU-PH)
 MILH Mathieu (PU-PH)
 REYNAUD Rachel (PU-PH)
 SARLES Jacques (PU-PH)
 TSIMARATOS Michel (PU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)
 FABRE Alexandre (MCU-PH)
 OUDIN Claire (MCU-PH)
 OVAERT Caroline (MCU-PH)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

BAILLY Daniel (PU-PH)
 LANCON Christophe (PU-PH)
 NAUDIN Jean (PU-PH)

CHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PSYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)
 CHAGNAUD Christophe (PU-PH)
 CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)
 GIRARD Nadine (PU-PH)
 GORINCOUR Guillaume (PU-PH)
 JACQUIER Alexis (PU-PH)
 MOULIN Guy (PU-PH)
 PANUEL Michel (PU-PH)
 PETIT Philippe (PU-PH)
 VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)
 VIDAL Vincent (PU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802

GAINNIER Marc (PU-PH)
 GERBEAUX Patrick (PU-PH)
 PAPAIZIAN Laurent (PU-PH)
 ROCH Antoine (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

RHUMATOLOGIE 5001

GUIS Sandrine (PU-PH)
 LAFFORGUE Pierre (PU-PH)
 PHAM Thao (PU-PH)
 ROUDIER Jean (PU-PH)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

BLIN Olivier (PU-PH)
 FAUGERE Gérard (PU-PH) Surnombre
 MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)
 SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)
 VALLI Marc (MCU-PH)

PHILOSOPHIE 17

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

PHYSIOLOGIE 4402

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)
 BREGEON Fabienne (PU-PH)
 MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)
 TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BARTHELEMY Pierre (MCU-PH)
 BONINI Francesca (MCU-PH)
 BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)
 DADOIN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)
 DEL VOLGO/GORI Marie-José (MCU-PH)
 DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)
 GABORIT Bénédicte (MCU-PH)
 REY Marc (MCU-PH)

LIMERAT/BOUDOURESQUE Françoise (MCF) (40ème section) Retraite 1/5/2018
 RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)
 STEINBERG Jean-Guillaume (MCF) (66ème section)
 THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

ASTOUL Philippe (PU-PH)
 BARLESI Fabrice (PU-PH)
 CHANEZ Pascal (PU-PH)
 CHARPIN Denis (PU-PH) Surnombre
 GREILLIER Laurent (PU-PH)
 REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

MASCAUX Céline (MCU-PH)

TOMASINI Pascale (Maitre de conférences associé des universités)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804

AMBROSI Pierre (PU-PH)
 BARTOLIN Robert (PU-PH) Surnombre
 VILLANI Patrick (PU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

UROLOGIE 5204

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
 KARSENTY Gilles (PU-PH)
 LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
 ROSSI Dominique (PU-PH)

Remerciements :

- A ma directrice de thèse, le Dr MARTIN-DEVOIR : recevez mes plus sincères remerciements pour l'aide précieuse dont vous avez fait preuve pendant les différentes étapes de ma thèse. Votre disponibilité m'a été essentielle.
- Au Pr GENTILE : Recevez mes sincères remerciements pour avoir accepté d'être ma présidente de jury de thèse.
- Au Pr DISDIER : Recevez ma sincère gratitude pour l'intérêt que vous avez exprimé.
- Au Pr FOURNIER: Recevez ma sincère gratitude pour avoir accepté d'être membre de mon jury.
- Au Dr CORTI : Recevez mes sincères remerciements pour votre réactivité.
- A mes parents, Perrine et Charles, qui m'ont toujours soutenu, encouragé dans toutes mes entreprises, et je peux même dire, porté à bout de bras à certains moments.
- A Adèle, pour l'aide incroyable qu'elle m'a fournie pour cette thèse.
- A Nadège, la femme que j'aime, qui aura su me canaliser, m'écouter, me guider, et surtout relire cette thèse avec la patience nécessaire pour en faire un travail abouti.
- A Estelle, pour ses conseils avisés
- A mes beaux-parents, Brigitte et Didier, vos conseils et bons soins m'ont aidé pour la rédaction de ma thèse.
- A mon meilleur ami, Florent CHEN, bien qu'éloigné, tu as su partager de bons conseils tout en me permettant de me changer les idées quand nécessaire.
- A Diane et Marine, des amies comme on en fait peu, pourvoyeuses de bons conseils
- A Chloé, une camarade qui m'aura permis d'avancer dans la bonne direction.
- A Ferial, et notre entre-aide mutuelle en stage, me permettant d'avoir eu une fin d'internat agréable et du temps pour rédiger ma thèse.
- A mes amis, David, Nicolas, Malek, Jean-Nicolas, Jonathan pour les moments passés ensemble pour m'aider à souffler.

Table des matières

I.	Introduction	2
II.	La santé psychique chez les internes	3
	A. La santé des internes	3
	B. Le bien-être	7
	C. La consommation de toxiques et de médicaments	9
	D. Les troubles du sommeil.....	13
	E. Les variations pondérales.....	15
	F. Le suicide	17
	G. Le dépistage	18
III.	Description de l'étude	19
	A. Objectif.....	19
	B. Matériel et méthode	20
	C. Résultats.....	23
	1. Données démographiques.....	23
	2. Situation professionnelle.....	28
	3. Données personnelles	30
	4. Conduites addictives	36
	5. Troubles du sommeil	48
	6. Qualité de vie.....	52
	7. Dépistages.....	54
	8. Services de prévention et d'accompagnement.....	59
IV.	Discussion	61
	1. Principaux résultats	61
	2. Forces et limites	62
	3. Comparaison avec les données de la littérature.....	64
V.	Conclusion	73
	Bibliographies	76
	Annexes.....	79
	Table des abréviations	110

I. Introduction :

L'internat, période des études médicales permettant d'acquérir compétences, expériences et visant à poursuivre son apprentissage dans la discipline que nous avons choisi après le concours national classant, l'ECN, au terme de 6 années de travail personnel acharné et de nombreux sacrifices.

Suivant la discipline choisie, les stages hospitaliers et ceux chez les différents praticiens se succèdent pour une durée allant de 3 à 5 ans selon les spécialités. Durant cette période, les internes sont soumis à de nombreuses nouvelles règles, aussi bien en termes d'horaire qu'avec les gardes, ou encore, des cours et formations auxquels les internes ont alors accès. Les journées s'allongent, le rythme se densifie, la fatigue et le stress apparaissent. Les internes s'épuisent. En effet, avec une vie professionnelle intense et de surcroît une vie privée annihilée, la souffrance chez les internes est une réalité.

Cette souffrance est parfois tellement vive qu'elle plonge l'interne dans une grande détresse, en témoigne de nombreux évènements tragiques :

- En février 2016, le suicide de Maxime. Brillant étudiant (classé parmi les trente premiers à l'issue du concours de la première année de médecine, et 104ème aux épreuves classantes nationales ECN), âgé de 27 ans, le jeune homme était interne en chirurgie à l'hôpital de la Timone et poursuivait un master 2. Personne n'avait perçu son profond malaise.
- En mars 2016, suicide d'un interne à Nice
- En mai 2017, suicide d'un interne d'anesthésie- réanimation au CHU de Bordeaux.
- En janvier 2018, un interne en médecine générale de 25 ans a succombé à un malaise cardiaque survenu cinq jours plus tôt au service Gériatrie des Hôpitaux universitaires de Strasbourg où il était en stage.
- En janvier 2018, à Mirande, Marine, 26 ans, interne en médecine générale, a trouvé la mort dans un accident de la route en rentrant de stage après une garde.
- En janvier 2018, à Paris, Marine, 26 ans, interne en dermatologie à l'hôpital Cochin s'est suicidée. Elle était connue par ses collègues comme une interne « passionnée et extrêmement investie » dans son service.

Cette liste, non exhaustive, traduit un problème de plus en plus présent dans le monde médical.

De récents travaux et enquêtes se sont penchés sur cet enjeu de santé publique qu'est la souffrance des étudiants en Médecine, principalement celle de l'ANEMF en 2013.

Nous pouvons facilement envisager que, durant ces années, les internes soient plus à risque de développer certains troubles psychiques ou comportements à risque, tels que l'anxiété, la dépression, les mésusages ou addictions à différents produits, les troubles du sommeil, la consommation de toxiques, etc. ...

« Je marche entre le suicide et le succès, et à mesure que j'avance, ces deux bornes se rapprochent et me serrent davantage ; et je suis un peu ivre. Sur laquelle vais-je m'asseoir et me reposer ? »

Citation de Sully Prudhomme ; Journal intime, le 7 février 1864.

II. La santé psychique des internes :

A. La santé des internes :

Il nous semble capital de commencer par l'évaluation des différents facteurs modifiant la santé de l'interne au vu de son nouveau statut et de sa vie quotidienne, et ces derniers la dégradant.

Statut de l'interne :

Défini par l'article R6153-2 du code de la santé publique (1), puis modifié par le décret n°2015-225 du 26 février 2015, et consolidé le 1^{er} mai 2018 : article 1 : « L'interne est un agent publique ». C'est un « Praticien en formation spécialisée, il consacre la totalité de son temps à sa formation médicale, odontologique ou pharmaceutique en stage et hors stage ». In fine, être interne c'est avoir un statut intermédiaire entre l'étudiant et le médecin, ni vraiment l'un, ni tout à fait l'autre, un entre-deux indéfinissable.

Il doit poursuivre un apprentissage dans la spécialité choisie, parfois même le débiter. Il doit apprendre, dans le même temps, à communiquer en équipe, prendre des responsabilités, discuter avec des familles de patients, les rassurer ou leur annoncer de mauvaises nouvelles, être confronté à la mort, tout cela sans préparation, la plupart du temps pendant l'externat. Déjà plongés dans la réalité de la

pratique, sans en avoir eu les clés, le quotidien des internes en stage reste souvent brutal et désarçonnant.

Les exigences du travail d'interne :

Elles sont de 3 types :

- Temporelle :

Les obligations de service de l'interne comprennent **dix demi-journées** par semaine dont **huit demi-journées** en stage et **deux demi-journées** consacrées à la formation : une sous la responsabilité du coordonnateur du DES et une demi-journée de temps personnel de consolidation de ses connaissances et de ses compétences que l'interne utilise de façon autonome. Ces dernières doivent être regroupées dans un tableau de service nominatif prévisionnel, comme le définit l'arrêté du 30 juin 2015. Une garde est comptabilisée comme l'accomplissement de deux demi-journées en stage.

De plus, « La formation en stage, incluant le temps de garde et d'intervention en astreinte, ainsi que la demi-journée de formation hors stage ne peuvent excéder quarante-huit heures par période de sept jours, cette durée étant calculée en moyenne sur une période de trois mois ».

En effet, selon les Articles R6153-2 du code de santé publique (1) : arrêté du 10 septembre 2002 relatif aux gardes des internes, des résidents en médecine et des étudiants désignés pour occuper provisoirement un poste d'interne et à la mise en place du repos de sécurité, les internes disposent d'un repos de sécurité à la suite d'une garde. Ce repos ne donne pas lieu à la possibilité d'accomplir des obligations de service hospitalière, ambulatoire ou universitaire.

Ces textes visent à améliorer la qualité de vie de l'interne en fixant le temps de travail à 48h/semaine et en instaurant un repos de garde obligatoire.

Or, en 2012, l'ISNIH (2) publie une enquête qui met en évidence l'absence de région en France respectant la législation sur le repos de garde. Elle démontre aussi que le temps moyen de travail hebdomadaire est d'environ 60h/semaine, pouvant aller jusqu'à 69h/semaine pour les internes en chirurgie.

Cette même étude révèle que 4 gardes mensuelles est le nombre moyen de gardes effectuées par les internes en France. Les internes en chirurgie, en gynécologie-

obstétrique et en anesthésie sont les 3 disciplines les plus pourvoyeuses en gardes. Dans 21% des cas, le repos compensatoire post-garde n'est pas respecté.

Plus récemment, l'enquête en 2017, organisée par l'ISNI (3), met en évidence que 40 % des internes travaillent entre 48 et 60 heures par semaine, 27 % entre 61 et 80 heures, 5 % exerçant même au-delà. Cette augmentation des horaires des internes est de plus en plus fréquente et montrent un vrai dérèglement de l'organisation du système médical français qui pèse lourd sur les internes.

- Cognitive :

Le travail des internes demande une concentration importante, parfois de manière prolongée, ou dans des situations de stress et de pression importante. A cela s'ajoute de fortes dettes de sommeil engendrées par des rythmes de travail intenses et prolongés (gardes, astreintes).

- Sociales :

L'interne est soumis à un ensemble de « pressions sociales » auquel il doit faire face et pour lesquelles il n'est pas toujours préparé.

En effet, être interne, c'est travailler avec plusieurs équipes, changer d'équipe tous les 6 mois, s'adapter à chaque fois aux habitudes de travail de chacune des équipes, de chacun des services. C'est être un caméléon dans la plus grande discrétion. Etre interne, c'est aussi subir des pressions provenant du personnel administratif de l'hôpital.

La charge émotionnelle :

L'interne, en tant que personnel de soin, est au plus près de la souffrance des patients dont il a la charge. Il est ainsi confronté régulièrement à la souffrance physique, psychique, voire à la détresse des patients. Parfois même, il est confronté à la mort et prend en charge la souffrance des familles dans ce cadre.

Les internes sont donc contraints de développer des stratégies de défense puissantes pour se protéger, se préserver et ainsi être soumis à une trop grande pression émotionnelle. Néanmoins, cette « pression » émotionnelle est bien réelle et contribue à fragiliser le moral des internes.

La charge de travail :

Comme évoqué précédemment, les horaires « à rallonges » sont monnaie courante pour les internes. La réalisation des tableaux de gardes, ainsi que la réalisation du planning de présence dans les services, sont d'autant de stress présents qui découlent de l'impossibilité d'avoir un contrôle sur le rythme de travail ou le volume de celui-ci. L'impossibilité de contrôler le volume et le rythme de travail est génératrice de stress importants.

De par l'absence, dans certains services, d'un nombre d'interne suffisant, la charge de travail augmente et de nombreux internes se retrouvent dans l'incapacité d'effectuer l'ensemble des tâches qui leurs sont dévolues durant la journée. Cela contraint les internes à devoir ramener une partie de ce travail non fait chez eux, afin de le réaliser, au détriment de leur vie personnelle ou familiale.

Cette charge de travail génère une fatigue plus importante et entraîne le développement, chez certains, le sentiment de ne pas être à la hauteur des tâches confiées, et donc d'être « inférieur » aux autres.

Cette charge de travail importante pourrait également expliquer la négligence des internes de leur propre santé. En effet, ils sont peu nombreux à avoir un suivi médical régulier.

Inadéquation entre vie professionnelle et vie privée :

La capacité à concilier la vie personnelle et la vie professionnelle est au centre de toutes les attentions pour les salariés. Nous savons que le déséquilibre de cette balance provoque des conséquences d'importance plus ou moins grande : stress, diminution de l'engagement, diminution de l'envie de travailler, retard dans le travail, absentéisme, burnout, ...

Les internes n'échappent pas à la règle. Après des semaines de travail de presque 60h, des journées commençant à 8h pour finir à 20h, des gardes/astreintes, un travail parfois éloigné du domicile, ... il n'est pas toujours simple de trouver du temps pour profiter de sa famille, de ses proches, ou de se dégager du temps pour ses loisirs. A cela s'ajoute les reproches des proches, pouvant parfois être mal perçus et provoquant un appauvrissement de la qualité de vie personnelle des internes. Ces situations tendent à appauvrir les relations interpersonnelles et à isoler de plus l'interne d'une vie sociale riche.

Les conflits éthiques :

Pendant ses études, et encore plus pendant l'internat, l'interne peut être amené à faire des choses contraires à son sens éthique et moral, une situation qui tend à générer chez l'interne un véritable conflit intérieur.

L'esprit de compétition :

Il existe un réel esprit de compétition entre les internes, chacun tenant de « séduire », par sa technique et ses connaissances, ses pairs afin de gagner sa place au sein du service après l'internat.

Cela a pour effet de créer un individualisme important chez certains internes, facteur nécessaire pour réussir dans un monde où l'abnégation de soi est poussée à l'extrême, et que le fait de montrer ses faiblesses peut porter préjudice. Comment parvenir à exprimer son mal-être dans ses circonstances, quand d'autres semblent y parvenir sans encombre ?

Autres facteurs :

Enfin, les multiples doutes et peurs dont sont emprunts les internes dans le cadre de leur internat (peur de décevoir sa famille en cas d'échec, peur de l'erreur médicale, crainte de l'isolement au sein de l'équipe, peur du manque de reconnaissance vis-à-vis des chefs ou de ses co-interne, ...) tendent à fragiliser certains internes dans leurs carrières futures...

B. Le bien être :

a) Définition :

Le bien-être se définit comme un état agréable résultant de la satisfaction des besoins du corps et du calme de l'esprit (4).

Le bien-être est donc une évaluation subjective personnelle. De plus, le « bien-être » est partie intégrante de la Santé selon l'OMS.

Selon Ryff et Keyes (1995) (5), le bien-être se définit par :

- Une bonne estime de soi et une évaluation positive de sa vie ;
- De bonnes relations avec les autres ;
- Une sensation de maîtrise sur sa vie et son environnement ;
- La sensation de pouvoir prendre ses propres décisions et d'être autonome ;

- Donner un sens à sa vie ;
- Se sentir dans la continuité de son développement personnel.

Selon Netz et coll. (2005) (5), le bien-être serait la résultante de quatre dimensions :

- Le bien-être émotionnel (trait et état d'anxiété, stress, tension, état et trait de dépression, angoisse, confusion, énergie, vigueur, fatigue, émotions, optimisme)
- Les perceptions de soi (compétences, perception de soi, estime globale de soi, image du corps, perception de sa condition physique, perception de maîtrise de soi, attribution causale...)
- Le bien-être psychique (douleur, perception des troubles somatiques, ...)
- Le bien-être perçu (qualité de vie, bien-être subjectif).

Cette notion, aussi vaste et complexe qu'imprécise, donne lieu à de nombreuses interprétations quant aux possibles moyens d'évaluer cette notion.

b) Méthodes et outils d'évaluation :

Les méthodes et outils d'évaluation sont aussi nombreux que complexes. Certains vont se concentrer sur quelques notions. Les plus complets permettent d'appréhender une large partie des différentes notions réunies dans le terme « bien-être ».

Le questionnaire SF-36 (MOS 36 Short Form) est par exemple un questionnaire en 36 items regroupant 8 notions, à savoir l'activité physique, la limitation de l'état physique, la douleur physique, la sante perçue, la vitalité, les relations de vie, la santé psychologique, la limitation de l'état psychologique.

L'échelle NHP (Nottingham Health Profile) qui comprend 45 items, subdivisée en 6 parties.

Le WHOQOL (WHO Quality Of Life assessment) comprenant 100 items ou le WHOQOL BREF (sa version simplifiée) qui est lui plus court avec 26 items regroupés en 4 parties.

Dans notre étude, c'est l'échelle de satisfaction de vie ou SWLS (Satisfaction With Life Scale) (6) qui a été utilisée. Il s'agit d'un test court pouvant être réalisé en 1 à 3

minutes, comprenant 5 énoncés mesurant une satisfaction générale que la personne peut entretenir vis-à-vis de son vécu.

Cette échelle n'évalue néanmoins que la composante cognitive du bien-être subjectif de l'individu.

c) Revue de littérature

En janvier 2013, dans une enquête menée sur les conditions de travail et de formation des étudiants en médecine, l'ANEMF (7) évoque que 58% des étudiants interrogés sont plutôt satisfait de leurs études alors que 11% en sont totalement satisfaits. Cependant il est observé une diminution de cette satisfaction au fur et à mesure que l'étudiant progresse dans ses études. De plus, près de 74% des étudiants disent que leurs études empiètent sur les autres sphères de leur vie. Cela est d'autant plus vrai que les années d'études sont élevées.

Près de 10% seulement des étudiants se disent totalement satisfaits de leurs études de médecine.

Dans cette même étude, environ 10% des étudiants jugent avoir assez de temps à consacrer à leurs loisirs.

En 2017, dans sa thèse menée auprès d'externes en médecine de Paris en 2016, SAINT-FELIX (8) met en évidence que 37,6% des externes de Paris jugent avoir une mauvaise qualité de vie, contre 62,4% la trouvant bonne.

C. La consommation de toxiques et de médicaments

a) Définition

L'addiction (4) se définit comme un processus de dépendance plus ou moins aliénante à des toxiques ou à des comportements.

Il existe 4 types d'utilisateurs :

- Expérimentateurs : utilisation d'une substance au moins une fois dans une vie
- Occasionnels : utilisation d'une substance au moins une fois dans l'année
- Réguliers : consommation tous les jours
- A problème : consommation avec abus ou dépendance

D'après le DSM V (9), manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, ou *Diagnostic and Statistical Manual ou Mental Disorders*, mis à jour en février 2018, l'addiction se définit comme : « Mode d'utilisation inadapté d'un produit conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance, cliniquement significative, caractérisé par la présence de deux (ou plus) des manifestations suivantes, à un moment quelconque d'une période continue de douze mois » :

- Le produit est souvent pris en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévue.
- Il existe un désir persistant ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'utilisation du produit.
- Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir le produit, utiliser le produit ou récupérer de leurs effets.
- « Craving » ou une envie intense de consommer le produit.
- Utilisation répétée du produit conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures au travail, à l'école ou à la maison.
- Utilisation du produit malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets du produit.
- Des activités sociales, occupationnelles ou récréatives importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation du produit.
- Utilisation répétée du produit dans des situations où cela peut être physiquement dangereux.
- L'utilisation du produit est poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par cette substance.
- Tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :
 - Besoin de quantités notablement plus fortes du produit pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré.
 - Effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité du produit.
- Sevrage, caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
 - Syndrome de sevrage du produit caractérisé (cf. diagnostic du syndrome de sevrage du produit)

- Le produit (ou une substance proche) est pris pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.

Si nous sommes en présence de 2 à 3 critères positifs, il est possible de parler d'addiction légère, entre 4 et 5 critères l'addiction est modérée, et au-delà de 6 critères, nous parlons d'addiction sévère.

b) Méthodes et outils d'évaluation :

Concernant l'évaluation de la consommation au tabac (9), le questionnaire spécifique à sa recherche est basé sur le questionnaire Fagerstrom, comportant un ensemble de 6 questions. Une version plus courte, le short tabac-test ne nécessite que de poser 2 questions. Ces 2 tests permettent d'évaluer la dépendance au tabac.

Concernant l'évaluation de la consommation en cannabis (9), le questionnaire CAST permet de l'évaluer à travers un questionnaire de 5 questions.

Concernant l'évaluation de la consommation d'alcool (9), il existe 3 types de questionnaires pouvant être utilisés. Le plus complet est le questionnaire AUDIT (10), basé sur 10 questions comportant des questions sur la fréquence des consommations ou les répercussions sociales de celle-ci, permettant un repérage plus précoce que pour les 2 autres.

Le second est le questionnaire FACE (9), composé de 5 questions permettant d'évaluer le risque d'avoir une dépendance à l'alcool.

Enfin, le questionnaire DETA (9), composé de 4 questions à réponses fermées, est utile pour l'évaluation de l'intoxication alcoolique.

c) Revue de littérature :

D'après le Baromètre Santé de 2007 (11), 9,4 % des personnes de 12-75 ans présenteraient ou auraient présenté au cours de leur vie un risque d'alcoolodépendance en France. Avec un deuxième outil de dépistage (AUDIT C), 0,9 % de la population présenterait un risque de dépendance alcoolique et 7,9 % un risque d'usage nocif. Ces prévalences sont similaires à celles retrouvées dans l'enquête européenne ESEMeD (12) .

Dans son rapport sur la santé mentale à Marseille de 2007 (13), l'ORS met en évidence que la prévalence de l'usage du cannabis varie selon les pays entre 20 et 46 % en population générale et entre 37 et 69 % chez les adolescents et les jeunes

adultes.

De plus, et concernant la consommation d'autres substances (cocaïne, ecstasy, substances hallucinogènes, héroïne, poppers...), l'étude a permis de retrouver une prévalence de 4% des 15 – 64 ans en 2005.

Sur l'agglomération de Marseille, elle a permis d'estimer le nombre d'utilisateurs problématiques de drogues entre 3 800 et 7 200 ; soit une prévalence de 10,2 utilisateurs pour mille personnes de 15-59 ans.

En 2010, des enseignants de la Région Centre (14) se sont interrogés sur les facteurs de décompensation au cours de l'internat. Ils retrouvent que 4,5% des internes consomment régulièrement des substances psychoactives et que 12% des internes ont une consommation excessive d'alcool.

Dans sa thèse soutenue en 2011, DELAHAYE (15) a interrogé 309 étudiants de la faculté de médecine Paris Descartes sur leur consommation de substances addictives. Il retrouve une sur-consommation d'alcool, comparativement à la population générale des étudiants, et encore plus particulièrement s'il s'intéresse au binge drinking. En revanche, concernant le tabac et le cannabis, les étudiants sont dans les normes nationales des étudiants de France avec notamment 50% des étudiants déclarant avoir expérimenté le cannabis. Il note en revanche l'importance d'un certain mode de pratique révélé par le binge drinking, mais existant également pour d'autres substances psychoactives : les étudiants en médecine ont en effet souvent tendance à avoir un mode de consommation intensif et sur une courte période qui semble agir comme un exutoire ponctuel.

Dans une étude s'intéressant au suivi médical des internes au cours de leur troisième cycle d'internat la faculté d'Angers en 2011-2012 (16), il est mis en évidence qu'au niveau des traitements médicamenteux, 80% ont déjà pratiqué l'auto prescription (1 interne sur dix pour un traitement hypnotique et 13% pour des anxiolytiques type benzodiazépines).

Dans sa thèse de septembre 2013 menée sur les étudiants en médecine dans le Nord-Pas-de-Calais, HUYNH (17) démontre que 21% des étudiants sont fumeurs, avec une augmentation de leur consommation chez 12% d'entre eux. 14% des

étudiants ont une consommation excessive d'alcool et 18% des étudiants ont consommé des produits illicites dans l'année.

Dans son enquête nationale de janvier 2013 sur les conditions de travail et de formation des étudiants en médecine, l'ANEMF (7) met en évidence plusieurs éléments : 25,7% des étudiants ont consommé au moins une fois des psychostimulants, dont 15,25% de manière occasionnelle. 8,7% des étudiants ont consommé au moins une fois des antidépresseurs et 1,61% en consomment tous les jours. Pres de 22% des étudiants admettent avoir au moins consommé une fois des anxiolytiques, dont près de 11% en consomment occasionnellement.

D. Les troubles du sommeil :

a) Définitions

Les troubles du sommeil désignent toute perturbation de la qualité ou de la durée du sommeil. Ils peuvent se manifester par des insomnies, des hypersomnies ou des parasomnies. Nous nous intéresserons plus spécifiquement aux insomnies et à certaines parasomnies rencontrées plus spécifiquement chez les étudiants, et principalement chez ceux soumis à un stress.

1) L'insomnie :

Concernant l'insomnie (18), elle se caractérise par :

- Des troubles de l'endormissement avec une durée d'endormissement supérieure à 30 minutes
- Au moins 2 réveils nocturnes avec difficultés à se rendormir
- Réveil au moins 1h avant l'heure désirée et impossibilité de se rendormir
- Sommeil non récupérateur

Ces troubles doivent survenir au moins 3 fois par semaine depuis au moins 2 mois et avoir des conséquences sur la journée du lendemain du type :

- Asthénie
- Trouble de l'attention ou de la concentration
- Irritabilité, nervosité
- Difficultés professionnelles ou à la réalisation de tâches du quotidien

2) Les parasomnies :

- Le somnambulisme :

Il se définit par l'exécution de gestes ou de comportements automatiques plus ou moins élaborés au cours du sommeil et sans conscience de les accomplir. Les comportements les plus simples vont du simple fait de s'asseoir dans son lit et marmonner quelque chose avant de se rendormir. Les plus complexes peuvent se caractériser par des déambulations nocturnes, de la boulimie nocturne avec prise d'aliments en général non cuisinés, ou encore, actes de violence envers soi-même ou son conjoint dans un contexte de rêves agressifs.

- Terreur nocturne et cauchemars

Concernant le cauchemar, il est défini comme de longues et complexes séquences de rêves s'apparentant à une histoire qui semble réelle et qui suscite l'anxiété, la peur, ou d'autres émotions dysphoriques. Certains facteurs, tels que la consommation d'alcool et la prise de certains médicaments, accentuent les cauchemars.

Concernant les terreurs nocturnes (19), elles sont rares chez l'adulte. Elles se caractérisent par l'apparition brutale de manifestation de terreur intense avec cris stridents, pleurs, expression de panique avec les yeux ouverts, manifestations végétatives majeures (tachycardie, palpitations, polypnée, ...) très impressionnante pour l'entourage, mais la personne ne garde aucun souvenir si on ne la réveille pas. En cas de réveil, la personne sera effrayée avec une incapacité à expliquer pourquoi. Bien que rare à l'âge adulte, elles peuvent apparaître dans un contexte de stress et d'anxiété important.

b) Méthodes et outils d'évaluation :

L'échelle de Vis-Morgen est un auto-questionnaire de 10 questions qualitatives permettant l'évaluation de la qualité du sommeil.

Le Test de Ford comporte lui 9 questions et s'intéresse au risque d'insomnie face à une situation de stress potentiel.

L'index de Qualité de Sommeil de Pittsburgh comporte un ensemble de 11 questions permettant d'obtenir un score de qualité du sommeil, de comparer les effets d'une intervention ou d'un traitement sur un grand nombre de personnes, et d'en évaluer

l'efficacité de façon quantitative.

L'échelle d'Epworth permet de quantifier la somnolence d'un patient.

c) Revue de littérature :

Dans l'enquête nationale de l'ANEMF (7), en janvier 2013, sur les conditions de travail des étudiants en médecine, près de 88% des étudiants ont répondu avoir l'impression de manquer de sommeil en raison de leurs études. Près de 18% utilisent des somnifères de temps en temps et environ 1% en utilisent tous les jours.

Dans sa thèse de 2015, COSTA (20), auprès des internes toulousains, retrouve que 40% sont sujets à des troubles du sommeil.

E. Les variations pondérales :

a) Définition :

Le terme « variation pondérale » désigne toutes les variations relatives au poids, que ce soit en perte, mais aussi en gain de poids.

b) Variables pouvant affecter la prise ou perte de poids

Concernant la prise de poids (21), plusieurs facteurs bien identifiés sont responsables d'une prise de poids dans la population générale :

- Modification du statut hormonal : puberté, grossesse, ménopause
- Changement d'environnement familial : mariage, divorce
- Changement d'environnement professionnel : perte d'emploi
- Choc émotionnel : dépression, burn-out, deuil, accident grave
- Sevrage tabagique
- Arrêt de l'activité physique
- Prise médicamenteuse : antidépresseurs tricycliques, neuroleptiques, lithium, glucocorticoïdes, insuline, ...
- Intervention chirurgicale imposant une immobilisation prolongée

Concernant la perte de poids (22), les facteurs identifiés et connus peuvent être regroupés en 3 catégories :

- Perte de poids avec perte d'appétit :
 - Anorexie mentale
 - Dépression

- Syndrome de glissement
- Perte de poids avec signes associés :
 - Diabète insulino-dépendant
 - Hyperthyroïdie
 - Phéochromocytome
 - Insuffisance surrénalienne
 - Défaillance hépatique majeure
- Perte de poids avec altération de l'état général :
 - Cancer
 - Maladie infectieuse

c) Méthodes et outils d'analyse

Pour analyser les variations pondérales, le critère le plus simple reste le poids. Néanmoins, il est aussi possible d'utiliser l'IMC (rapport poids/taille²) ou encore, le tour de taille. Chaque critère possède ses avantages et ses limites.

Pour avoir une idée plus juste des causes de ces variations, il serait plus juste de réaliser des enquêtes afin d'évaluer plusieurs critères : les habitudes alimentaires, les habitudes sportives, les problèmes de santé associés, les antécédents, ... autant d'éléments pouvant avoir un lien avec une variation pondérale.

d) Revue de littérature :

Une étude a été réalisée dans 3 universités bretonnes auprès des étudiants de 1^{ère} année d'université concernant leur alimentation (23). Le questionnaire était administré au cours de leur visite médicale. Concernant les variations pondérales, il est retrouvé principalement une prise de poids dans 65% des cas et, dans 34% des cas, une perte de poids. La prise de poids n'excède pas 5 kg chez près de 67% des étudiants concernés. La perte de poids est inférieure à 5 kg chez 58% des étudiants concernés.

F. Le suicide

a) Définition

Le suicide correspond à l'acte de se donner volontairement la mort. Il est important de distinguer plusieurs étapes mentales dans le suicide. Ainsi nous retrouvons l'idée suicidaire, qui est le 1^{er} signe apparaissant, mais aussi celui à rechercher le plus rapidement afin d'éviter le passage à l'acte.

Vient ensuite la tentative de suicide qui est l'acte d'attenter à sa vie d'une manière létale. La tentative signifie qu'il y a eu passage à l'acte mais n'ayant pas abouti à la mort de la personne.

Le suicide est la dernière étape, car elle signifie la mort de l'individu.

b) Méthodes et outils d'évaluation

Plusieurs échelles existent afin d'évaluer plusieurs critères de la crise suicidaire. L'échelle d'intentionnalité de Beck (24) permet d'évaluer la volonté de passage à l'acte suicidaire et de les répartir en 3 classes : faible intention, moyenne ou forte. Pour cela, elle analyse 3 parties : les circonstances objectives liées à la tentative de suicide, les propos rapportés par le patient et la dangerosité de l'acte envisagé.

L'échelle de Risque Suicidaire de Ducher (25) permet d'évaluer le risque suicidaire par le biais de 11 items hiérarchisés recherchant l'existence d'idées de mort (degrés 1-2), de suicide avec leur fréquence (degrés 3-5), d'un désir de mourir d'abord passif (degré 6), puis actif, mais encore retenu par un lien à la vie. Le degré 7 marque un changement avec l'apparition d'une véritable décision d'un éventuel passage à l'acte. Le degré 8 marque la détermination avec volonté active de mourir, le degré 9 signifie qu'un plan complexe est construit mentalement pour se donner la mort. Le dernier degré, le 10, signifie qu'il y a un début de construction réelle du plan préparé.

c) Revue de littérature :

Dans son étude de 2003, réalisée conjointement avec le Conseil National de l'Ordre des Médecins, LEOPOLD (26) a recensé, dans 26 départements et sur un total de 44 000 médecins, 492 décès dont 69 qui sont attribués avec certitude à un suicide soit 14%. Le taux de suicide en population générale est de 5,4% ce qui expose les médecins à un sur-risque de suicide d'un facteur 2,7.

En 2016, une enquête réalisée par le Conseil National de l'Ordre des Médecins (27) s'est intéressée à l'état de santé global des jeunes médecins : le questionnaire, auquel plus de 8000 étudiants et des jeunes médecins ont répondu, a permis de mettre en évidence l'existence de 14% d'étudiants et jeunes médecins ayant eu des idées suicidaires (à titre de comparaison, entre 3,7 et 4% des femmes et 2,6 et 3,7% des hommes âgés de 20 à 34 ans ont des idées suicidaires dans la population générale).

En juin 2017, dans son enquête nationale des jeunes médecins (3), l'ISNI, avec la collaboration de l'ANEMF, l'ISNI, l'ISNAR-IMG et l'ISNCCA, met en évidence une prévalence d'idées suicidaires chez 23,7% des internes en médecine interrogés.

G. Dépistage

a) Définition

Le dépistage correspond à l'ensemble des examens et des tests effectués au sein d'une population apparemment saine afin de dépister une affection latente à un stade précoce.

Selon l'OMS (28), le dépistage consiste à identifier de manière présomptive à l'aide de tests, d'examens ou d'autres techniques susceptibles d'une application rapide, les sujets atteints d'une maladie ou d'une anomalie passée jusque-là inaperçue. Le dépistage est donc une démarche de prévention secondaire. Il se pratique sur un groupe d'individus apparemment sains, doit être moins coûteux que le test diagnostic et est souvent moins précis. Il ne constitue pas une base de traitement.

Certains critères sont nécessaires pour pouvoir se servir d'un test de dépistage :

1. La maladie dépistée doit constituer une menace grave pour la santé publique (fréquence de la pathologie, gravité des cas, ...).
2. Il doit exister un traitement d'efficacité démontrée
3. Il faut disposer de moyens appropriés de diagnostic et de traitement
4. La maladie doit être décelable pendant une phase de latence ou au début de la phase clinique
5. Il existe un examen de dépistage efficace
6. Il faut que l'épreuve utilisée soit acceptable pour la population
7. Il faut bien connaître l'histoire naturelle de la maladie
8. Il faut que le choix des sujets qui recevront un traitement soit opéré selon des critères préétablis

9. Il faut que le coût de la recherche des cas ne soit pas disproportionné par rapport au coût global des soins médicaux

10. Il faut assurer la continuité d'actions dans la recherche des cas et non la considérer comme une opération exécutée « une fois pour toutes »

Ce dépistage est d'une importance capitale au sein de la population générale et est devenu depuis plusieurs années un enjeu de santé publique majeur en France. Cette définition permet de montrer que le dépistage se fait par le biais de différents examens et tests, mais ne définit par la personne qualifiée pour le réaliser.

b) Méthodes et outils d'analyse

Pour réaliser un dépistage, nous avons besoin d'un ensemble de tests, d'analyses sanguines, d'échelles afin de tester et étudier les différents composants de la Santé. Il faut avant tout disposer d'un test de bonne sensibilité, d'emploi facile, rapide, peu cher et acceptable pour la population.

Concernant les tests et examens nécessaires, nous en avons cité précédemment un certain nombre qui peuvent être utilisés. Reste à déterminer qui doit encadrer ce dépistage.

Au sein d'un monde médical, le dépistage peut se faire par le biais de la médecine du travail, entité dédiée à la santé des travailleurs d'une entreprise. Le médecin généraliste joue aussi un rôle primordial car il est censé être le principal lien entre le monde médical et la population générale.

Mais pour une population qui fait partie intégrante du monde de la santé, le rapport avec la santé est faussé et la facilité d'accès à certains traitements devient alors plus aisée, sans passer par un professionnel pour l'encadrer.

III. Description de l'étude

A. Objectif :

Depuis quelques années, plusieurs travaux se sont penchés sur l'état de santé physique et psychique du monde médical, en allant des externes, jusqu'aux médecins généralistes, en passant par les internes. Ces études se sont majoritairement portées sur la dépression et le burn-out dans le milieu médical. Pour cela, ces travaux se sont intéressés au mode de vie, aux conditions de vie et

d'exercice, aux différents problèmes auxquels les populations étudiées pouvaient être confrontées.

En 2007, l'Agence régionale de la Santé Provence-Alpes-Côte-D'azur a réalisé une enquête sur l'état de la santé mentale de la population de Marseille (13). En 2016, l'Observatoire National de la Vie Etudiante a réalisé une enquête sur la qualité de vie des étudiants, toutes études confondues (29).

Néanmoins, peu d'information concerne l'état de santé psychique des internes de Marseille, tant au niveau des facteurs de risques pouvant agir sur leur santé psychique, qu'au niveau des moyens mis en œuvre pour repérer ces situations à risques.

Au regard des nombreuses thèses et recherches ayant déjà fait sur la dépression et le burn out des internes, l'étude ne traitera volontairement pas de ces aspects de la santé psychique. De la même manière les conduites sexuelles à risque, ne seront pas abordées.

Notre objectif de recherche est d'évaluer la santé psychique dans la population d'internes en médecine à la faculté d'Aix-Marseille, toutes spécialités confondues, au travers des différents facteurs pouvant l'altérer, ainsi que les moyens mis en œuvre pour repérer ces troubles, au cours de leur internat.

B. Matériel et méthode :

Population :

La population ciblée est celle des internes en médecine, toutes spécialités confondues ; c'est-à-dire tout interne en médecine, inscrit pour l'année universitaire 2017-2018, à la faculté de Médecine Aix-Marseille.

Les critères d'inclusion sont :

- Etre interne en médecine, quelle que soit la spécialité
- Etre inscrit à l'université Aix-Marseille au cours de l'année 2017-2018
- Avoir répondu à la totalité du questionnaire

Questionnaire :

L'auto-questionnaire est unique et a été construit spécialement pour cette thèse. Il est réalisable en 10 minutes. Le paramétrage ne permettait pas de sauter des questions. Le questionnaire a donc été conçu avec une optimisation du ratio

temps/facilité d'accès dans le respect des règles de confidentialité. Les réponses étaient anonymes dans le respect des nouvelles dispositions légales relatives au RGPD et protection des données sensibles.

Le questionnaire a été rédigé autour de plusieurs sections :

- La première partie est dédiée à la signalétique concernant les caractéristiques de l'étudiant : sexe, âge, promotion, spécialité et ville d'origine
- La deuxième traite de l'état de santé physique et mental de l'individu
 - Nombre d'heures travaillées, nombres de gardes et repos de garde
 - Caractéristiques sociodémographiques de l'interne : situation relationnelle, nombre d'enfants, statut du conjoint, éloignement physique des conjoints et lieu d'habitation
 - Impact de l'internat sur la qualité de vie de l'interne
 - Impact de l'internat sur la santé de l'interne
 - Questions sur la consommation de tabac, de cannabis, l'alcool, les médicaments psychotropes, d'autres substances
 - Questions sur la qualité du sommeil et les troubles ressentis
 - Impact de l'internat sur l'humeur de l'interne : questionnaire SWLS
 - Questions sur la présence d'idées suicidaires
- La troisième partie comporte des questions sur la qualité du suivi de la santé psychique des internes et l'accompagnement existant lors de la présence de troubles

Le questionnaire a été réalisé sur le site Google Forms.

Une réponse à chaque question doit être donnée, sans quoi il est impossible de passer à la suivante.

Aucun saut de page n'a été organisé, de ce fait, un interne sondé devait obligatoirement répondre à toutes les questions posées.

Les internes sondés sont assurés de leur anonymat, les résultats n'ont été accessibles qu'au rédacteur, via internet. Les résultats ont ensuite été automatiquement exportés de Google Forms vers le logiciel Excel pour le traitement des données.

Le questionnaire a été envoyé via Facebook, sur les pages officielles suivantes : Internes De Marseille, Interne MG Marseille, Internes de Marseille et de ses périph – officiel SAIHM.

Il a été envoyé 5 fois, le 1^{er} envoi fut le 21 mars 2018 et la dernière relance fut envoyée le 29 avril 2018. La période d'analyse a été terminée le 2 mai 2018, soit une période d'analyse de 6 semaines.

Analyse :

L'ensemble des données ont été mise sous forme de tableau « Excel » (logiciel appartenant à Microsoft®) et traitées à l'aide d'un tableau croisé dynamique fourni par le logiciel.

L'analyse statistique a entièrement été réalisée à l'aide de ce logiciel. 216 questionnaires nous ont été rendus, l'ensemble des données a pu être traité.

Bibliographie

Le questionnaire envoyé aux étudiants est en **Annexe n°1**

Les résultats sont en **Annexe n°2**

Le questionnaire CAST est en **Annexe n°3**

Le questionnaire AUDIT est en **Annexe n°4**

Le questionnaire FORD est en **Annexe n°5**

Le questionnaire SWLS est en **Annexe n°6**

C. Résultats :

1. Données démographiques :

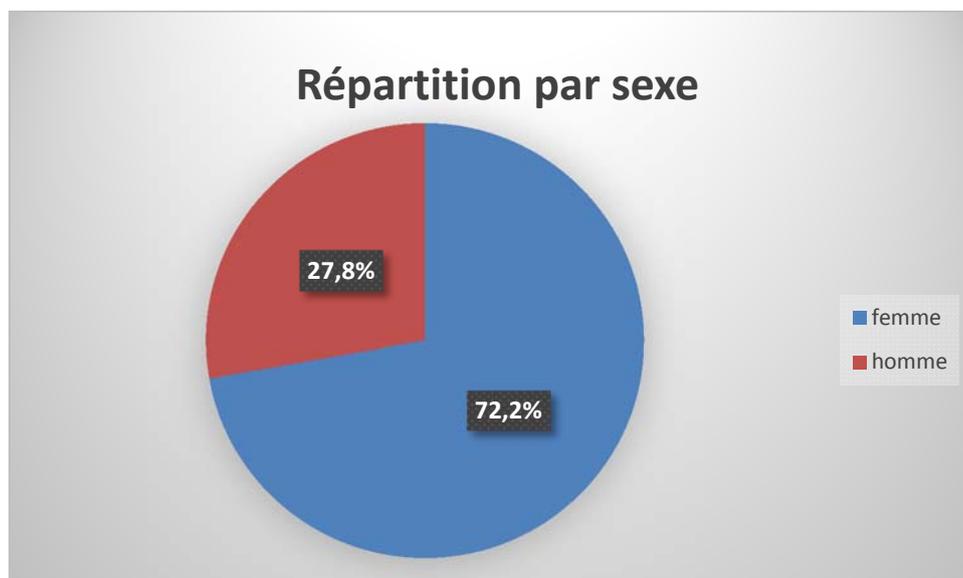
1) Taux de réponse :

Au cours de l'année 2017-2018, 1821 internes sont inscrits à la faculté de Médecine d'Aix-Marseille. Sur l'ensemble de ces internes, 216 internes ont répondu à notre questionnaire, ce qui équivaut à un taux de participation de 12%.

2) Caractéristiques de la population :

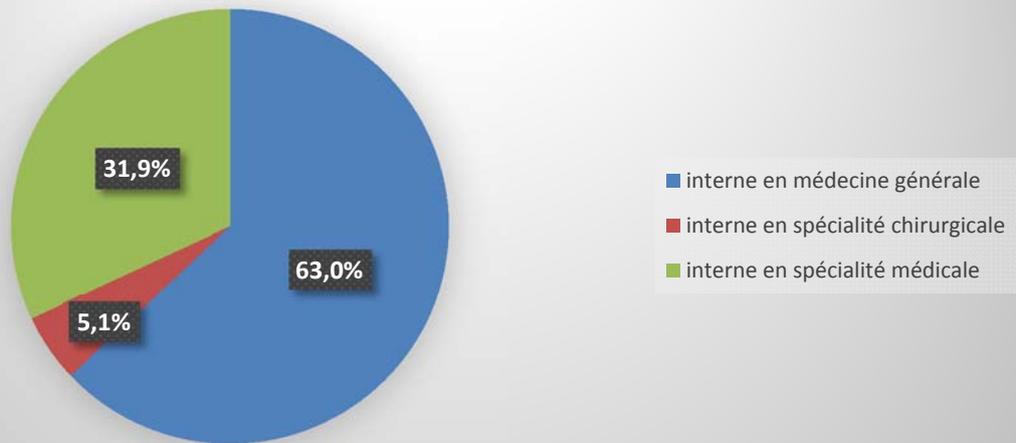
a) Sexe, âge, promotion :

L'échantillon de la population est composé de 156 femmes (72.2%) et de 60 hommes (27.8%).



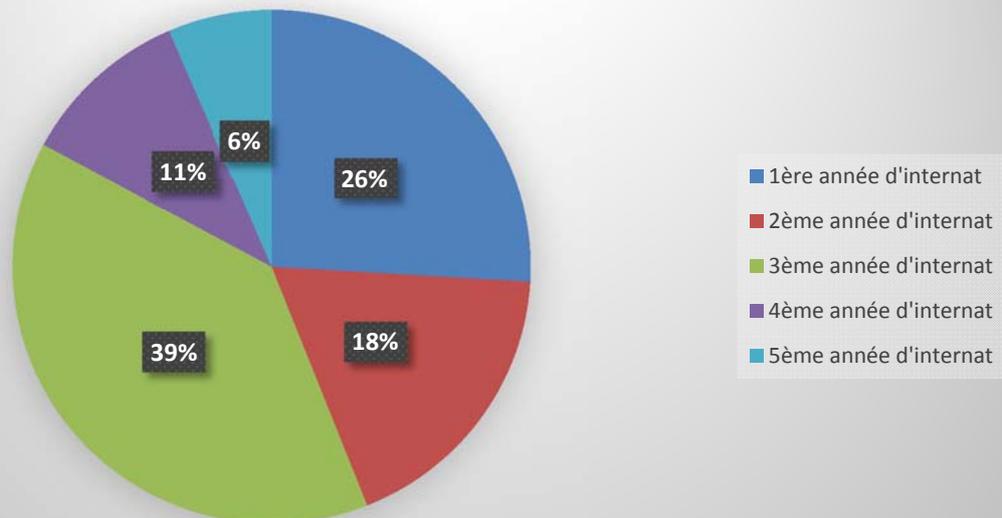
La répartition de la population selon les spécialités serait de 136 internes (63%) de médecine générale, 69 internes (31,9%) de spécialité médicale et 11 internes (5,1%) de chirurgie.

Répartition selon les spécialités

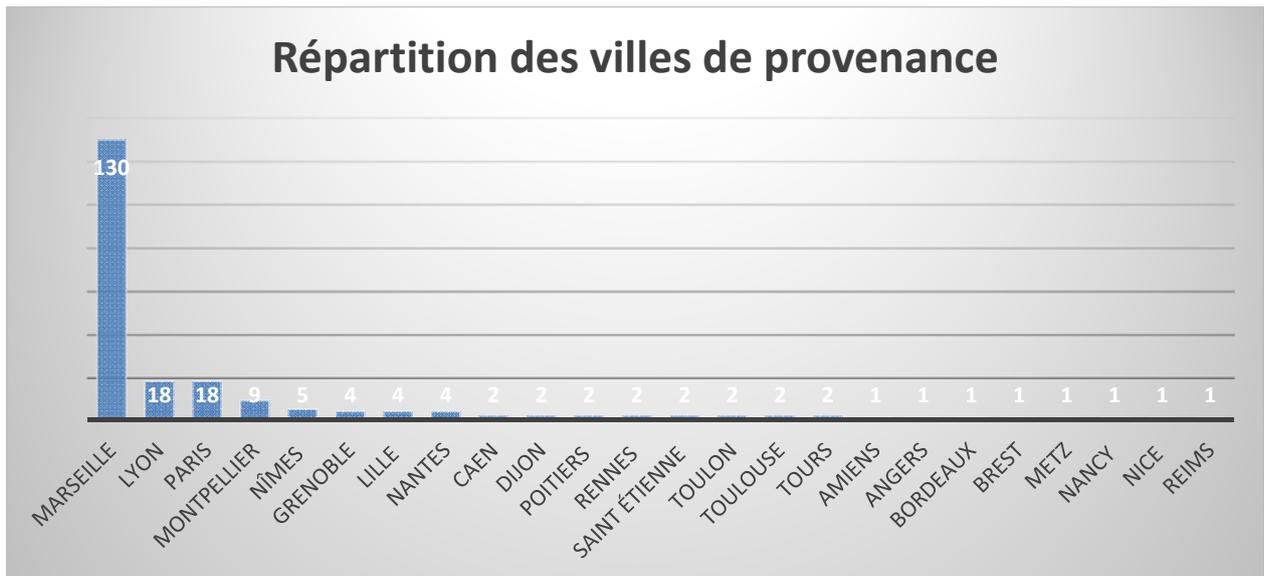


Concernant la répartition des promotions, toutes spécialités confondues : sur les 216 internes questionnés, 56 internes seraient en 1^{ère} année d'internat (26%), 39 seraient en 2^{ème} année (18%), 84 seraient en 3^{ème} année (39%), 23 seraient en 4^{ème} année (11%) et 14 seraient en 5^{ème} année.

Répartition selon les promotions

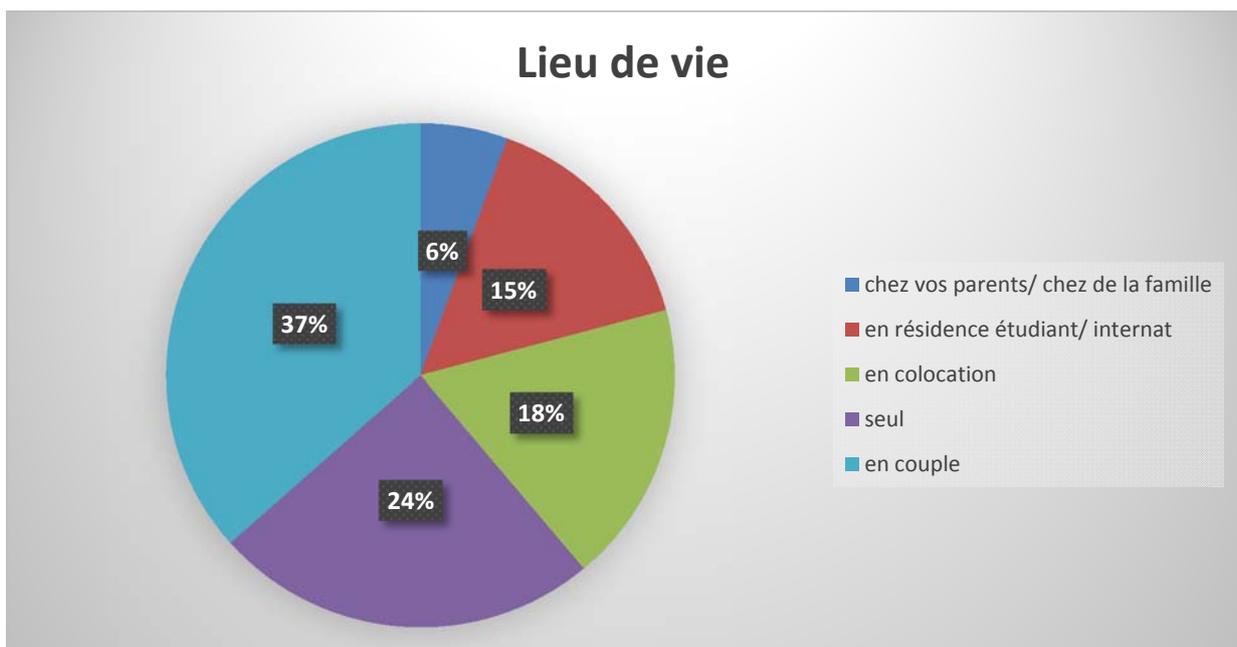


b) Ville de provenance :



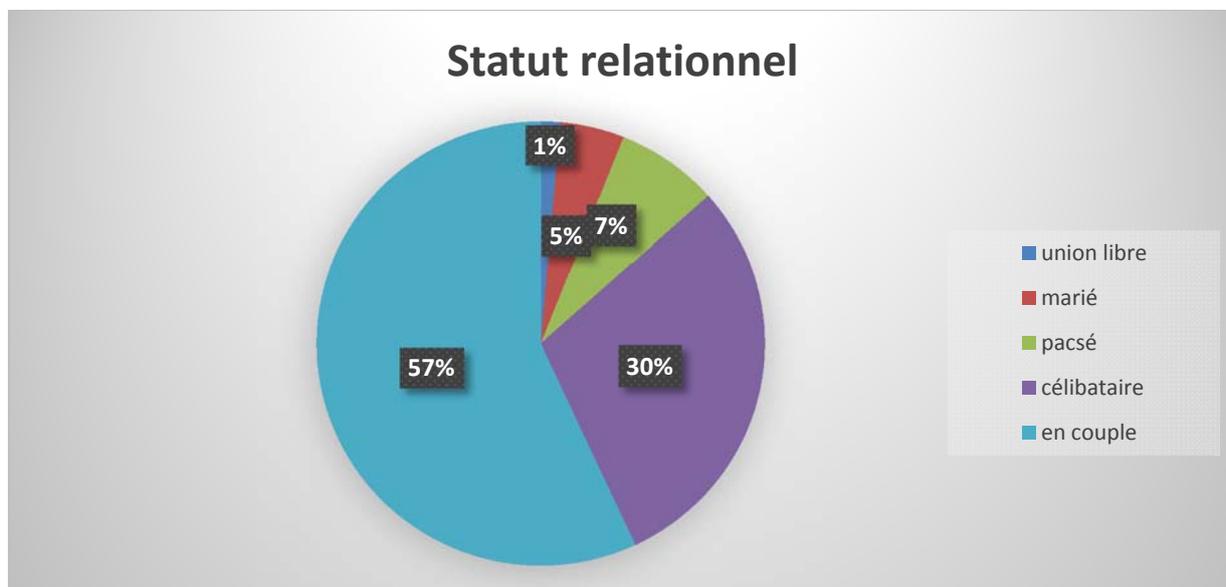
Sur les 216 internes, 130 internes déclarent être originaires de Marseille (60,3%), 18 proviendraient de Lyon (8,4%), 18 proviendraient de Paris (8,4%), 9 proviendraient de Montpellier (4,3%), 5 proviendraient de Nîmes (2,4%), 4 internes dans les villes suivantes : Grenoble, Nîmes et Nantes (1,8% chacun), 2 internes pour chacune des villes suivantes : Caen, Dijon, Poitiers, Rennes, Saint-Etienne, Toulon, Toulouse, Tour (0,9% pour chacun), et 1 interne pour chacune des villes suivantes : Amiens, Angers, Bordeaux, Brest, Metz, Nancy, Nice et Reims (0,45% chacun).

c) Lieu de vie :



Parmi les 216 internes questionnés : 79 habiteraient en couple (37%), 53 internes habiteraient seuls (24%), 39 habiteraient en colocation (18%), 33 habiteraient en résidence étudiant/internat (15%) et, 12 habiteraient au sein de leur famille (6%).

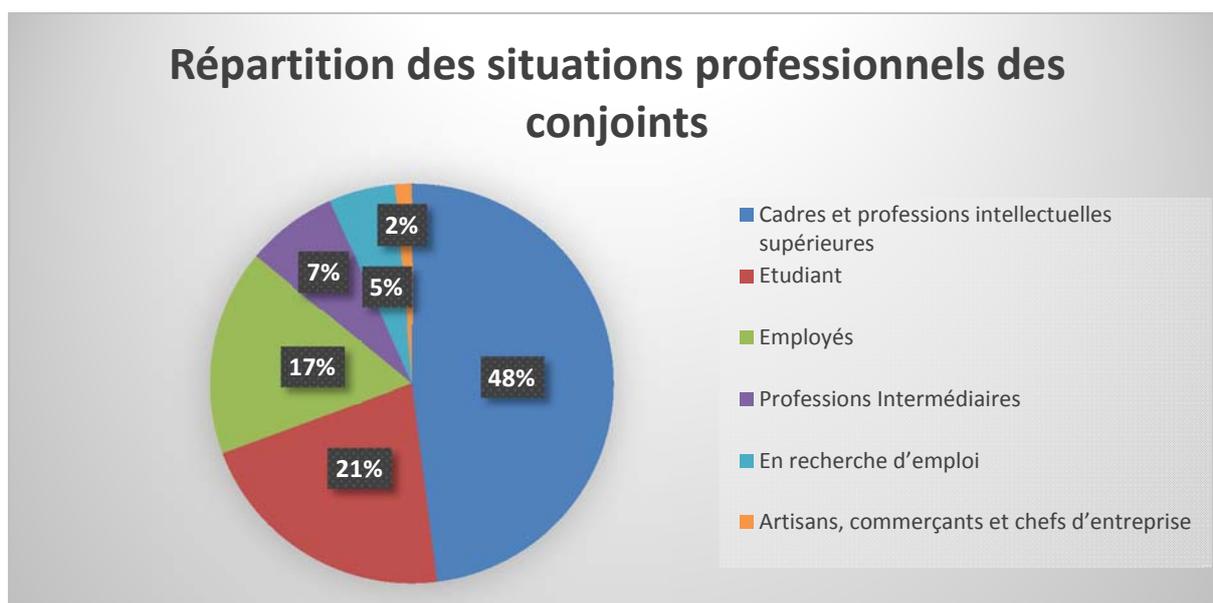
d) Statut relationnel :



Concernant le statut relationnel : 123 internes déclarent être en couple (57%), 64 (30%) être célibataires, 16 (7%) être pacés, 10 (5%) seraient mariés et 3 (1%) seraient en union libre.

e) Situation professionnelle des conjoints :

Après suppression des internes célibataires, nous obtenons le graphique suivant :

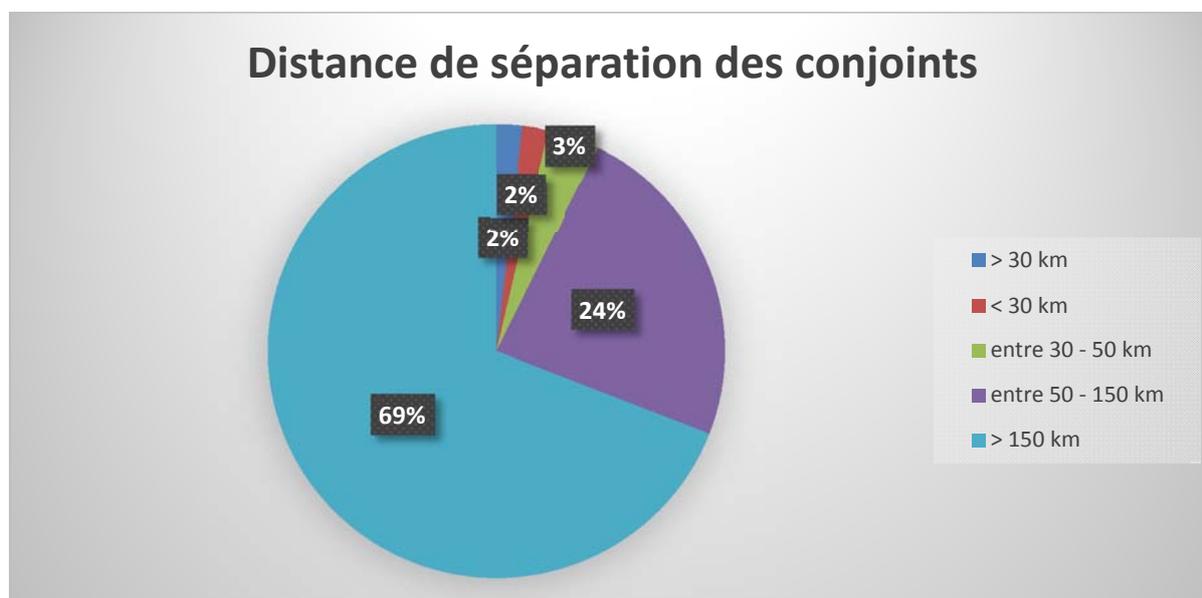


La majorité des conjoints des internes auraient une profession intellectuelle supérieure (72 conjoints, soit 48%). Les conjoints « étudiants » représenteraient 32 personnes (21%).

Les employés représenteraient 25 personnes (17%), les professions intermédiaires 11 personnes (7%), les personnes en recherche d'emploi 8 personnes (5%) et les artisans/commerçants /chefs d'entreprises 2 personnes, (2%).

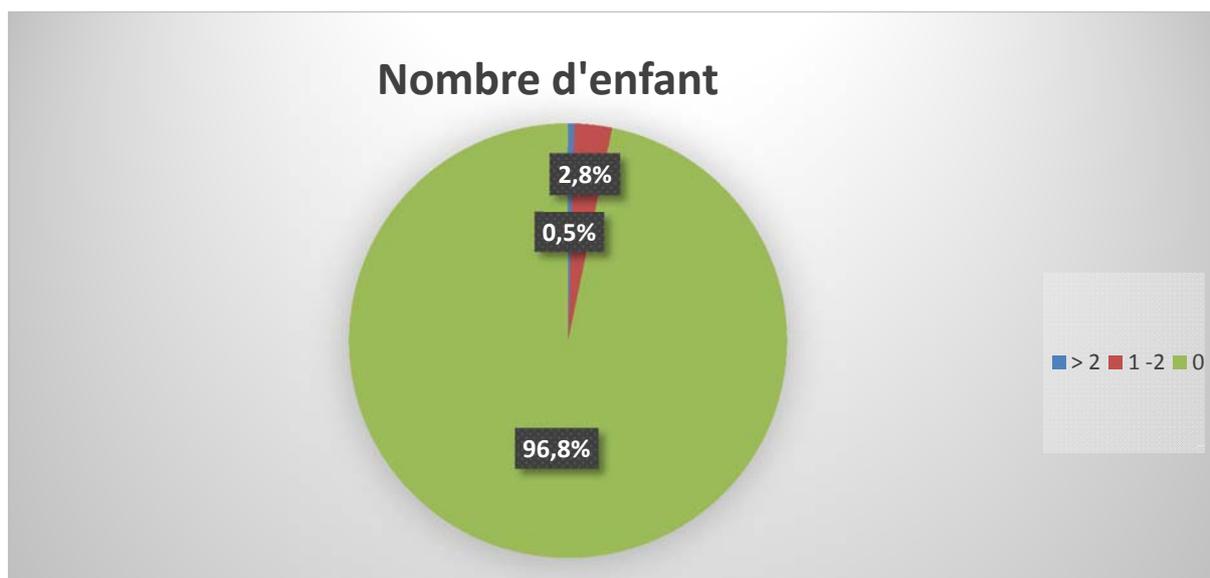
f) Distance de séparation des conjoints :

Après suppression des internes célibataires, 55 internes déclarent ne être pas dans la même ville que leur conjoint (36%) et 98 internes seraient dans la même ville que leur conjoint (64%).



Concernant la distance de séparation des conjoints : la grande majorité des couples se disent être séparés par des distances importantes. 69% d'entre eux sont à plus de 150 km et 24% entre 50 et 150 km de distance. Les 7% restant se répartissent sur un périmètre de 50 km d'éloignement.

g) Parentalité :

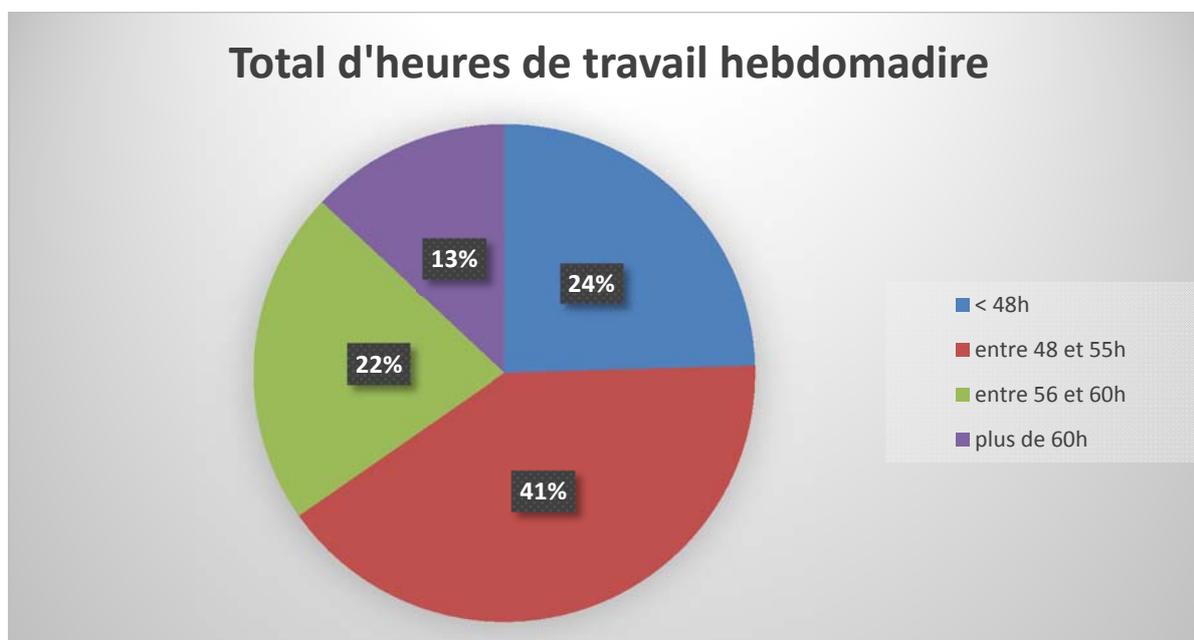


Concernant le nombre d'enfant : la majorité des internes, soit 209, déclarent ne pas avoir d'enfant (cela représente donc 96,8%), 6 (2,8%) en auraient entre 1 et 2, et 1 (0,5%) en auraient plus de 2.

2. Situation professionnelle :

1) La charge de travail :

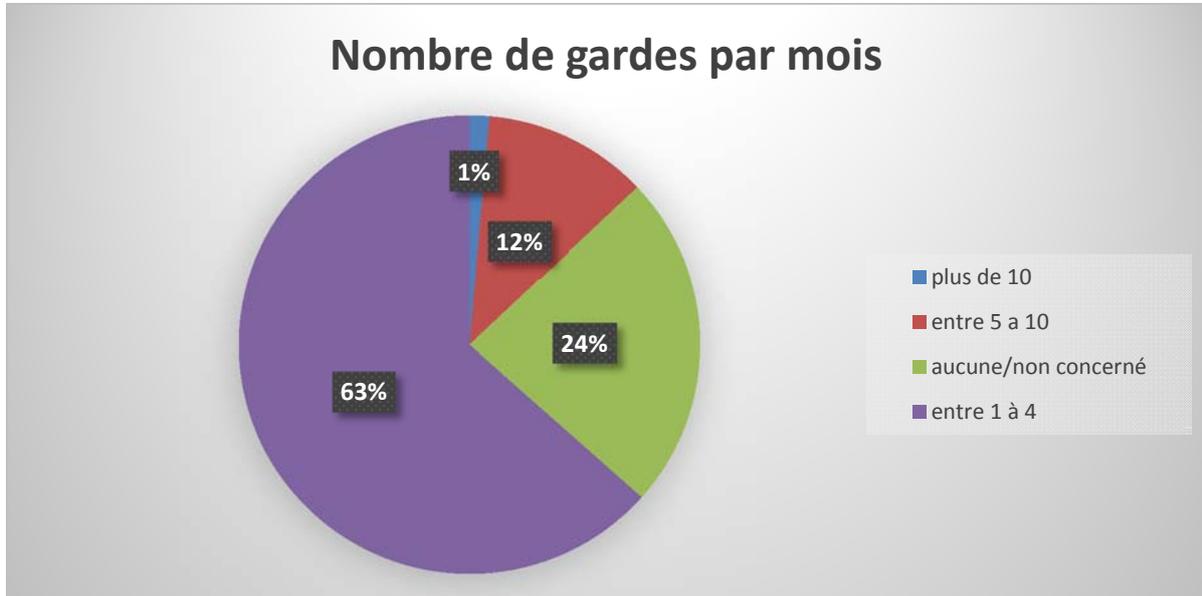
a) Temps de travail hebdomadaire :



Concernant le temps de travail hebdomadaire : 88 internes, soit 41%, travailleraient entre 48 et 55 heures par semaine, 53 (24%) moins de 48 heures par semaine, 60

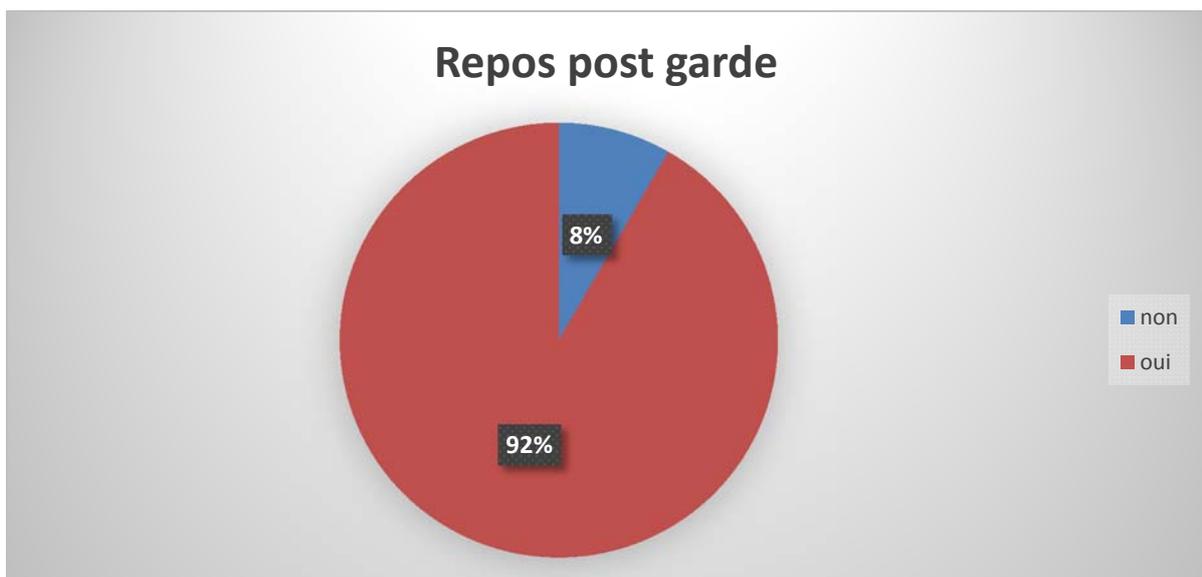
(35%) plus de 56 heures par semaine (respectivement 47 internes entre 56 et 60 heures par semaine et 13 internes pour plus de 60 heures semaine).

b) Nombre de gardes réalisées par mois :



Parmi les internes interrogés, la grande majorité des internes (63% soit 137 internes) feraient entre 1 et 4 gardes par mois, 51 (24%) n'en feraient aucune (parmi cette population, 40 internes, soit 78%, réalisaient leur stage chez le maître de stage en médecine générale). 25 internes (12%) feraient entre 5 et 10 gardes par mois, et 3 internes (1%) feraient plus de 10 gardes par mois.

c) Respect du repos de garde :



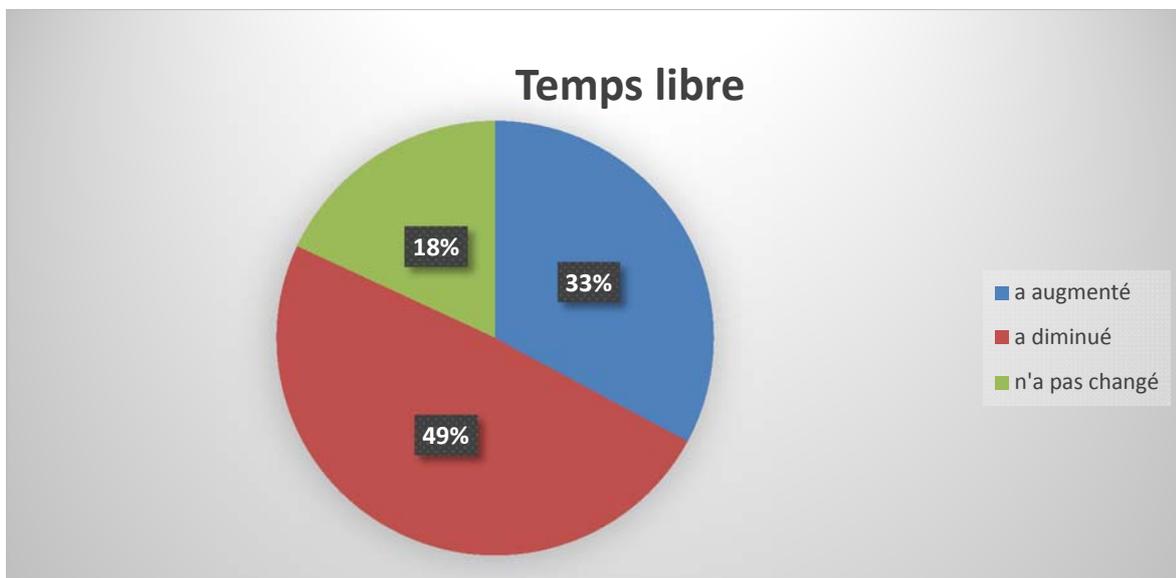
Concernant le repos post garde, 198 internes, soit 92% de la population, déclarent avoir droit à leur repos de garde systématiquement. Les internes restants, soit 8% ne l'auraient pas.

Sur ces 18 internes sans repos de garde systématique, 7 seraient des internes de chirurgie, ce qui représente 63% de la population des internes de chirurgie ayant répondu au questionnaire.

3. Données personnelles :

1) Loisirs :

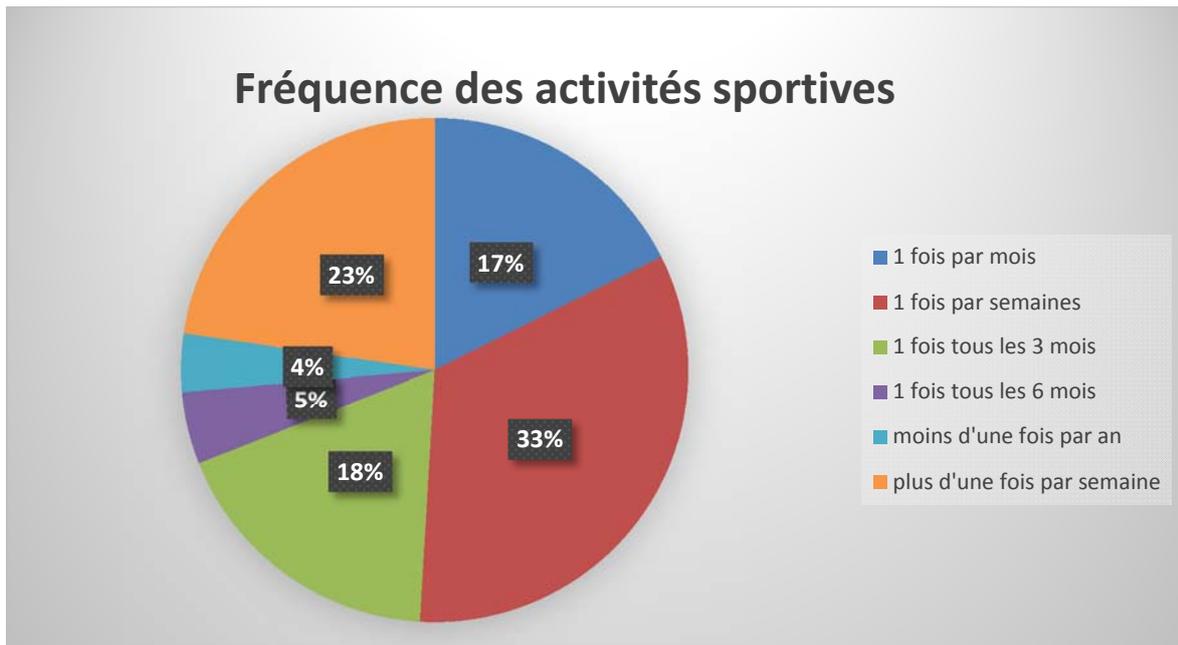
a) Evolution du temps libre :



Concernant l'évolution du temps libre, 106 internes (49%) jugeraient que leur temps libre a diminué depuis le début de leur internat, 71 (33%) trouveraient qu'il a augmenté.

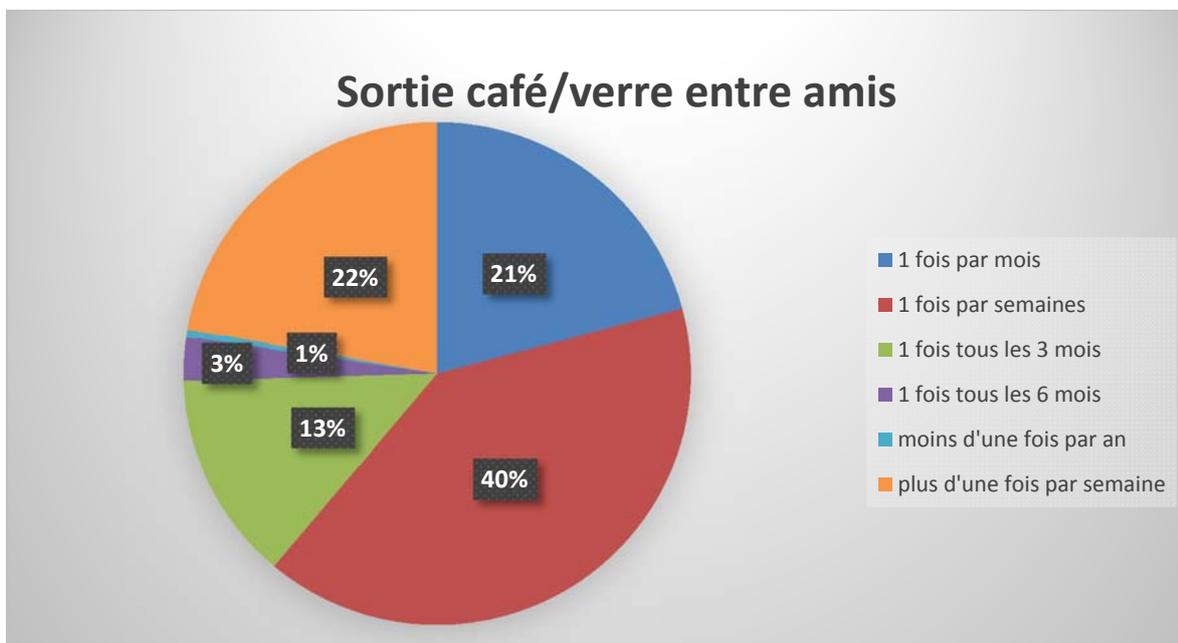
39 internes (18%) déclarent que leur temps libre n'aurait pas changé.

b) Activités sportives :



Concernant la fréquence des activités sportives, 72 internes (33%) en pratiqueraient une fois par semaine, 49 (23%) plus d'une fois par semaine, 39 (18%) une fois tous les trimestres, 38 (17%) une fois par mois, 10 (5%) une fois tous les semestres et 8 (4%) moins d'une fois par an.

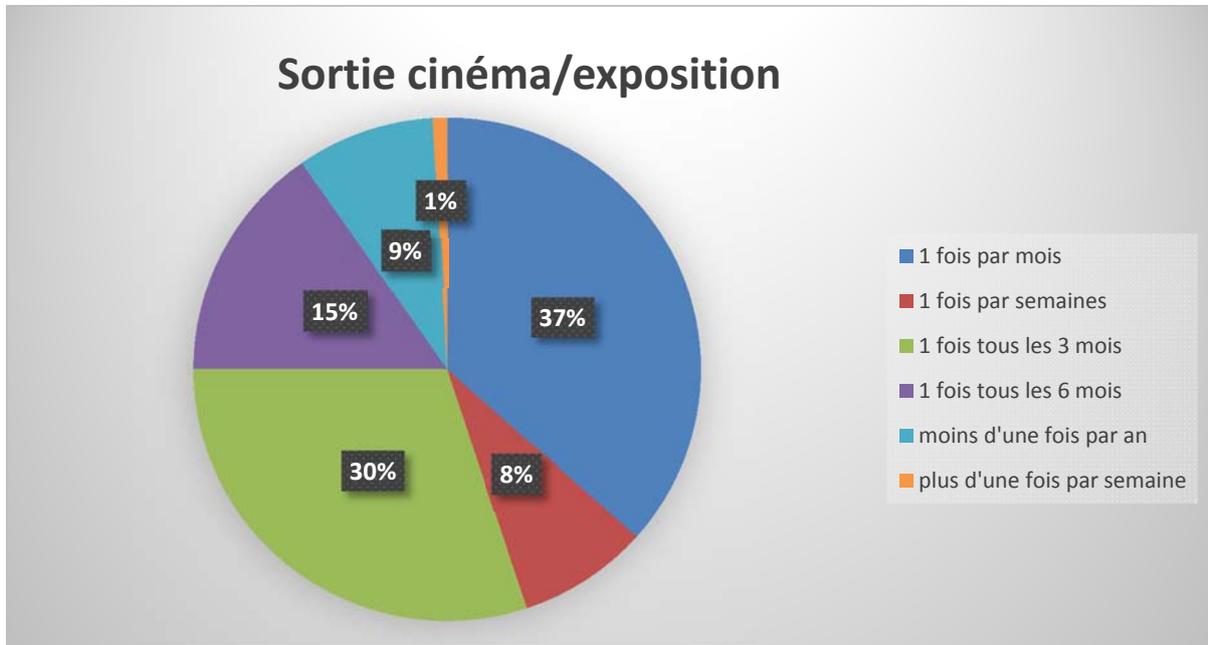
c) Sorties entre amis :



Concernant les sorties au café/verre entre amis : 87 internes (40%) sortiraient une fois par semaine, 48 (22%) plus d'une fois par semaine, 45 (21%) une fois par mois,

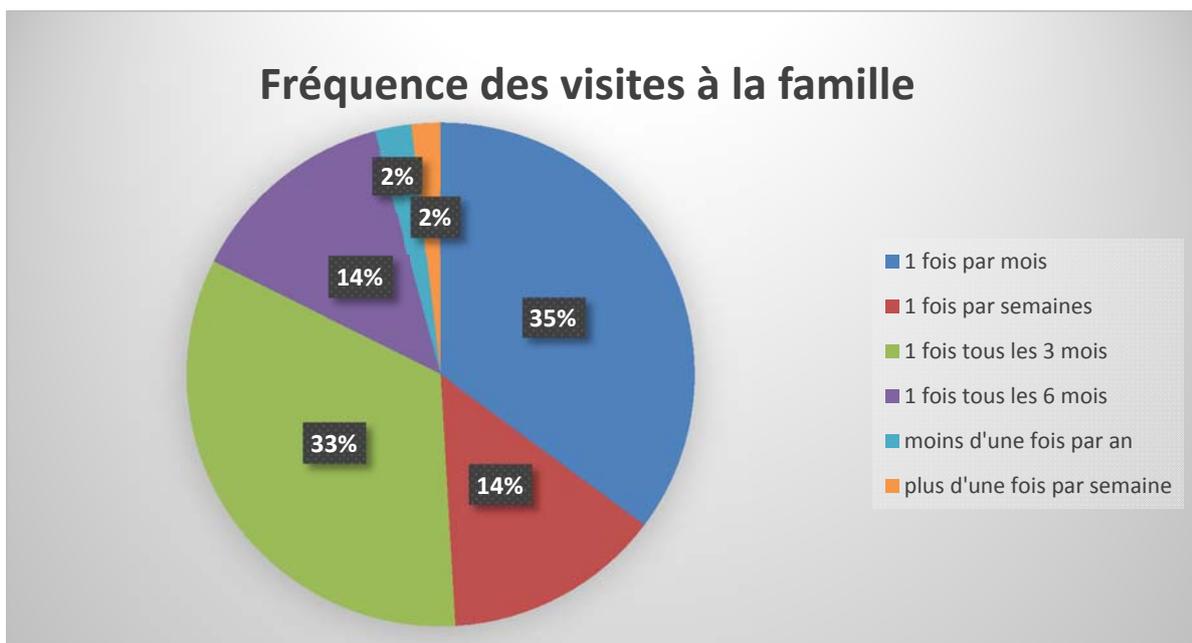
29 (13%) une fois par trimestre, 6 (3%) une fois par semestre, et 1 (1%) moins d'une fois par an.

d) Sortie cinéma/exposition :



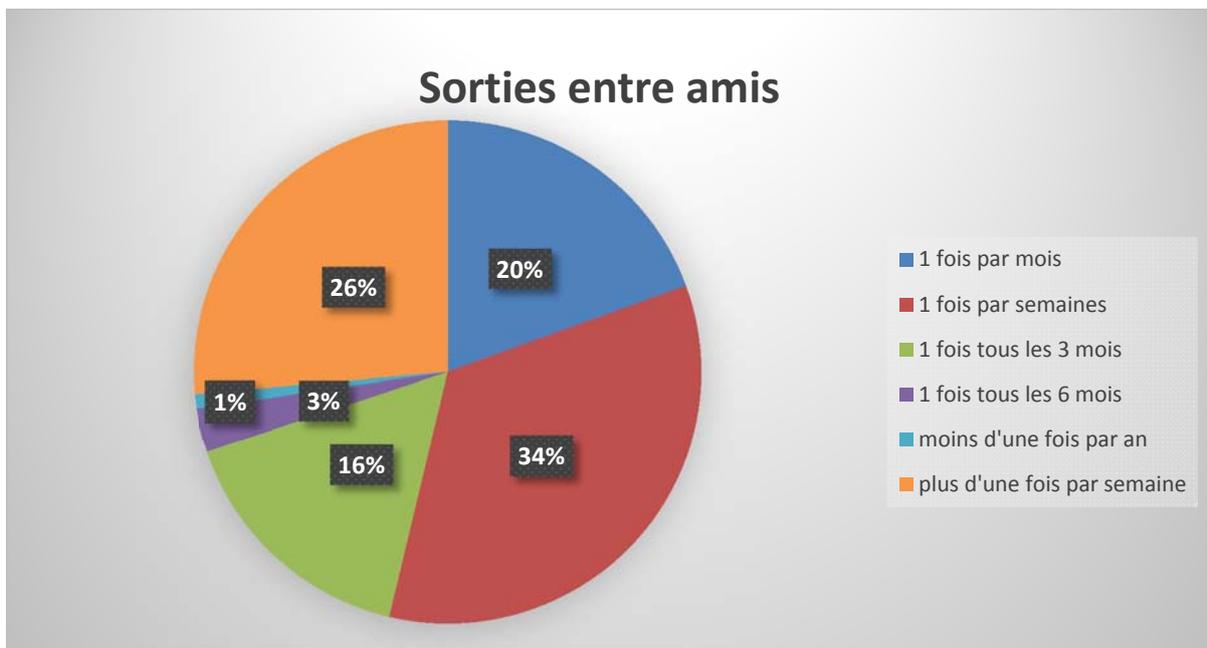
Concernant les sorties au cinéma/exposition : 79 internes (37%) sortiraient une fois par mois, 65 (30%) une fois par trimestre, 33 (15%) une fois par semestre, 18 (8%) une fois par semaine, 19 (9%) moins d'une fois par an et, 2 (1%) plus d'une fois par semaine.

e) Fréquence des visites à la famille :



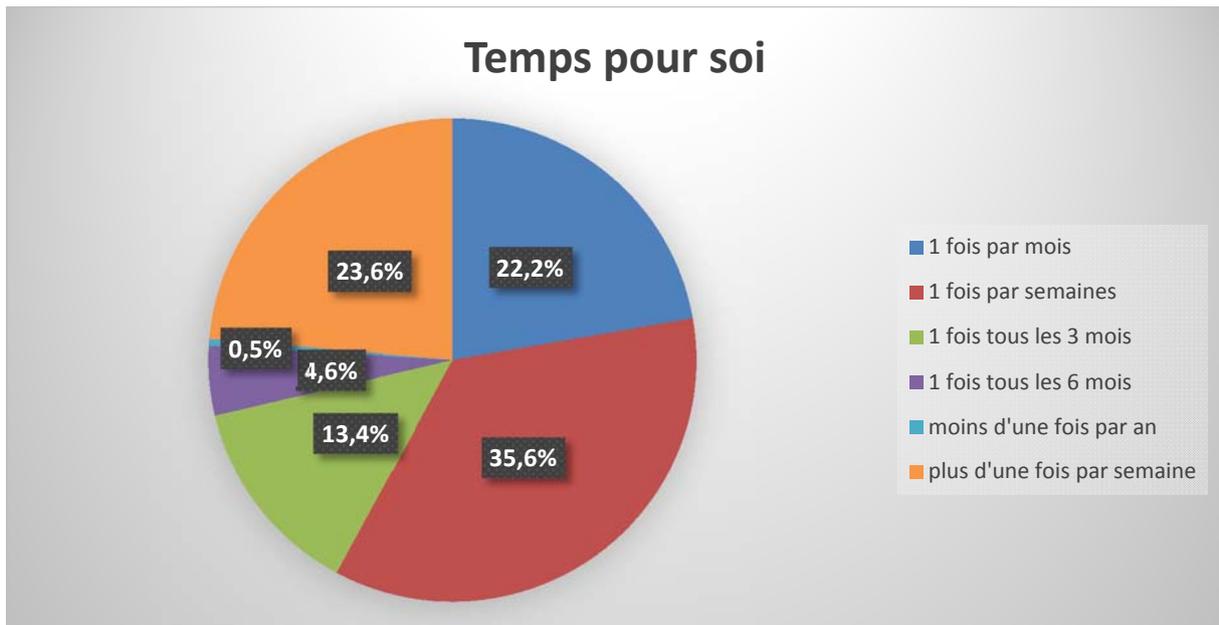
Concernant la fréquence des visites à la famille : 76 internes (35%) rendraient visite à leur famille une fois par mois, 72 (33%) une fois tous les trimestres, 30 internes (14%) une fois par semaine, 29 (14%) une fois tous les semestres, 5 (2%) moins d'une fois par an et, 4 (2%) plus d'une fois par semaine.

f) Sorties entres amis :



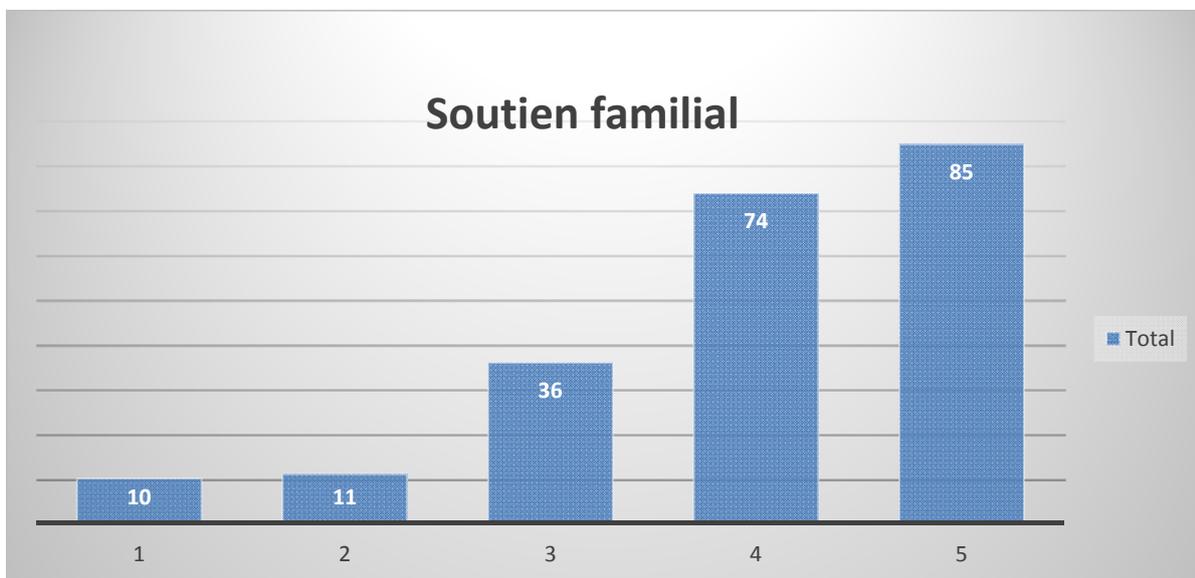
Concernant la fréquence des sorties entre amis : 74 internes (34%) rendraient visite à leurs amis une fois par semaine, 57 (26%) plus d'une fois par semaine, 42 (20%) une fois par mois, 35 (16%) une fois tous les trimestres, 6 (3%) une fois tous les semestres et 2 (1%) moins d'une fois par an.

g) Temps pour soi :



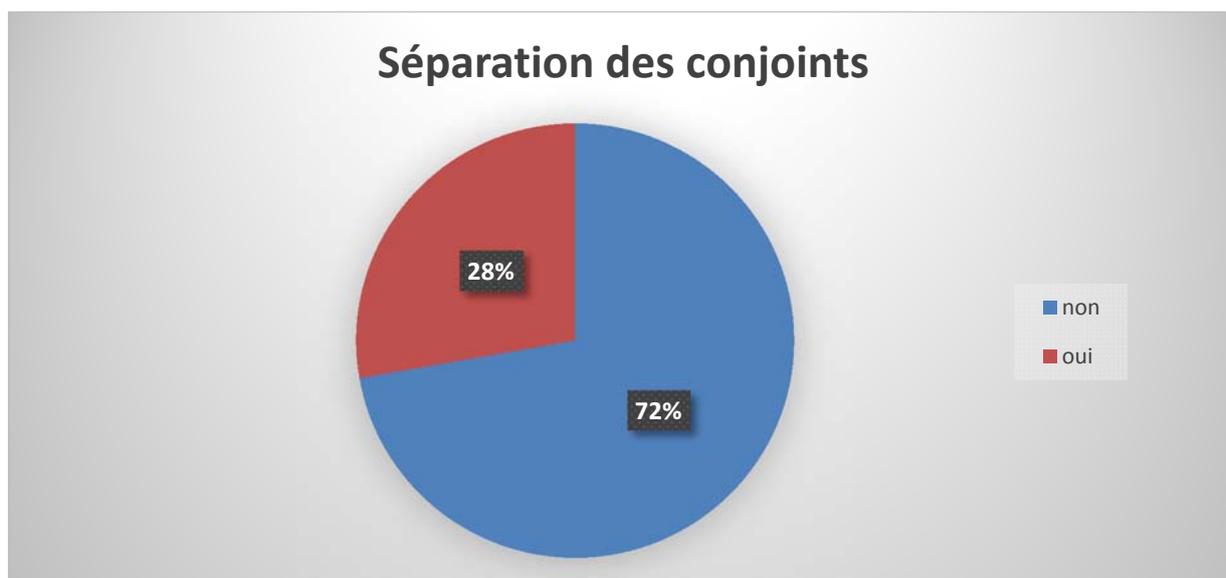
Concernant la fréquence de prise du temps pour soi : 77 internes (35,6%) prendraient du temps pour eux une fois par semaine, 51 (23,6%) plus d'une fois par semaine, 48 (22,2%) une fois par mois, 29 (13,4%) une fois tous les trimestres, 10 (4,6%) une fois tous les semestres et 1 (0,5%) moins d'une fois par an.

h) Support familial :



Concernant le support familial, les internes devaient évaluer le support familial sur une échelle allant de 1 (pas de support) à 5 (support total). 159 internes (74%) déclarent être soutenu par leur famille, 36 (16,5%) ne savent pas et 21 (9,5%) déclarent ne pas être soutenus par leur famille.

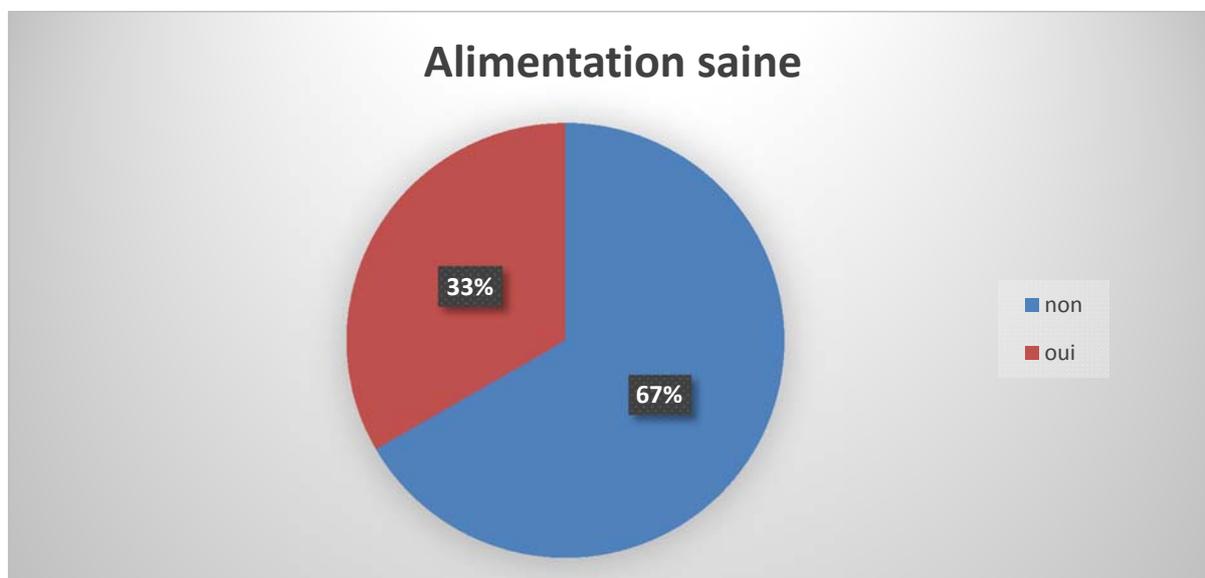
i) Séparation des conjoints :



Concernant le vécu d'une rupture depuis le début de leur internat, 156 internes (72%) déclarent ne pas en avoir vécu une, et 60 internes (28%) se seraient séparés de leur conjoint.

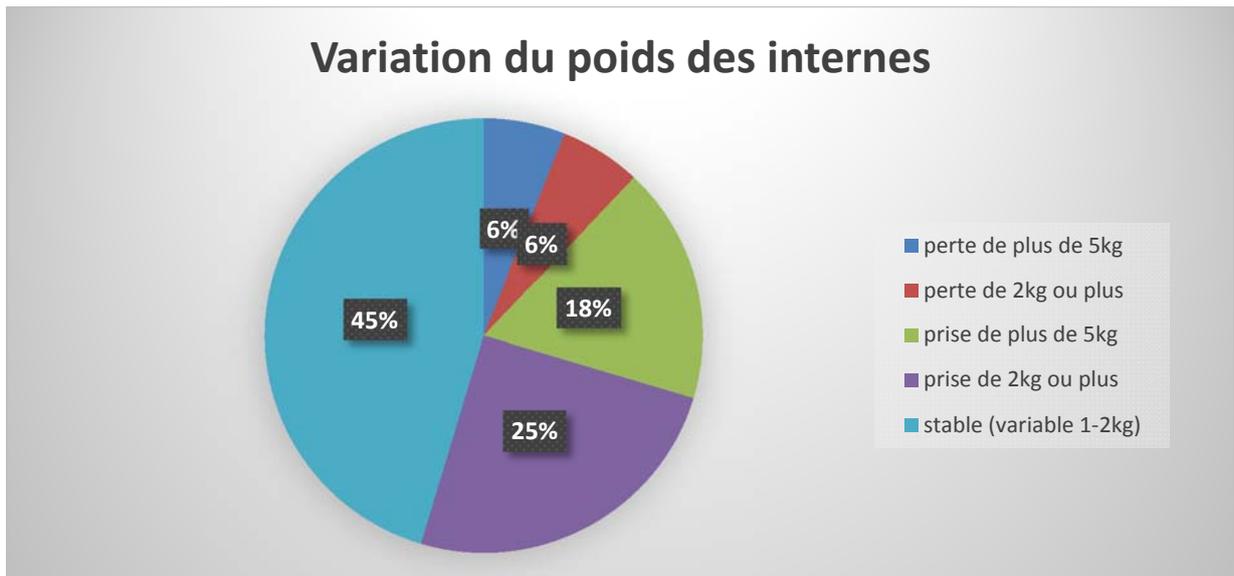
2) Le poids :

a) Alimentation saine :



Concernant l'alimentation, 144 internes (67%) jugent avoir une alimentation saine pendant leur internat, contre 72 (33%) pensant le contraire.

b) Variation du poids des internes :

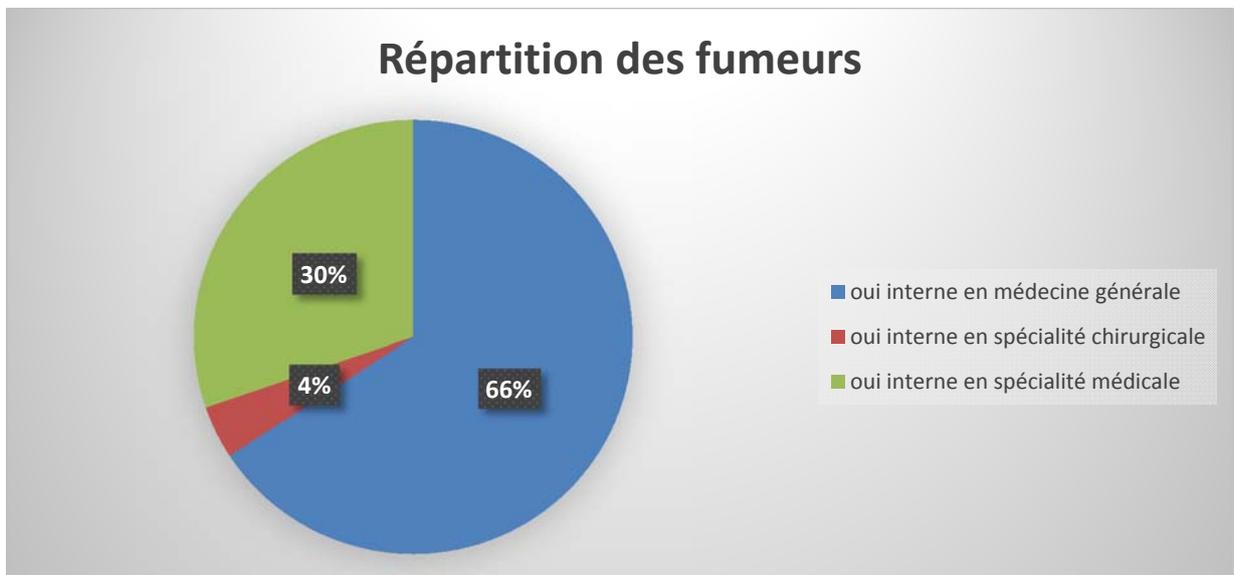


Concernant le poids : 98 internes (45%) sont stables en termes de poids, 54 (25%) ont pris entre 2 et 5 kg pendant leur internat, 38 (18%) ont pris plus de 5 kg, 13 (6%) ont perdu entre 2 et 5 kg et, 13 (6%) ont perdu plus de 5 kg.

4. Conduites addictives :

1) Le tabac :

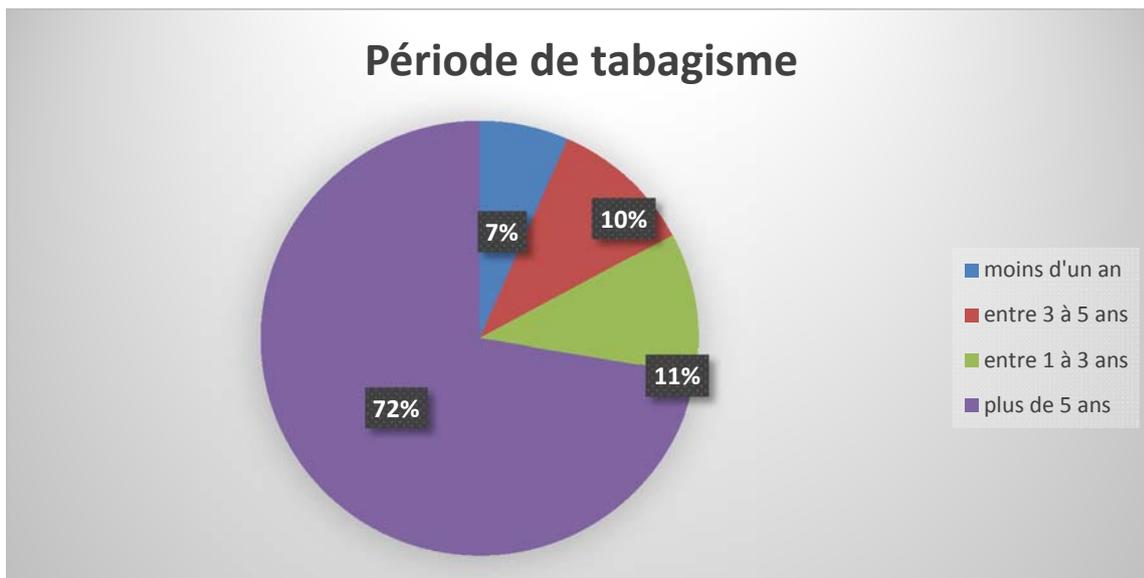
a) Répartition des fumeurs :



Concernant la consommation de tabac : 140 internes (65%) sont non-fumeurs et 76 (35%) fumeurs.

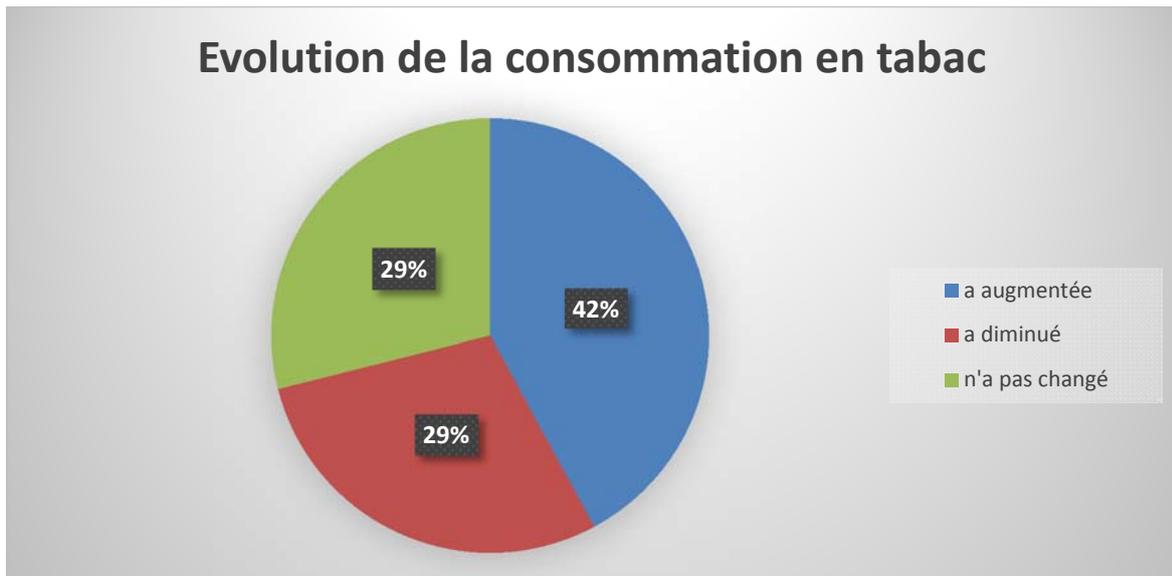
Sur les 76 fumeurs, 50 (66%) sont des internes de médecine générale, 23 (30%) sont des internes de spécialité médicale et, 3 (4%) sont des internes de chirurgie. Rapporté au nombre d'internes de chaque spécialité de notre étude : 31% des internes de médecine générale sont fumeurs, 33% des internes de spécialité sont fumeurs et, 27% des internes de chirurgies sont fumeurs.

b) Début du tabagisme :



Concernant la période de début de consommation de tabac : 140 internes (65%) sont non-fumeur et n'ont jamais commencé, 55 (25%) consomment depuis plus de 5 ans, 8 (4%) entre 1 et 3 ans, 8 (4%) entre 3 et 5 ans et, 5 (2%) depuis moins d'un an.

c) Evolution de la consommation de tabac :



Concernant l'évolution de la consommation de tabac, et après retrait des internes étant non-fumeur : 32 internes (42%) ont augmenté leur consommation, 22 internes (29%) ont une consommation inchangée et, 22 (29%) l'ont diminuée.

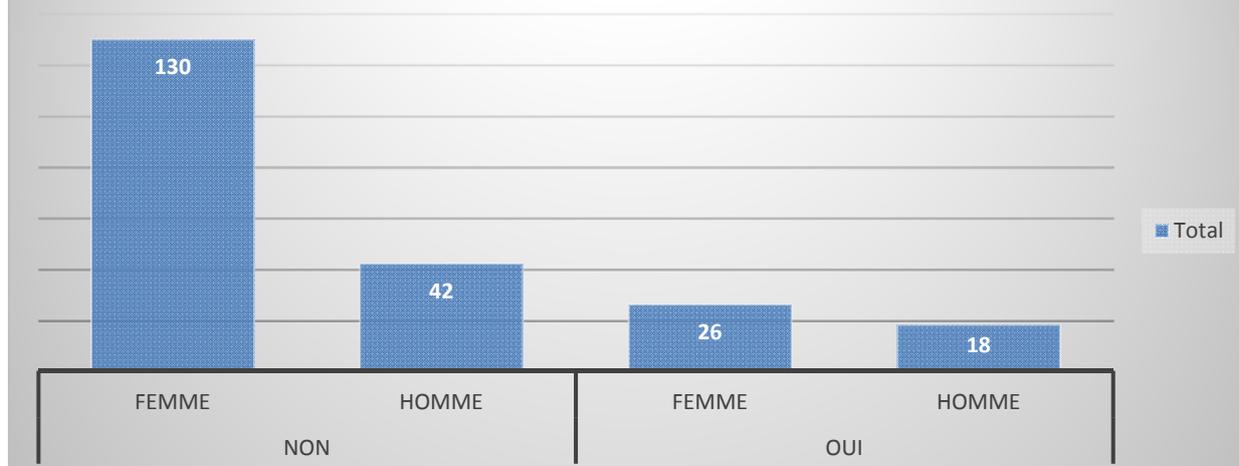
2) Le cannabis :

a) Consommation de cannabis :

Concernant la consommation régulière de cannabis : 172 internes (79,5%) disent ne pas consommer régulièrement du cannabis, 44 (20,5%) en consommeraient régulièrement.

Parmi ces 44 consommateurs : 24 (54,5%) sont des internes de médecine générale, 17 (38,5%) sont des internes de spécialité médicale et, 3 (7%) sont internes en chirurgie.

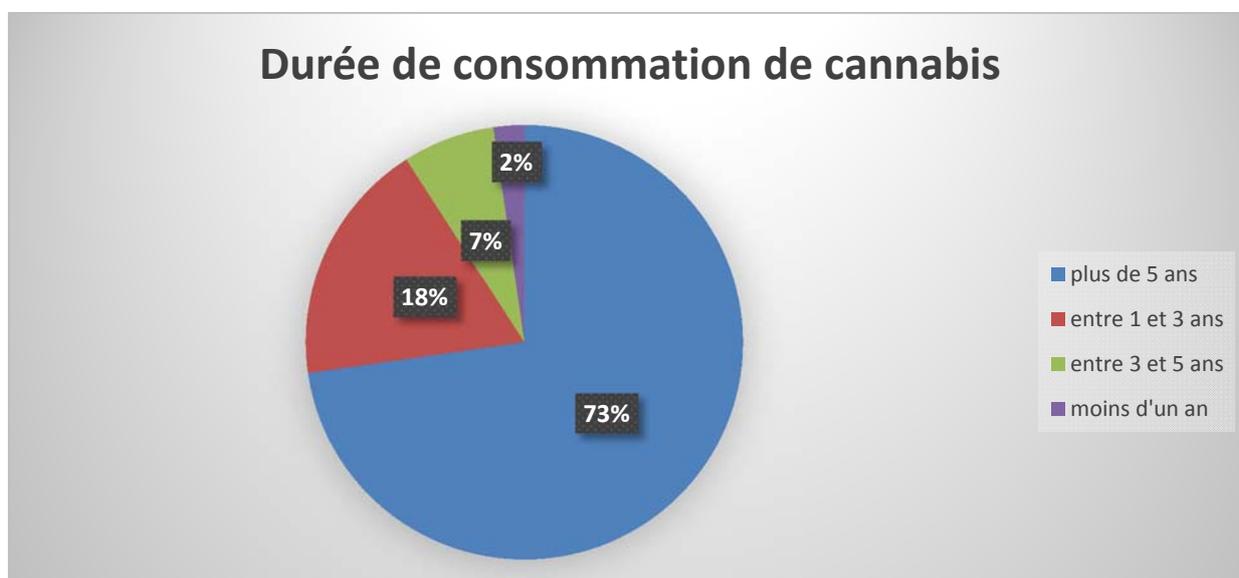
Répartition des consommateurs de cannabis



Concernant la répartition des consommateurs de cannabis, 26 (59%) des 44 internes sont des femmes et, 18 (41%) sont des hommes.

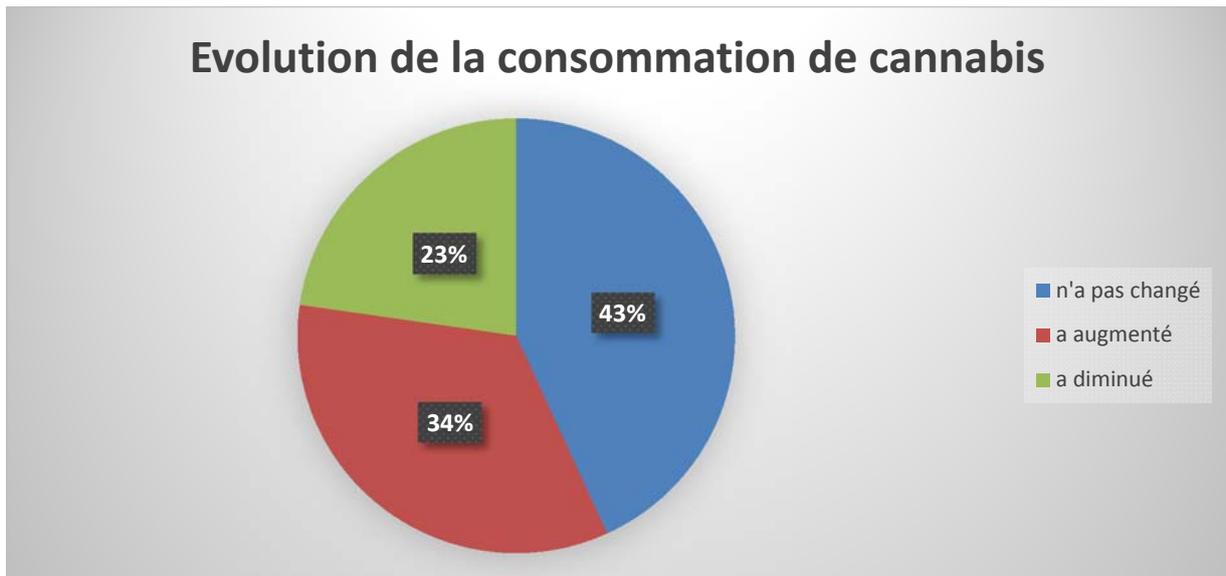
A l'échelle de notre échantillon, cela représente 16,7% de femmes consommatrices régulières de cannabis et, 30% d'hommes consommateurs réguliers.

b) Durée de consommation de cannabis :



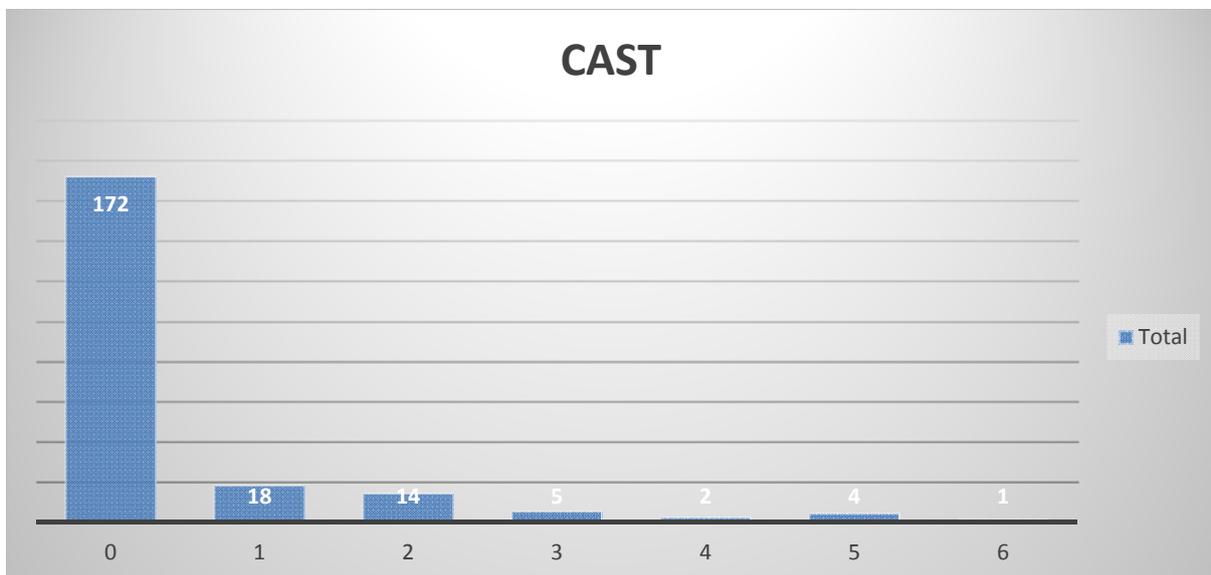
Concernant la durée de consommation de cannabis : 172 internes (79%) n'ont jamais consommé de cannabis, 32 (15%) en consomment depuis plus de 5 ans, 8 (4%) entre 1 et 3 ans, 3 (1,5%) entre 3 et 5 ans et, 1 (0,5%) depuis moins d'un an. En supprimant les non-consommateurs, nous obtenons les résultats suivants : 32 internes (73%) consomment depuis plus de 5 ans, 8 (18%) entre 1 et 3 ans, 3 (7%) entre 3 et 5 ans et, 1 (2%) depuis moins d'un an.

c) Evolution de la consommation de cannabis :



Concernant l'évolution de la consommation de cannabis : 19 internes (43%) considèrent que leur consommation est inchangée, 15 (34%) la considère augmentée et, 10 (23%) la considère diminuée.

d) Consommation a risque de cannabis : le questionnaire CAST :



Concernant la consommation à risque de cannabis : 190 internes (88%) n'ont pas de consommation à risque, 14 (6,5%) ont une consommation à risque et, 12 (5,5%) ont une consommation addictive.

3) Autres consommations récréatives :

Concernant la consommation d'héroïne : 216 internes (100%) n'ont jamais consommé d'héroïne.

Concernant la consommation de cocaïne : 178 internes (82%) n'ont jamais consommé de cocaïne, 25 (12%) 1 ou 2 fois pour essayer et, 13 (6%) à l'occasion.

Concernant la consommation de LSD : 201 internes (93%) n'ont jamais consommé de LSD, 13 (6%) en ont consommé une ou deux fois pour essayer et, 2 (1%) en consomment occasionnellement.

Concernant la consommation d'amphétamine, 185 internes (86%) n'ont jamais consommé d'amphétamine, 21 (10%) en ont consommé une ou deux fois et 10 (4%) en consomment occasionnellement.

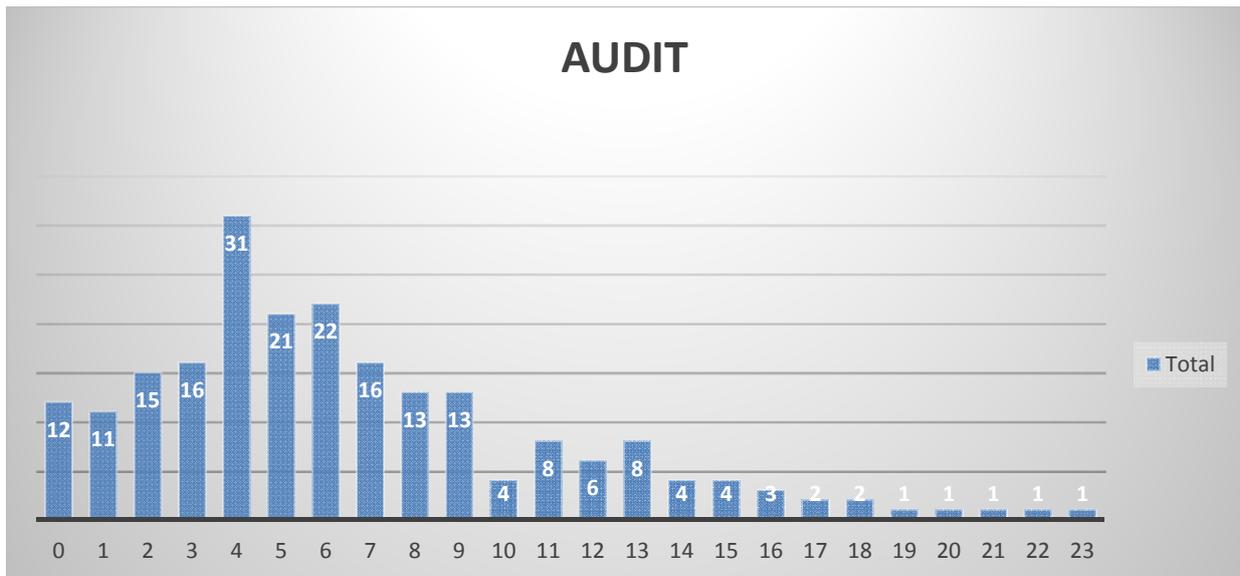
Concernant la consommation de champignons : 200 internes (93%) n'en ont jamais consommé, 14 (6,5%) en ont consommé une ou deux fois pour essayer et, 2 (0,5%) en consomment occasionnellement.

4) L'alcool :

a) Fréquence de consommation d'alcool :

Concernant la fréquence de consommation d'alcool : 89 internes (41%) consomment entre 2 à 3 verres d'alcool par semaine, 52 (24%) 2 à 3 verres par mois, 44 (21%) au moins 4 verres par semaine, 18 (8%) au moins un verre par mois, 13 (6%) n'en consomment jamais.

b) Questionnaire AUDIT :

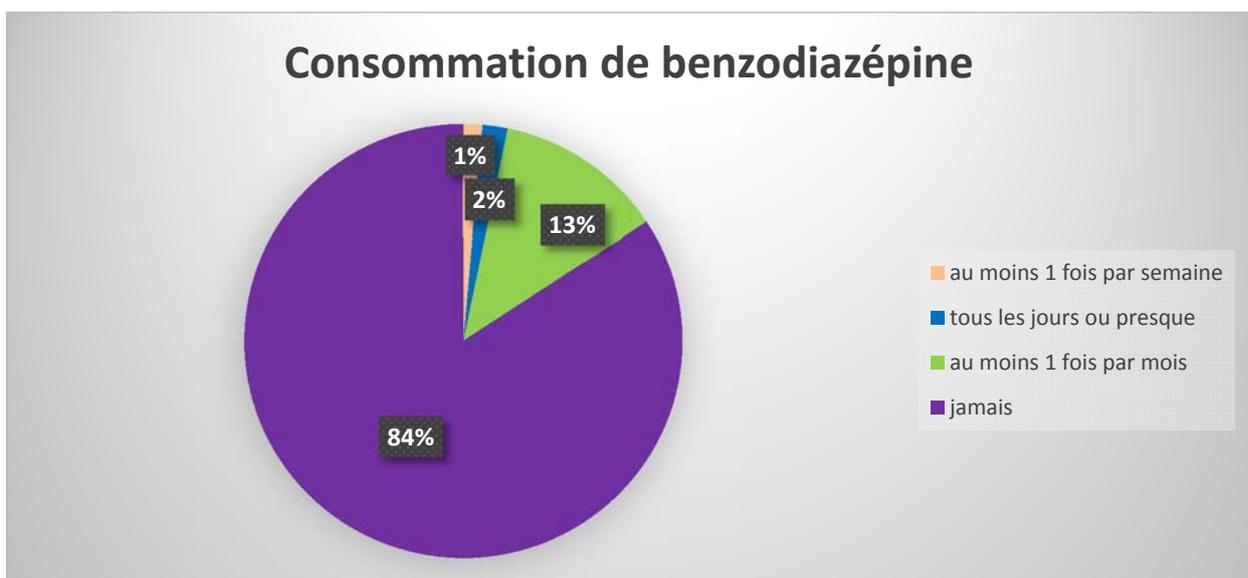


Concernant la consommation de l'alcool chez les femmes : 56/156 internes (36%) ont un mésusage de l'alcool et parmi ces derniers 20 (13%) ont une dépendance à l'alcool.

Concernant la consommation de l'alcool chez l'homme : 29/60 internes (48%) ont un mésusage de l'alcool et parmi ces derniers 12 (20%) ont une dépendance à l'alcool.

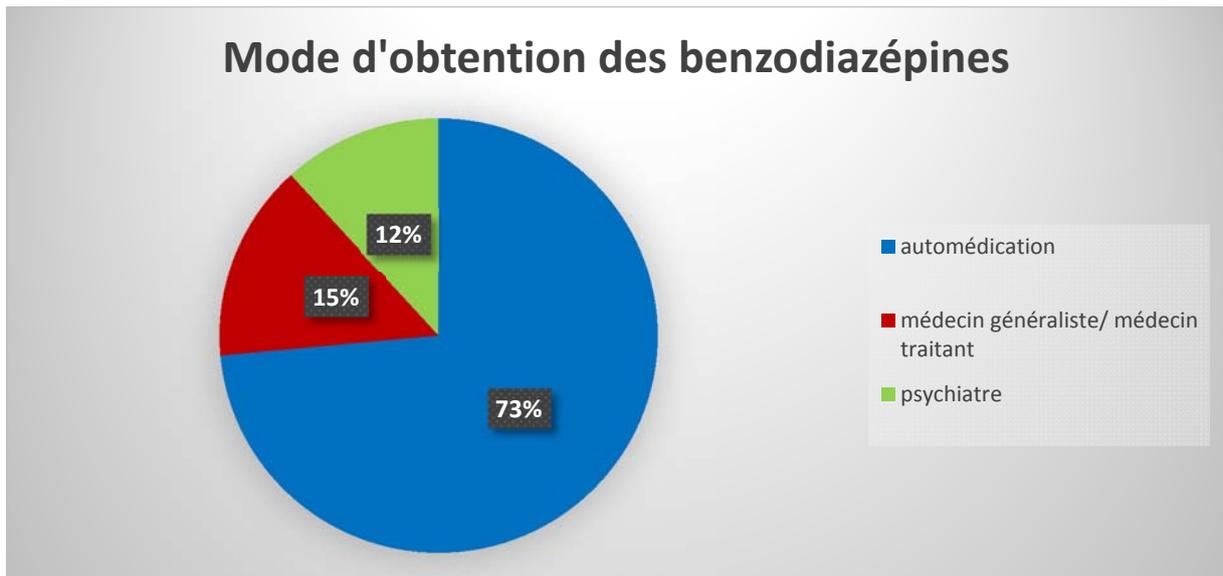
5) Consommation des anxiolytiques de type benzodiazépine :

a) Fréquence de la consommation :



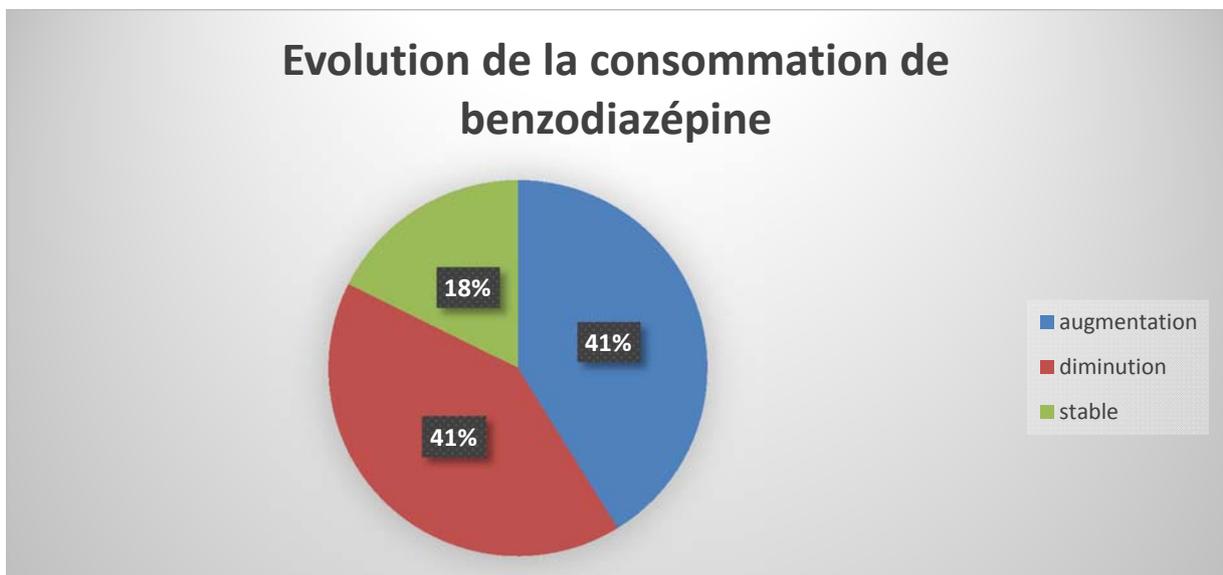
Concernant la consommation de benzodiazépine : 182 internes (84%) n'ont jamais consommé de benzodiazépine, 27 (13%) au moins une fois par mois, 4 (2%) tous les jours ou presque, 3 (1%) au moins une fois par semaine.

b) Mode d'obtention :



Concernant le mode d'obtention : sur les 34 internes consommateurs de benzodiazépine 25 internes (73%) obtiennent les benzodiazépines par automédication, 5 (15%) par le médecin traitant et, 4 (12%) par le psychiatre.

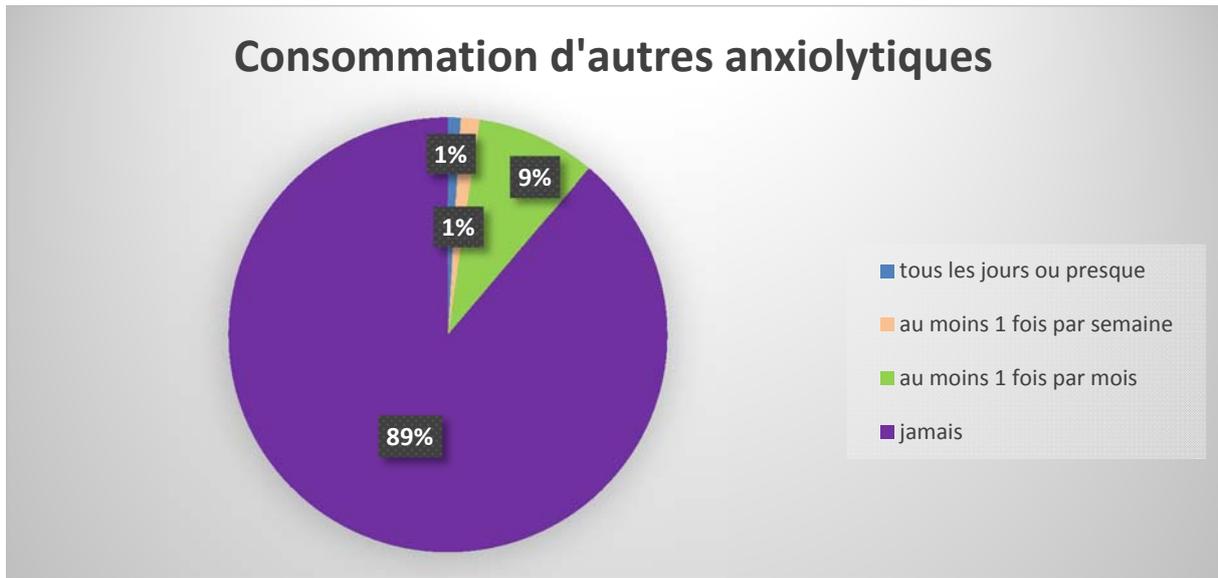
c) Evolution de la consommation :



Concernant l'évolution de la consommation de benzodiazépine : sur les 34 internes consommateurs, 14 (41%) ont une consommation en diminution, 14 (41%) sont en augmentation et, 6 (18%) ont une consommation stable.

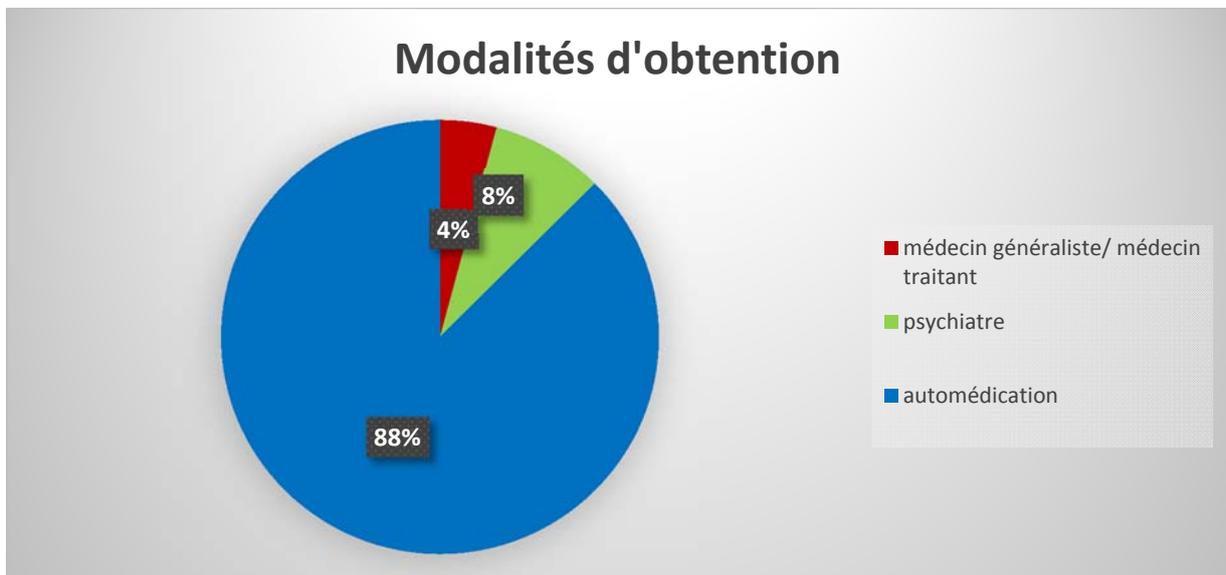
6) Consommation des anxiolytiques de type autre (exemple hydroxyzine, ...) :

a) Fréquence de consommation :



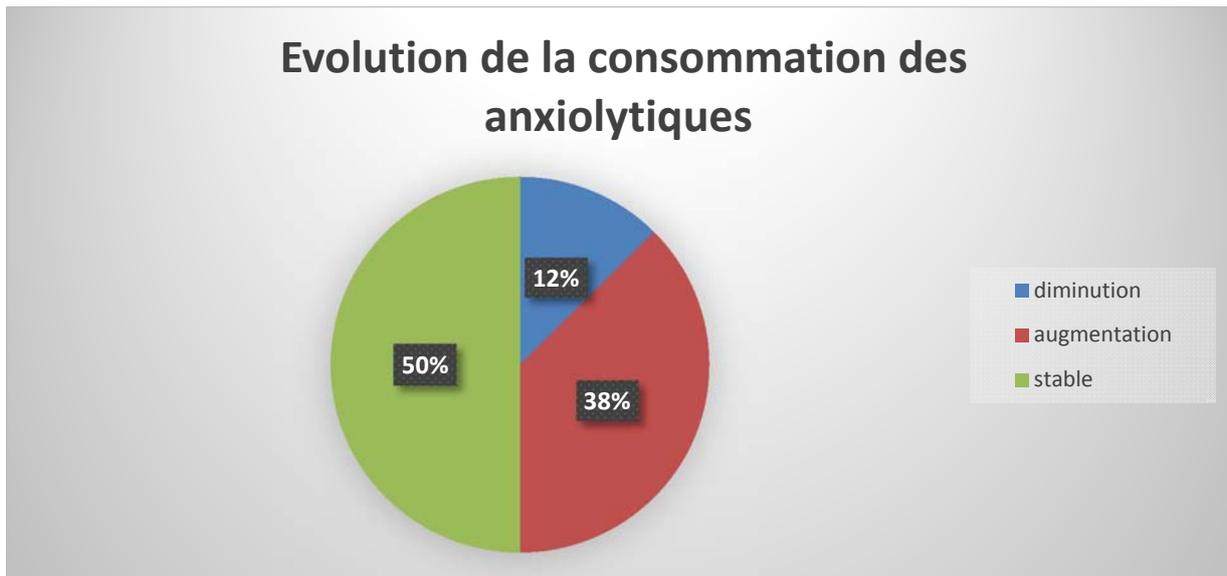
Concernant la consommation d'autres anxiolytiques : 192 internes (89%) ne consomment pas d'autres anxiolytiques, 19 (9%) au moins 1 fois par mois, 3 (1%) au moins une fois par semaine et, 2 (1%) tous les jours ou presque.

b) Modalité d'obtention :



Concernant le mode d'obtention : sur les 24 internes consommateurs d'autres anxiolytiques, 21 internes (88%) obtiennent les anxiolytiques par automédication, 2 (8%) par le psychiatre et, 1 (4%) par le médecin généraliste.

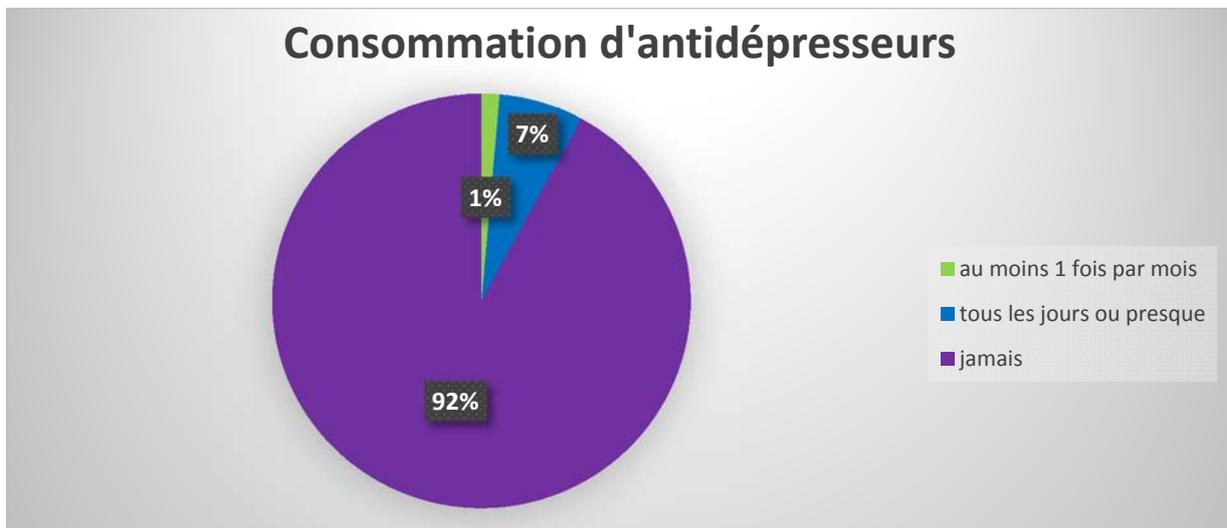
c) Evolution de la consommation des anxiolytiques :



Concernant l'évolution de la consommation d'anxiolytiques différents des benzodiazépines : sur les 24 internes consommateurs, 12 (50%) ont une consommation stable, 9 (38%) augmentent et, 3 (12%) diminuent.

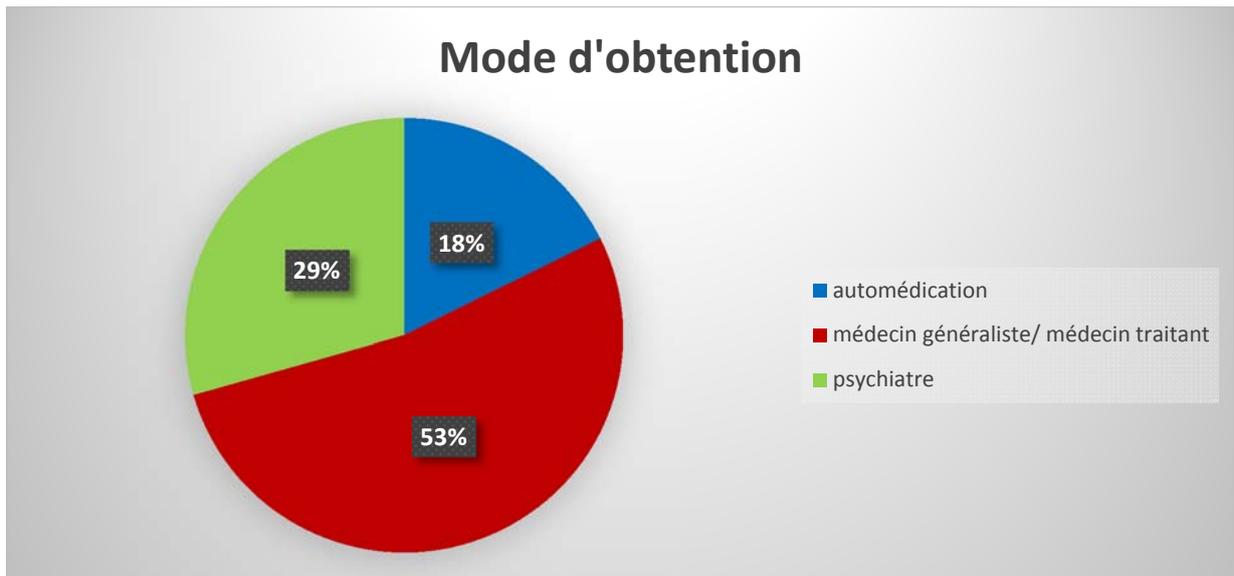
7) Consommation des antidépresseurs :

a) Fréquence de consommation :



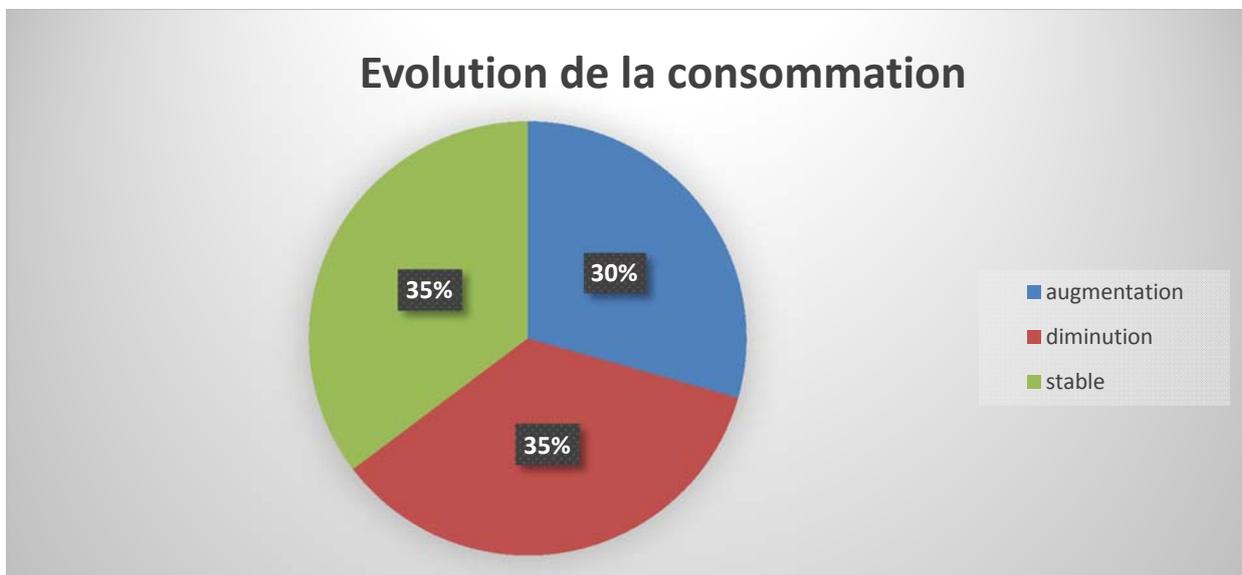
Concernant la consommation d'antidépresseur : 199 internes (92%) ne consomment pas d'antidépresseur, 14 (7%) tous les jours ou presque et, 3 (1%) au moins une fois par mois.

b) Mode d'obtention :



Concernant le mode d'obtention : sur les 17 internes consommateurs d'antidépresseurs, 9 (53%) sont obtenus par l'intermédiaire du médecin traitant, 5 (29%) par le psychiatre et, 3 (18%) par automédication.

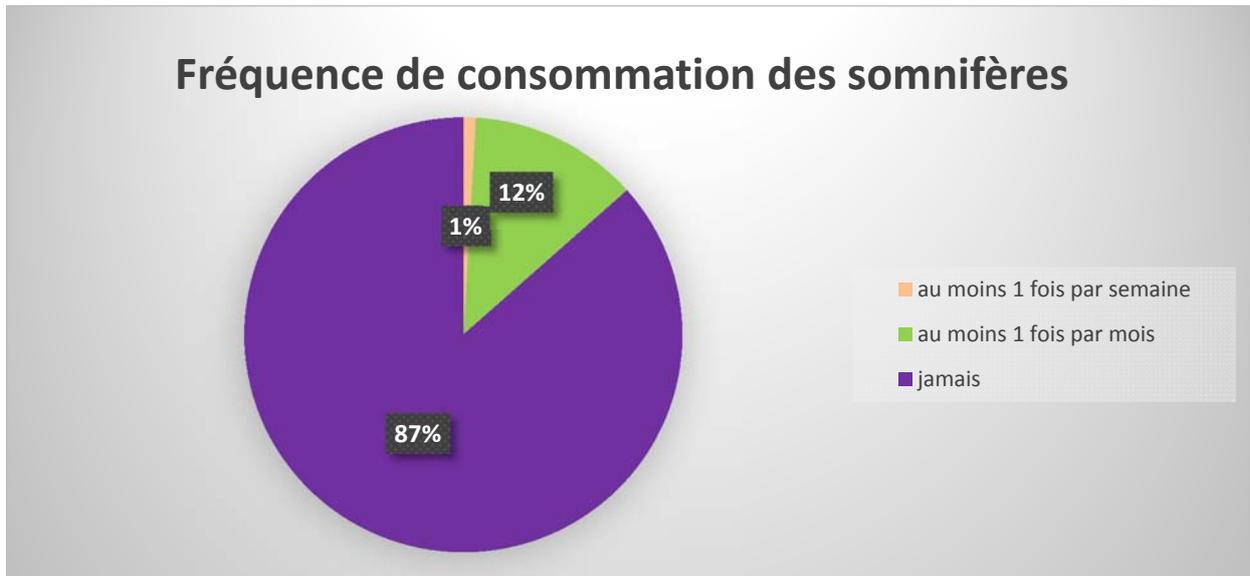
c) Evolution de la consommation :



Concernant l'évolution de la consommation des antidépresseurs : sur les 17 internes, 6 internes (35%) ont une consommation stable, 6 (35%) en diminution et, 5 (30%) en augmentation.

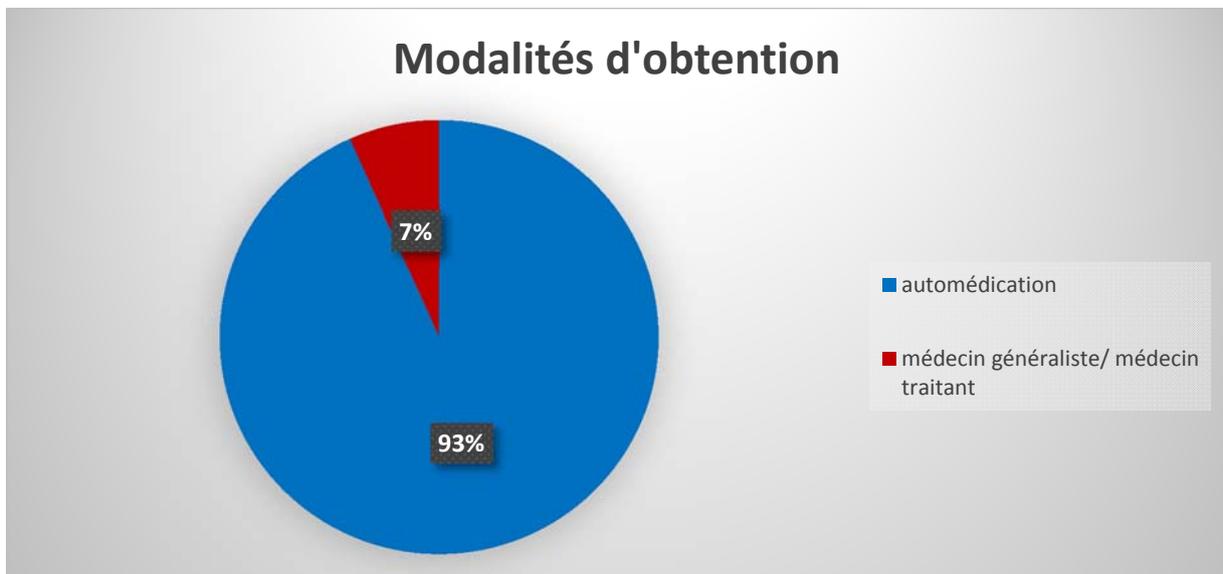
8) Consommation des somnifères :

a) Fréquence de la consommation :



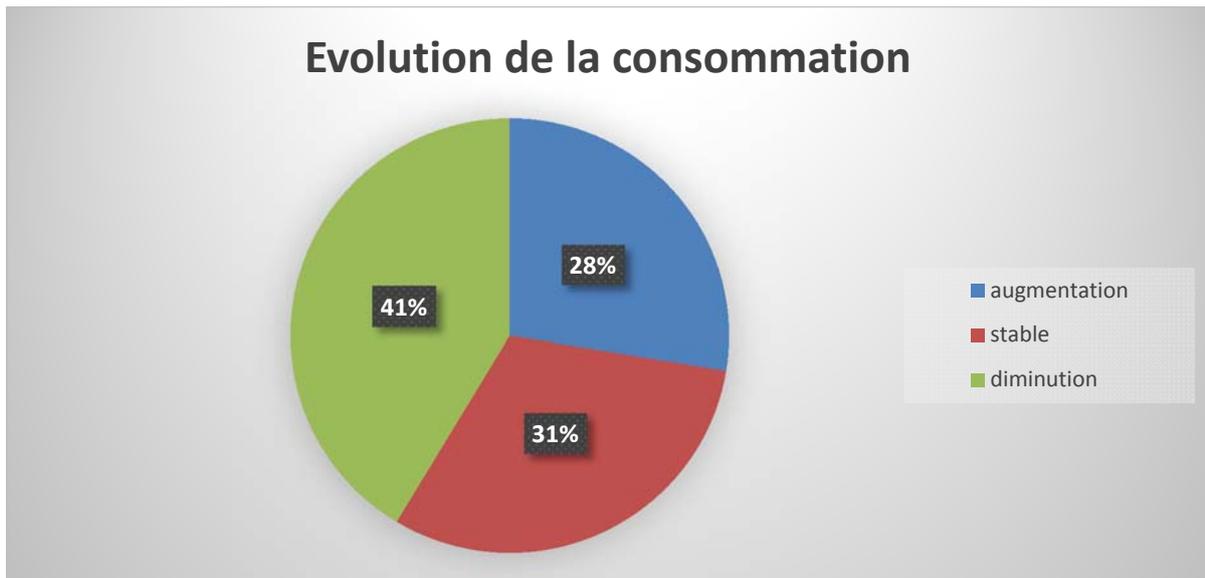
Concernant la consommation de somnifères : 187 internes (87%) ne consomment pas de somnifères, 27 (12%) au moins une fois par mois et, 2 (1%) au moins une fois par semaine.

b) Mode d'obtention :



Concernant la consommation de somnifères : sur les 29 internes consommateurs, 27 (93%) obtiennent les somnifères par automédication et, 2 (7%) par le biais du médecin généraliste.

c) Evolution de la consommation :

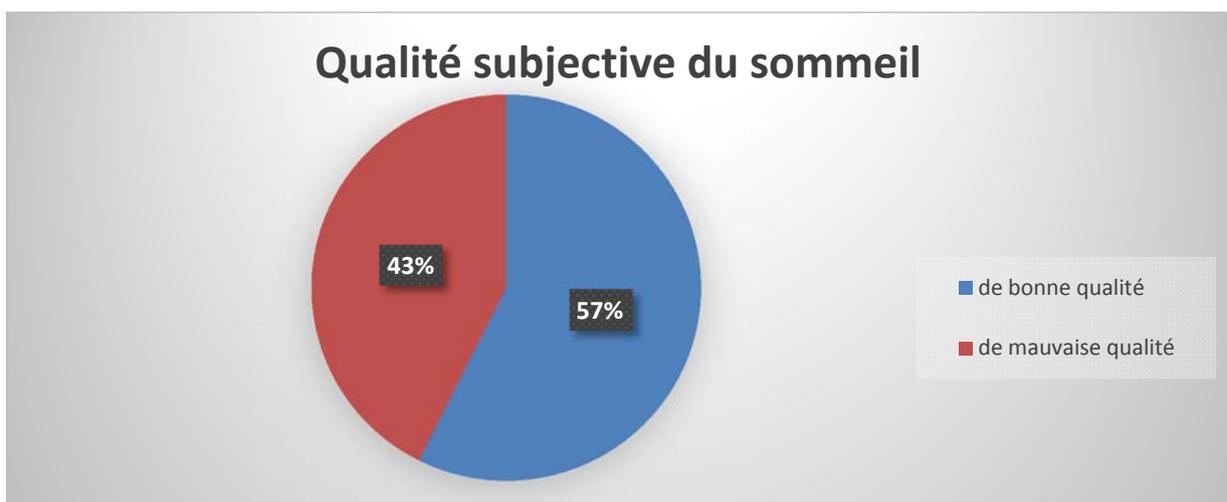


Concernant l'évolution de la consommation des somnifères : sur les 29 internes, 12 (41%) sont en cours de diminution, 9 (31%) sont stables et, 8 (28%) sont en augmentation.

5. Troubles du sommeil :

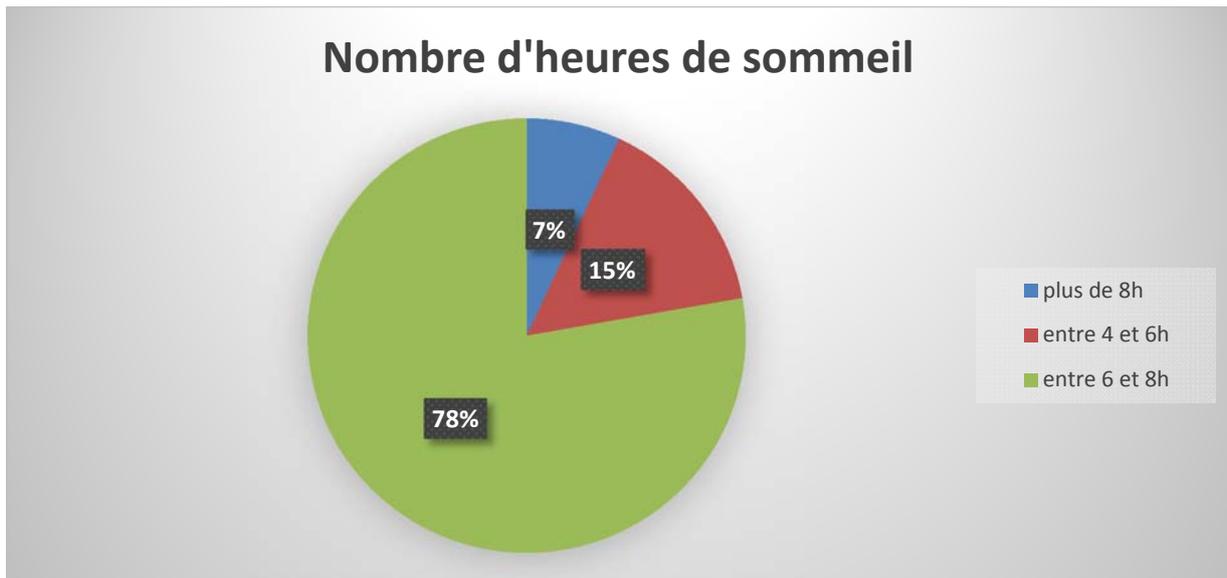
1) Le sommeil :

a) Estimation ressentie de la qualité du sommeil :



Concernant la qualité subjective de sommeil ressenti par l'interne : 124 internes (57%) trouvent qu'ils ont un sommeil de bonne qualité, contre 92 (43%) trouvant leur sommeil de mauvaise qualité.

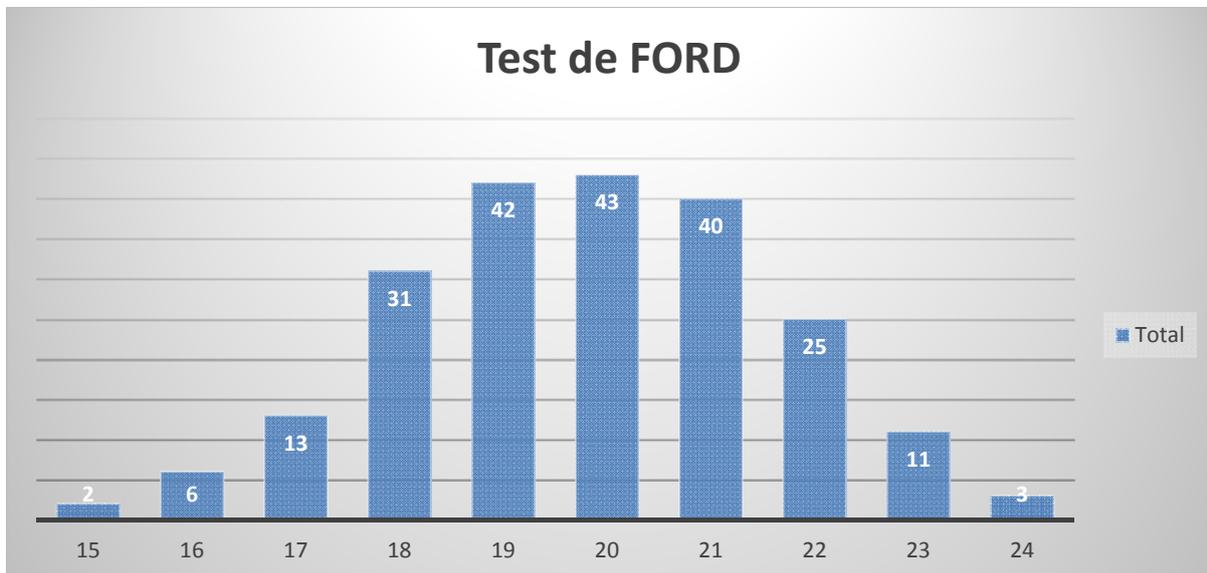
b) Nombre d'heures de sommeil :



Concernant la durée moyenne de sommeil : 168 internes (78%) dorment entre 6 et 8 heures par nuit, 33 (15%) entre 4 et 6 heures et, 15 (7%) plus de 8 heures.

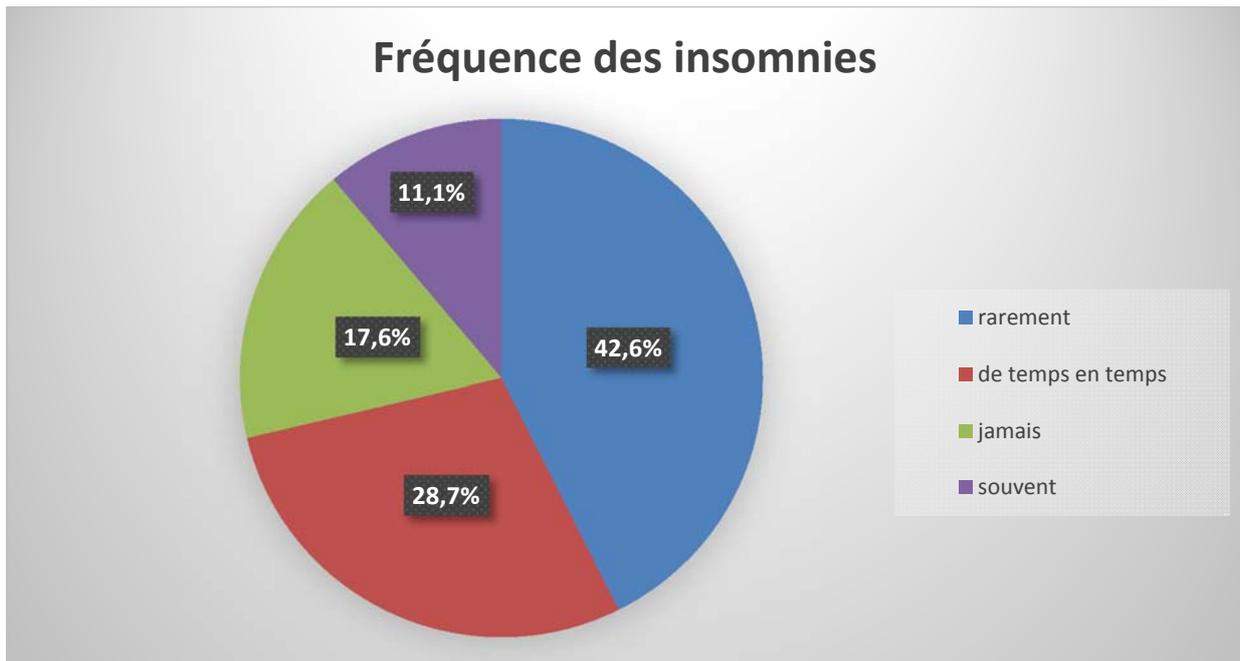
2) Insomnies :

a) Insomnie en réponse au stress : test de FORD :



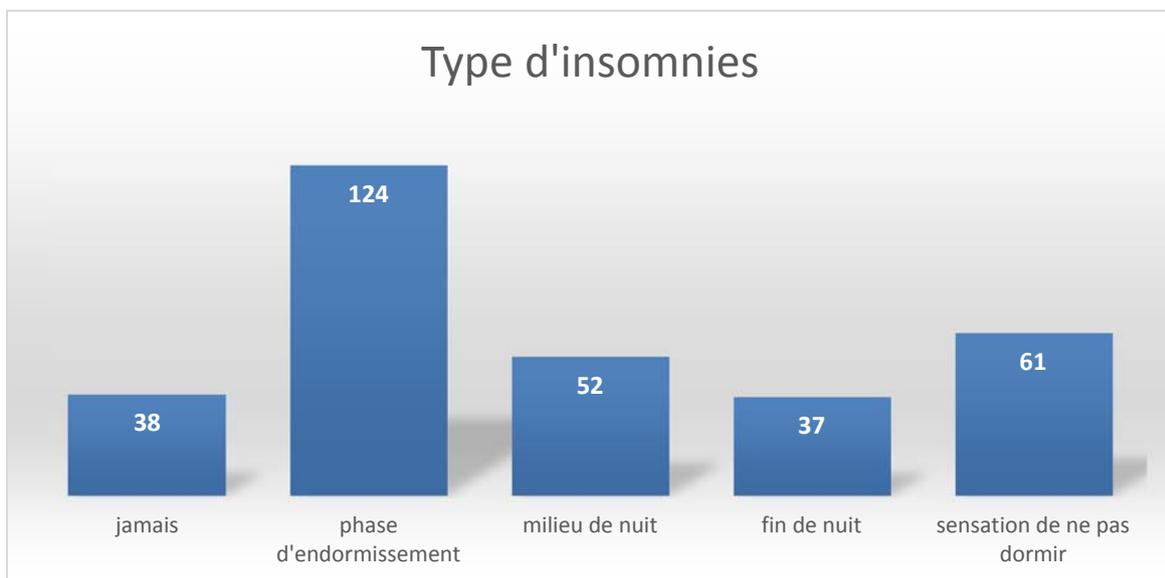
Concernant les insomnies en réponse aux stress : 164 internes (76%) présentent un trouble du sommeil selon le questionnaire de FORD alors que, 52 internes (24%) n'en souffrent pas.

b) Fréquence des insomnies :



Concernant la fréquence des insomnies : 92 internes (42,6%) font rarement des insomnies, 62 (28,7%) en font de temps en temps, 38 (17,6%) n'en font jamais et, 24 (11,1%) en font souvent.

c) Type d'insomnie :

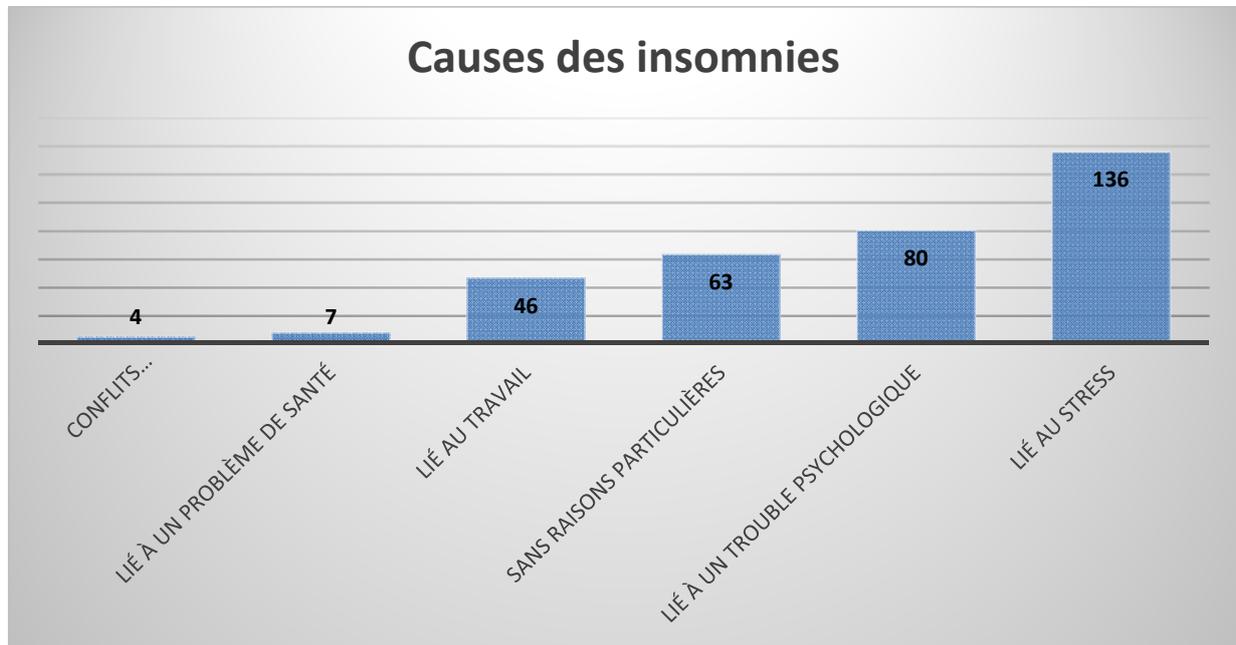


Concernant les types d'insomnies, les internes avaient la possibilité de répondre plusieurs types d'insomnie.

Ainsi, la plupart des internes (40%) présentent des insomnies à la phase d'endormissement. Les insomnies de milieu de nuit (16,5%) et de fin de nuit (12%) sont à peu près du même ordre.

La sensation de ne pas dormir est présente pour de nombreux internes (19.5%).

d) Causes ressenties d'insomnie :



Concernant les causes d'insomnies, les internes pouvaient sélectionner plusieurs critères.

La principale cause d'insomnie qui ressort de cette question est celle liée au stress (40.5%). Viennent ensuite les insomnies liées à un trouble psychologique (24%), celles sans cause évidente (18.5%), celles liées au travail (14%). Nous retrouvons en dernier les insomnies liées à des problèmes de santé et celles liées à des conflits familiaux (2%) ou conjugaux (1%).

3) Autres troubles du sommeil :

Concernant le somnambulisme : 199 internes (92%) jugent n'avoir fait de somnambulisme, 12 (5,5%) rarement, 4 (2%) de temps en temps et, 1 (0,5%) en fait souvent.

Concernant les terreurs nocturnes : 196 internes (91%) ne font pas de terreur nocturne, 14 (6,5%) en font rarement et 6 (2,5%) en font de temps en temps.

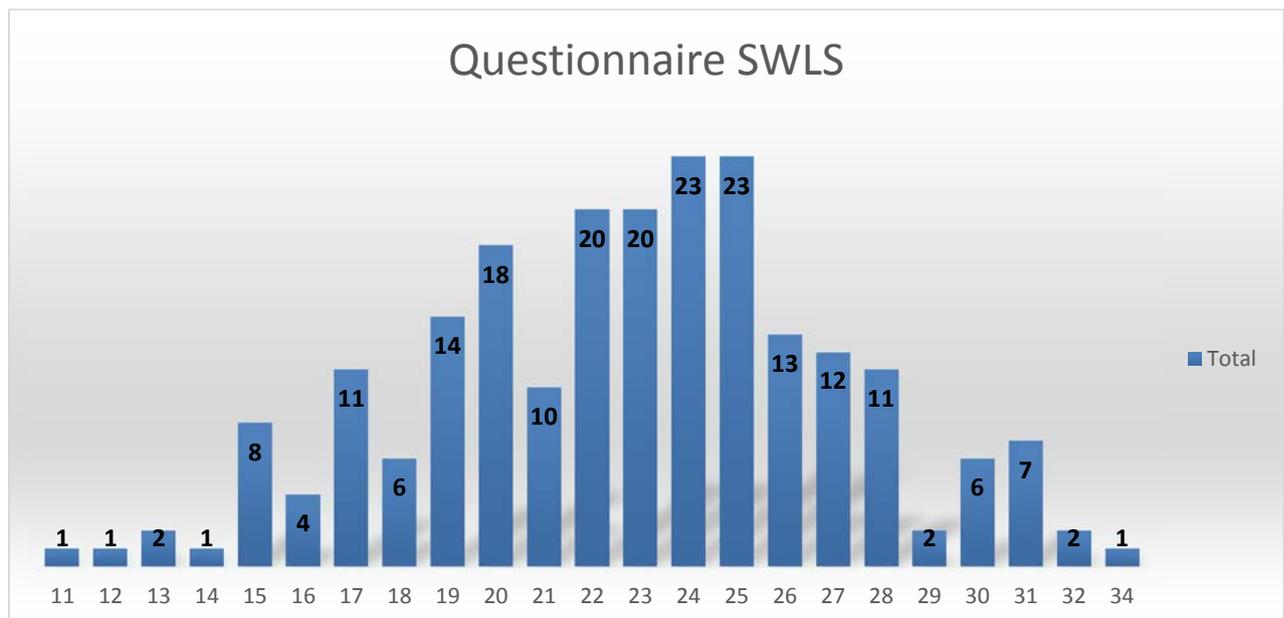
Concernant les rêves angoissants : 83 internes (38%) ne font jamais de rêves angoissants, 62 (29%) en font de temps en temps, 53 (24,5%) en font rarement et, 18 (8,5%) en font souvent.

Concernant l'énurésie : 211 internes (98%) ne sont pas sujets à l'énurésie et, 5 (2%) y sont rarement sujets.

Concernant l'existence de crise épileptique pendant le sommeil : 213 internes (98,5%) disent ne pas en faire et, 3 (1,5%) en ferait rarement.

6. Qualité de vie :

a) Satisfaction de vie : échelle SWLS :

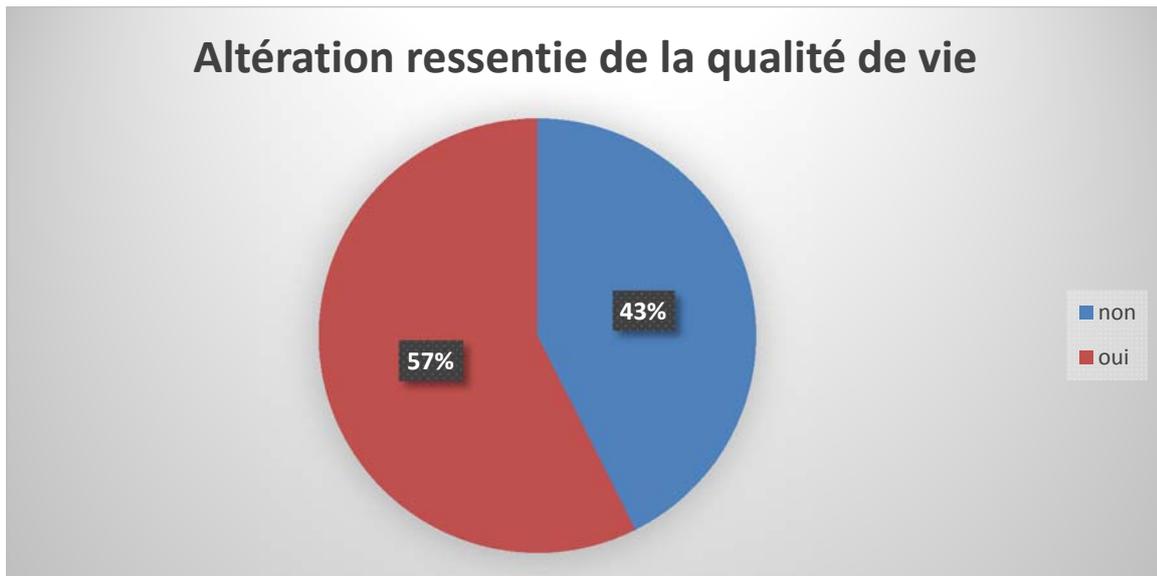


Concernant la satisfaction de vie : 150 internes (69%) jugent être satisfait de leur vie et, 66 (31%) jugent ne pas être satisfait de leur vie.

Sur les internes satisfait de leur vie : 43 (29%) sont des hommes et, 107 (71%) sont des femmes.

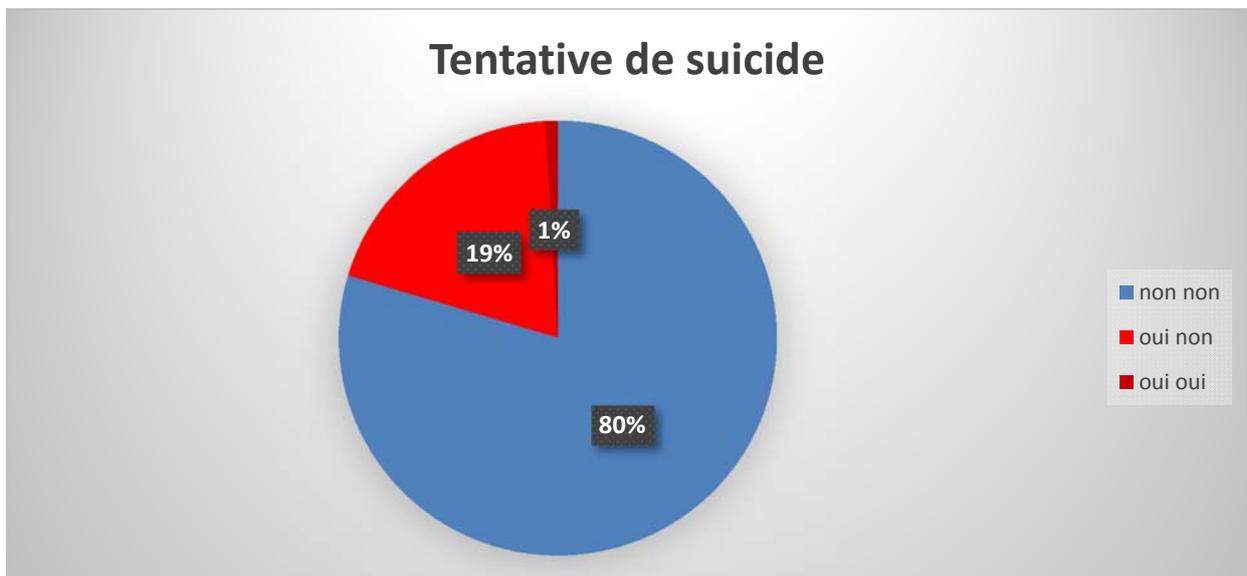
Rapporté à notre population : Sur les 60 hommes interrogés, 43 (72%) sont satisfaits de leur vie. Sur les 156 femmes, 107 (69%) sont satisfaites de leur vie.

b) Altération ressentie de la qualité de vie :



Concernant le ressenti subjectif de la qualité de vie : 124 internes (57%) trouvent que leur qualité de vie est altérée et, 92 (43%) ne la trouvent pas altérée.

c) Idées suicidaires et tentatives de suicide :



Concernant les idées suicidaires : 172 internes (80%) n'ont pas eu de pensées suicidaires et, 44 (20%) en ont eu.

Sur l'ensemble des internes interrogés, 2 internes (1%) ont fait une tentative de suicide. Ces 2 internes (100%) ont eu des pensées suicidaires.

7. Dépistage des troubles psychiques :

a) Oser en parler et à qui :

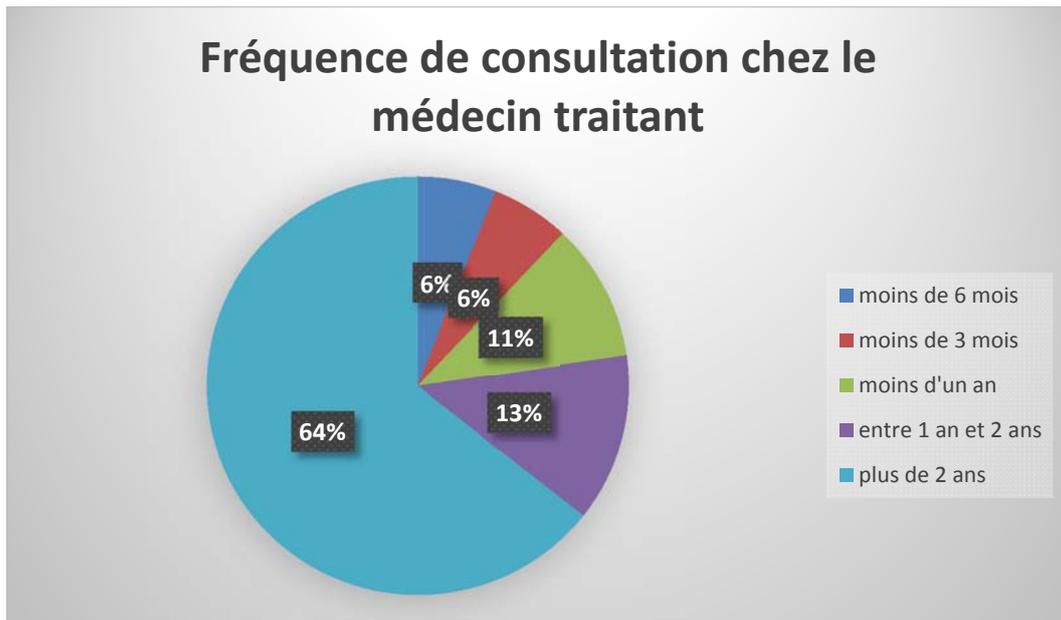
Concernant la volonté d'en parler : 153 internes (71%) disent parler de leurs problèmes et, 63 (29%) disent ne pas en parler.



Concernant les personnes avec qui en discuter : la réponse à cette question était à choix multiples.

Il en ressort qu'une majorité de personne en discute principalement avec les amis (27,3%), la famille (25,7%) et le conjoint/ la conjointe (22%). Les collègues représentent un autre groupe avec lesquels les internes discutent (15,7%). Nous retrouvons, dans une moindre proportion les professionnels de santé (4,4%), les supérieurs (4%) et le médecin traitant (0.9%).

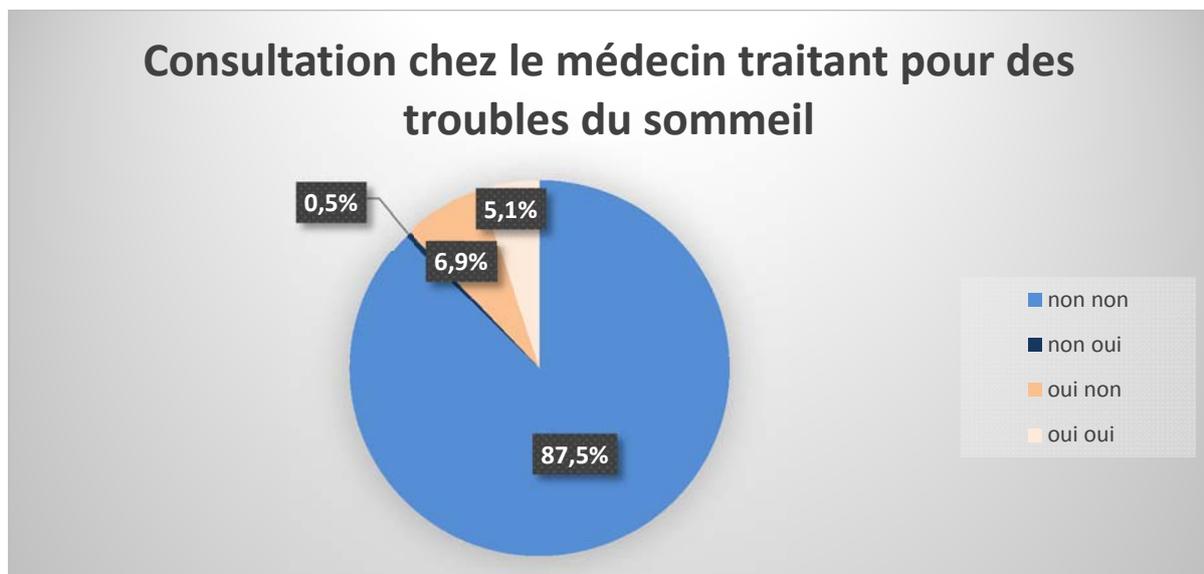
b) Consultation chez le médecin traitant :



Concernant la dernière visite chez le médecin traitant : 139 internes (64%) ont vu leur médecin traitant il y a plus de deux ans, 28 (13%) entre un an et deux, 23 (11%) il y a moins d'un an, 13 (6%) il y a moins de six mois et, 13 (6%) il y a moins de trois mois.

c) Consultation chez le médecin traitant depuis le début de l'internat pour :

➤ Des troubles du sommeil :



Depuis le début de l'internat : 190 internes (88%) n'ont pas ressenti le besoin d'aller consulter leur médecin traitant pour des troubles du sommeil et 26 (12%) en ont ressenti la nécessité.

Sur les 190 internes n'ayant pas ressenti le besoin, un interne (0,5%) est allé consulter pour des troubles du sommeil.

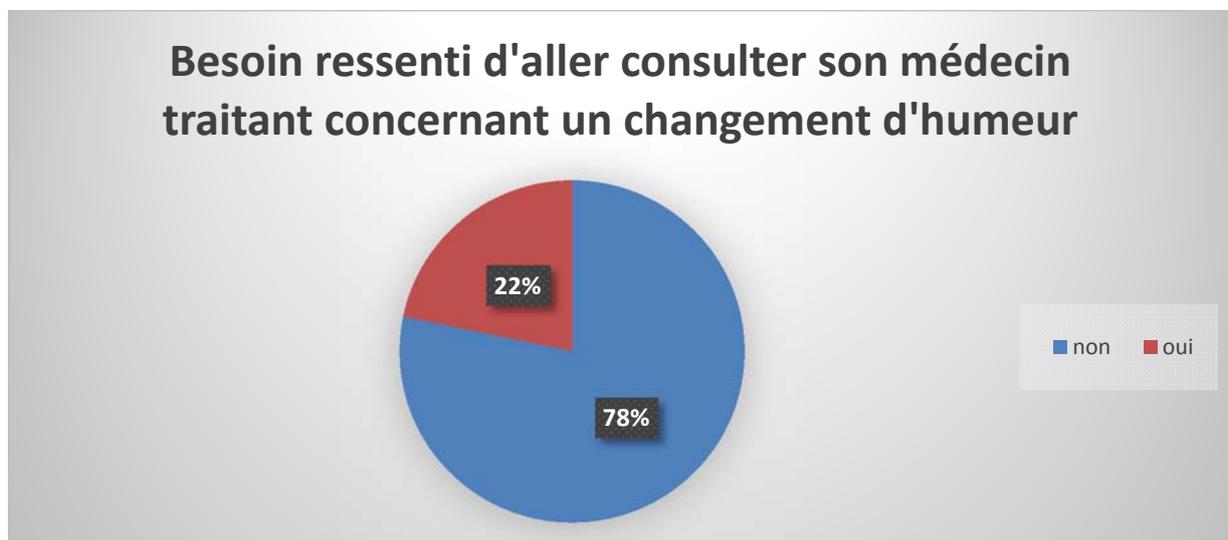
Sur les 26 internes ayant ressenti le besoin d'aller consulter, 15 (58%) sont allés consulter.

➤ Des troubles du comportement :



Depuis le début de l'internat : 197 internes (91%) n'ont pas ressenti le besoin d'aller en parler et 19 (9%) en ont ressenti le besoin.

➤ Un changement d'humeur :



Depuis le début de l'internat : 169 internes (78%) n'ont pas ressenti le besoin d'aller voir un médecin traitant concernant un changement d'humeur et 47 (22%) en ont ressenti le besoin.

➤ Une consommation excessive :

Concernant le besoin ressenti d'aller consulter le médecin traitant pour des consommations excessives : 201 internes (93%) n'ont pas ressenti ce besoin et 15 (7%) l'ont ressenti.

Concernant les consultations réalisées chez le médecin traitant pour des consommations excessives :

- 5 internes (2,3%) sont allés consulter leur médecin traitant pour une consommation excessive de tabac. Sur ces 5 internes, 3 (60%) en avaient ressenti le besoin et, 2 (40%) non.
- 2 internes (1%) sont allés consulter leur médecin traitant pour une consommation excessive d'alcool. Ces 2 internes (100%) en avaient ressenti le besoin.
- Un interne (0,5%) est allé consulter leur médecin traitant pour une consommation excessive de drogue dure. Cet interne (7%) a consulté alors qu'il en ressentait le besoin.
- Un interne (0,5%) est allé consulter son médecin traitant pour une consommation excessive de cannabis. Cet interne (7%) a consulté alors qu'il en ressentait le besoin.

➤ Trouble du sommeil :

Pour rappel : 164 internes (76%) présenteraient un trouble du sommeil selon le questionnaire FORD.

Concernant les troubles du sommeil : 12 internes (5,5%) ont consulté leur médecin traitant pour un trouble du sommeil.

Concernant les consultations chez le médecin traitant pour une somnolence gênante : 6 internes (2,8%) ont consulté leur médecin traitant pour ce motif.

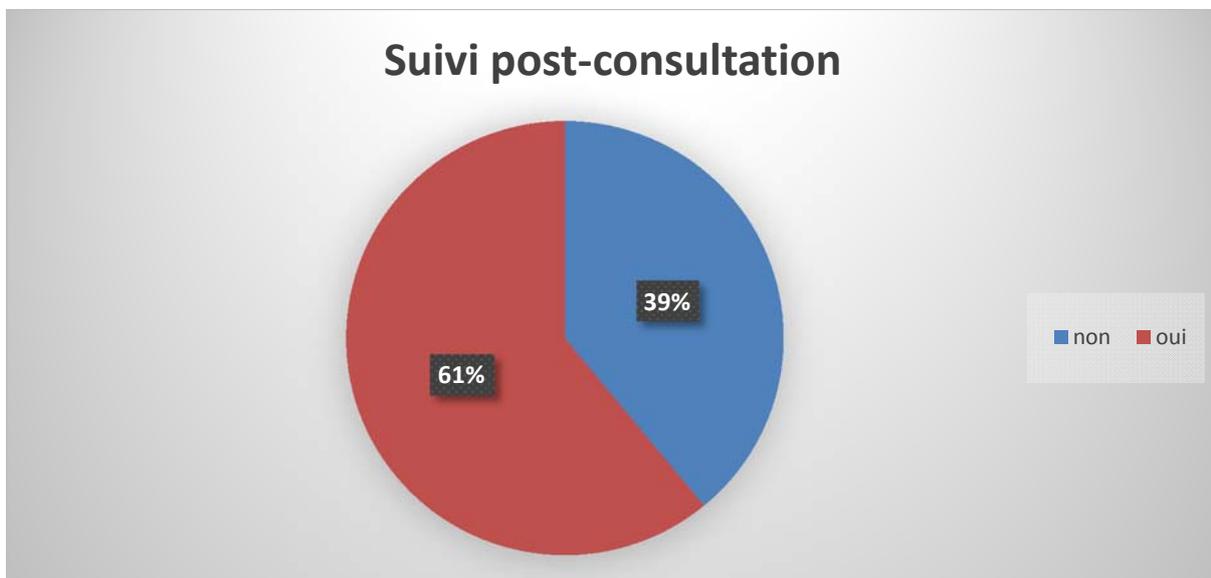
➤ **Un stress important :**

Concernant les consultations chez le médecin traitant pour un stress important : 27 internes (12,5%) ont consulté pour ce motif.

➤ **Des idées noires et idées suicidaires :**

Concernant les consultations chez le médecin traitant pour des idées noires : 17 internes (8%) ont consulté pour des idées noires et 2 internes (1%) ont consulté pour une tentative de suicide.

d) Suivi réalisé :



Concernant le suivi post-consultation : 41 internes (19%) ont consulté leur médecin traitant pour divers problèmes. Sur ces 41 internes, 25 (61%) ont bénéficié d'un suivi à la suite de la consultation et 16 (39%) non.

Les 2 internes ayant fait une tentative de suicide font partie des 25 internes ayant bénéficié d'un suivi.

e) Événement marquant :

Concernant la nécessité de discuter des suicides d'internes ou de professionnels de santé depuis le début de l'internat : 115 internes (53%) n'en ont pas ressenti le besoin, 101 (47%) ont eu besoin d'en discuter.

8. Services de prévention et d'accompagnement :

a) Connaissance des services :

Concernant les différents services de prévention et d'accompagnement des internes :

- 130 internes (60%) connaissent « le Service Universitaire de Médecine Préventive » et 86 (40%) ne le connaissent pas
- 171 internes (79%) connaissent le « SOS SAIHM », 45 (21%) ne le connaissent pas
- 166 internes (77%) ne connaissent pas le numéro national de « SOS Dépression », 50 (23%) le connaissent
- 149 internes (69%) ne connaissent pas le numéro national de « Suicide Ecoute », 67 (31%) le connaissent
- 147 internes (68%) connaissent le numéro national de « Drogue Info Service », 69 (32%) ne le connaissent pas

b) Utilisation des services :

Concernant le Service Universitaire de Médecine Préventive : 202 internes (93,5%) ne l'ont pas utilisé, 12 (5,5%) l'ont rarement utilisé et 2 (1%) l'ont utilisé de temps en temps.

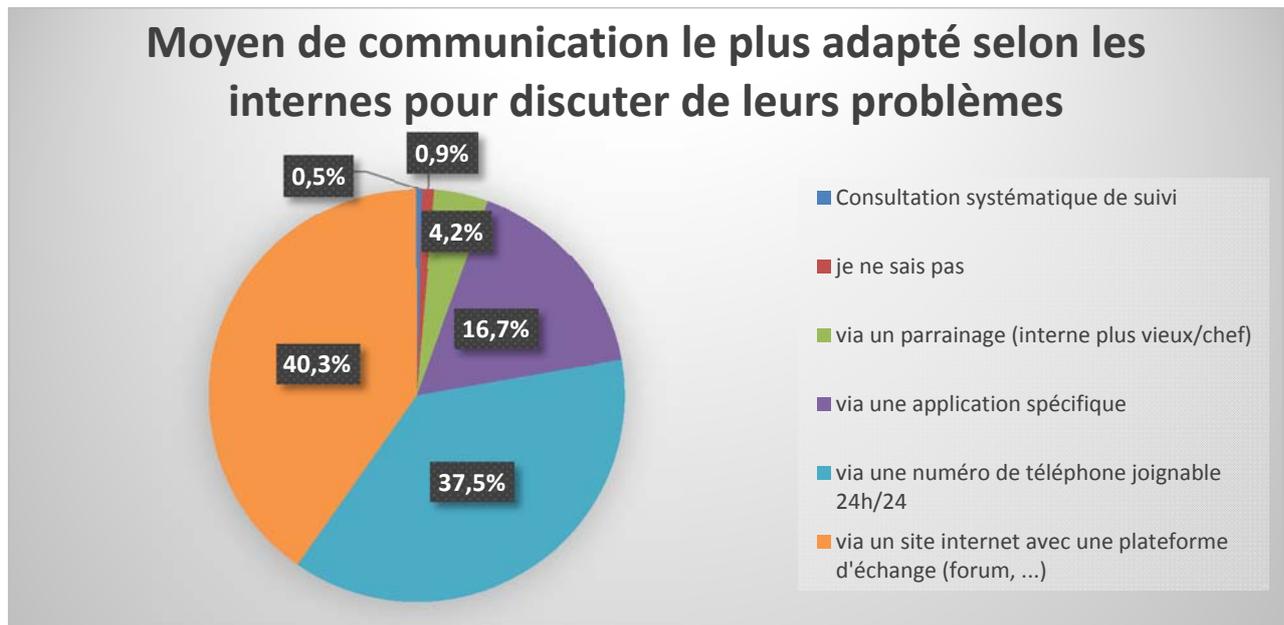
Concernant le SOS SAIHM : 206 internes (95%) ne l'ont pas utilisé, 6 (3%) l'ont utilisé rarement et 4 (2%) l'ont utilisé de temps en temps.

Concernant le numéro national de « SOS Dépression » : 214 internes (99%) ne l'ont pas utilisé et 2 (1%) l'ont utilisé de temps en temps.

Concernant le numéro national de « Suicide Ecoute » : 214 internes (99%) ne l'ont pas utilisé et 2 (1%) l'ont utilisé de temps en temps.

Concernant le numéro national de « Drogue Info Service » : 213 internes (98,5%) ne l'ont pas utilisé, 2 (1%) l'ont utilisé de temps en temps et 1 (0,5%) l'ont utilisé rarement.

c) Moyen de communication le plus adapté selon les internes pour pouvoir parler de leurs problèmes :



Concernant le moyen de communication le plus adapté à la discussion selon les internes : 87 internes (40,3%) pensent qu'il faudrait une plateforme internet d'échange, 81 (37,5%) pensent qu'il faudrait créer une ligne téléphonique dédiée accessible 24h/24, 36 (16,7%) pensent que la communication via une application serait le plus adapté, 9 (4,2%) pensent qu'un parrainage serait le plus adapté, 2 (0,9%) n'ont pas d'avis et 1 (0,5%) est en faveur d'une consultation systématique de suivi.

d) Acteurs de la prévention :

Concernant le choix des acteurs de prévention : 71 internes (32,9%) pensent que le rôle de prévention reviendrait aux praticiens hospitaliers encadrant les internes, 59 (27,3%) que le rôle de prévention revient à la faculté de médecine de Marseille, 51 (23,6%) que le rôle de prévention revient aux institutions publiques, 34 (15,7%) que le rôle de prévention reviendrait aux pairs et un interne (0,5%) juge que ce rôle reviendrait au SAIHM.

IV. Discussion :

1- Principaux résultats :

- Le taux de réponses a été de 72.2% pour les internes femmes et de 27.8% pour les hommes.
- 63% d'internes en médecine générale.
- 60% d'internes originaires de Marseille.
- 37% des internes vivent en couple, 24% seul et seulement 6% habitent dans leur famille.
- 74% des internes se sentent soutenu par leur famille durant leur internat.
- 41% des internes travaillent entre 48 et 55 heures par semaines et 35% travaillent plus de 56 heures par semaines.
- 49% des internes jugent avoir une diminution de leur temps libre.
- 45% des internes jugent leur poids stable. Néanmoins, la tendance penche vers une prise de poids avec 25% des internes ayant pris entre 2 à 5 kg depuis le début de leur internat et 18% ont pris plus de 5 kg.
- 35% des internes sont fumeurs.
- 33% des internes ont une consommation à risque pour l'alcool, dont 16% qui ont une probable alcoolo-dépendance.
- 20,5% des internes consomment régulièrement du cannabis, dont 6,5% ont une consommation dites à risque et 5,5% ont une consommation dites addictive.
- 15% des internes ont consommé de la cocaïne durant leur internat, 7% du LSD et 14% des amphétamines.
- 16% des internes consomment des benzodiazépines, 11% des anxiolytiques, 13% des somnifères et 8% des antidépresseurs. La grande majorité de ces produits est obtenue par automédication (à 73% pour les benzodiazépines, 88% pour les anxiolytiques, 93% pour les somnifères).
- 57% des internes jugent leur sommeil de bonne qualité mais 76% présenteraient un trouble du sommeil.
- 57% des internes trouvent qu'ils ont une qualité de vie altérée mais 69% semblent être satisfait de leur vie.

- 20% des internes ont eu des idées suicidaires, et 1% des internes ont fait une tentative de suicide.
- Les principaux interlocuteurs que les internes ont pour exprimer leur mal-être sont : les amis, la famille et le/la conjoint(e), viennent ensuite les collègues.
- 64% des internes n'ont pas consulté leur médecin traitant depuis plus de 2 ans.
- Les principaux services de prévention sont connus par 60% des internes pour le Service Universitaire de Médecine Préventive et par 79% pour le SOS SAIHM pour ne citer qu'eux.
- Selon les internes, les principaux acteurs de la prévention de la santé psychique des internes devraient être : les supérieurs encadrant les internes pour 32,9% des internes, la faculté de médecine de Marseille-Aix pour 27,3% et, pour 23,6% des internes, cela devrait être les institutions publiques.

2- Forces et limites :

a) Intérêt de l'étude :

Les résultats de cette recherche ont permis de collecter de nombreuses données auprès d'une population donnée, préalablement définie – les internes en médecine toutes années confondues de l'université Aix Marseille - sur les impacts potentiels de l'internat au niveau psychologique.

Cette investigation a notamment permis de s'intéresser à des pans de la vie des internes souvent peu explorés comme leur perception de leur qualité de vie et son évolution mais aussi leur vision des outils de prise en charge existants.

b) Biais de sélection :

L'échantillon peut être considéré comme parfaitement représentatif de la population totale des internes en médecine de la faculté d'Aix-Marseille. En effet, un échantillon de 500 étudiants avec les mêmes caractéristiques que la population de base, eut été plus robuste tant sur le plan de la représentativité que sur l'extrapolation statistique. Cependant, notre échantillon de 216 participants reste un panel suffisamment important pour en tirer des enseignements intéressants et de grandes tendances.

Par ailleurs il aurait été intéressant de réaliser des sous-analyses par classes d'âges et de les comparer afin d'exprimer plus finement les résultats. En effet, un interne en

1ere année d'internat n'a peut-être pas le même recul, ni les mêmes expériences difficiles qu'un interne de dernier semestre. Il aurait été intéressant de vérifier ces points, pour confirmer ou invalider l'hypothèse que le vécu est différent selon l'année d'internat.

De plus, il y a une surreprésentation des internes en médecine générale (60%) ce qui peut biaiser une partie des résultats. La difficulté est-elle différente selon la spécialité ?

Le principe auto-déclaratif des réponses au questionnaire est aussi un biais car il est soumis à la subjectivité d'évaluation des internes ayant répondu.

Le pourcentage de femmes ayant répondu au questionnaire (72,2%) est supérieur au pourcentage de femmes internes en médecine générale en 2012 sur la France (65%) (30). Néanmoins, cette différence est minime et ne pourrait biaiser l'entièreté de l'analyse.

La population des internes présente des spécificités (haut niveau socioculturel, longue durée d'études, connaissances supérieures avancées et médicales, ...) qui rendent difficile la comparaison avec une population que nous pourrions qualifier de « témoin ». Néanmoins, la réalisation d'une étude avec notre population et une population d'étudiants français serait intéressante.

c) Biais de mesure :

Le fait que le recueil de données ait été sous le mode déclaratif induit automatiquement une sous-estimation des conduites à risques, comme probablement les consommations de produits psychotropes et autres produits addictifs, comme c'est souvent le cas dans le domaine des addictions.

Le questionnaire (Annexe 1) était un peu long, cela a induit une fatigabilité des répondants et donc des réponses aux dernières questions moins réfléchies. Par ailleurs, il eut été opportun d'être moins généraliste sur les questionnements et de s'intéresser plus finement à une thématique afin d'être plus pertinent dans l'analyse finale.

d) Biais d'analyse :

Il aurait été pertinent de réaliser cette étude sur un échantillon plus large pour plus de robustesse. Par ailleurs, il aurait fallu compléter cette recherche par des entretiens qualitatifs auprès d'étudiants en médecine de différentes années, cela afin

de comprendre plus finement leur vécu émotionnel profond de leur internat, mais aussi de recueillir leurs besoins, et attentes, dans ce contexte.

Cette étude ne concernait que les internes en médecine de Aix-Marseille, toutes spécialités confondues, elle n'est donc pas représentative de l'ensemble de la population d'internes en Médecine à l'échelle nationale. Cependant elle donne des tendances, et au regard de la littérature et des différentes études menées à l'échelle nationale, elle peut confirmer certains points.

3- Comparaison avec les données de la littérature :

Des tendances qui se confirment

Une tendance à la féminisation

Le choix de sa ville d'origine comme point d'ancrage à la réalisation de sa médecine

La population interrogée était majoritairement composée d'internes de sexe féminin (72,2% dans notre étude), à l'image des proportions rencontrées dans les promotions médicales actuellement (31).

Ces données sont d'ailleurs confirmées par le CNOM (32) qui estime à l'heure actuelle la proportion de femmes en Faculté de Médecine à 64%.

La grande majorité des internes ayant répondu sont originaire de Marseille, population proportionnelle aux pourcentages d'internes originaires de Marseille choisissant leur ville d'origine lors des affectations (33).

Et d'autres qui divergent

La grande majorité des internes vivent en couple ou seuls, hors du foyer familial, loin du cocon protecteur de la famille. Dans notre étude les pourcentages s'inversent puisque seuls 6% ont choisi ce mode de vie. Comme la 7ème enquête nationale de l'EmeVia (34) en 2011 le montre, la proportion d'étudiant hors du foyer familial est plus sujette à de nombreux problèmes de santé psychique, ainsi qu'à une diminution du suivi auprès du médecin traitant.

Notre étude retrouve que la majorité des internes ont un poids stable, avec tout de même quelques variations spécifiques.

En effet, nous retrouvons une certaine stabilité pondérale chez les internes interrogés. Cependant une petite minorité accuse une prise ou une perte de poids

notable. Il semble évident que l'internat influe sur l'hygiène de vie et les comportements alimentaires avec des variations différentes selon les villes. En effet, si à Marseille et à Paris la tendance est plutôt à la hausse, à Tours (35), on constate une diminution nette du poids des étudiants. Existerait-il un lien entre les variations de poids et les localisations des internes ?

Ce qui est certain c'est que quel que soit la situation géographique de l'interne, ses années d'internat semble influencer sur son évolution pondérale. Stress ? Mauvaise hygiène de vie ? Manque de temps ? Etc... autant de facteurs en jeu dans la prise ou la perte de poids selon l'individu et sa physiologie.

Notons qu'une étude a été réalisée dans 3 universités bretonnes (23) auprès des étudiants de 1ère année d'université concernant leur alimentation. Il a été observé une prise de poids dans 65% des cas et dans 34% des cas une perte de poids. La prise de poids n'excède pas 5 kg chez $\frac{2}{3}$ des étudiants concernés. La perte de poids est inférieure à 5 kg chez 58% des étudiants concernés. Ces résultats diffèrent quelque peu des nôtres. Notons que l'échantillon de référence semble évoluer dans un environnement protecteur probablement moins enclins aux effets du stress contrebalancés par une sécurité familiale (la majorité des internes interrogés vivent encore chez leurs parents).

Notre étude permet d'objectiver qu'une grande majorité d'internes présente des troubles du sommeil.

Si nous retrouvons une proportion d'internes jugeant leur sommeil de bonne qualité, 76% des internes présenteraient un trouble du sommeil avéré. Cette proportion paraît supérieure et probablement surexprimée au regard des résultats de l'étude menée par COSTA (20) à Toulouse où seuls 40% des internes interrogés présentaient un trouble du sommeil.

L'ANEMF (7), quant à elle dans son étude de 2013, retrouve que 87 % des étudiants et jeunes médecins manquent de sommeil. L'anxiété, le stress, la pression inhérente à l'internat, les heures de travail à rallonge, y compris certaines nocturnes, peuvent expliquer cette symptomatologie.

Dans son étude, DANSET (35) retrouve que 57 % des externes de Tours souffrent de troubles du sommeil ainsi que 68,8 % des externes de Paris. Nous pouvons voir que notre étude tend à se rapprocher des résultats concernant la population de Paris. Existe-t-il un lien entre métropole et manque de sommeil ? Les facteurs

favorisant les troubles du sommeil seraient-ils plus présents et intenses dans les grandes villes ? Ou le stress serait-il plus significatif ?

Cependant, on constate que quelle que soit la ville ou exerce l'interne, son sommeil est altéré.

Notre étude tend à mettre en évidence que les internes de Marseille présenteraient un investissement sans limite pour leur travail.

76% des internes questionnés disent réaliser plus de 48 heures de travail par semaine. Nous comprenons aisément pourquoi une majorité d'internes juge que l'internat a diminué leur temps libre. Pour rappel, et selon les Articles R6153-2 du code de santé publique (1), Arrêté du 10 septembre 2002, le temps de travail d'un interne devrait être de 48 heures par semaine. L'enquête réalisée par l'ISNIH (2) met en évidence qu'en 2012, les internes questionnés étaient déjà 85% à réaliser plus de 48 heures de travail par semaine, tendance qui reste stable, même si nous notons une diminution.

Ce temps de travail supplémentaire est au détriment de moments de formation (comprises dans le code de travail) ou de repos de sécurité. La charge de travail d'un interne n'est-elle pas trop importante au regard de l'investissement demandé ? L'interne n'est-il pas en surrégime au péril de santé et de son bien être ? Qu'en est-il de la charge mentale pour ces jeunes à l'aube de leur carrière ?

La tendance est néanmoins respectée concernant le nombre de garde, avec une majorité d'internes faisant 4 gardes par mois, données concordantes à celles retrouvées dans l'enquête précédemment citée.

Notre étude confirme une consommation de toxiques importante parmi les internes.

Le tabac au premier plan

Les résultats de notre étude restent cohérents avec les statistiques connues de cette population. En effet nous avons trouvé une consommation tabagique pour 35% des internes marseillais, avec une tendance à une consommation stable pendant leur internat. Ces résultats sont comparables aux résultats retrouvés dans les études de MOUSNIER-LOMPRE (36) en 2015, 29% des internes de Paris 6 seraient fumeurs ; ainsi que les résultats retrouvés par Jérémie CHIRIACO (37) et Claire SCHRECK (38) dans leurs études respectives sur les internes en médecine, qui retrouvent

respectivement 27% et 28% de fumeurs.

THEVENET (39) , dans sa thèse sur les internes d'île de France et du Languedoc Roussillon, trouve une proportion de 28,7% de fumeurs.

Ce chiffre est également comparable, bien que légèrement supérieur, aux chiffres de la population générale qui montrent que 33% des français entre 12 et 75 ans fument régulièrement (40).

L'alcool comme moyen de décompression

La consommation d'alcool reste un fléau chez les jeunes et la population d'étudiants en médecine n'échappe pas à la règle. En effet 33% des jeunes interrogés auraient une consommation à risque, avec 16% de probable alcoolo-dépendance. Ces chiffres sont corroborés par les résultats obtenus J. CHIRIACO (37) dans sa thèse. Selon lui, 35% des jeunes internes en médecine présenteraient une consommation à risque concernant l'alcool.

A l'inverse, THEVENET (39) retrouve 45,6% des internes qui déclarent consommer de l'alcool (sans consommation à risque), dont 54,8% qui ont connu une situation d'ébriété, ce qui s'éloigne de nos chiffres, probablement par déni et sous-estimation par les internes de Paris 6 quant à leur consommation.

Le cannabis ou la détente...

L'étude met en avant une consommation importante de cannabis dans notre population interrogée. En effet, 20,5% des internes disent consommer régulièrement du cannabis. Ces chiffres sont bien supérieurs aux pourcentages retrouvés dans l'étude de THEVENET (39) puisque seuls 6% d'internes disaient consommer au moins une fois par mois du cannabis et 14% une fois par an.

Les chiffres de l'Observatoire National des Drogues et des Toxicomanies (41) retrouvent qu'en 2016, 42 % des adultes âgés de 18 à 64 ans déclaraient avoir déjà consommé du cannabis au cours de leur vie, et 12% des hommes et 5,4% des femmes âgées de 15 à 64 ans en consomment au moins une fois par an.

Toutes ces données sont difficilement comparables, cependant, elles permettent de mettre en avant une surconsommation de cannabis des internes en médecine comparé à la population générale.

Les drogues dures pour l'expérimentation

La place de la consommation des drogues dures dans notre population étudiée reste importante. En effet, 18% des internes disent consommer ou avoir consommé de la cocaïne pendant leur internat. 14% disent avoir consommé des amphétamines, dont 4% de façon occasionnelle. Ces chiffres sont supérieurs à ceux retrouvés les études de THEVENET (39).

(4% des internes consommeraient des drogues) et dans le baromètre des niveaux d'usage des drogues en France de BECK (42) en 2014. Il met en évidence que la part des 18-64 ans ayant expérimenté la cocaïne a été multipliée par quatre en deux décennies pour atteindre 5,6 % en 2014. Par ailleurs, l'usage au cours de l'année est de 2,2% pour la tranche des 26-34 ans. Concernant les amphétamines, l'expérimentation est retrouvée chez 2,3% des 18 – 64 ans.

La consommation de drogue chez les jeunes reste un vrai fléau amplifié ces dernières années par un accès facilité pour tous. Autrefois l'apanage des marginaux, la drogue est devenue festive et synonyme de déconnexion dans une atmosphère anxiogène, qu'est le monde actuel. Les internes n'en font pas l'économie, bien au contraire.

La grande différence entre nos résultats et ceux retrouvés au sein de la population générale peut éventuellement s'expliquer par un niveau d'accès aux produits plus simple à Marseille ou, à des internes allant à la recherche de produits afin de lutter contre la fatigue et le stress.

Les psychotropes comme palliatifs

La consommation médicamenteuse des internes interrogés semble surexprimée par rapport aux chiffres de référence. En effet, dans notre étude 16% des internes consommeraient des benzodiazépines, 11% des anxiolytiques, 13% des somnifères et 8% des antidépresseurs.

L'ANEMF (7) estimait que 25.7% des étudiants en médecine de France consommaient des psychostimulants, 8.7% des antidépresseurs, et 21% des anxiolytiques. La différence avec nos chiffres peut s'expliquer par la population étudiée. Nos résultats sont ciblés sur une population d'internes (période où de nombreuses difficultés et stress apparaissent), là où le travail de l'ANEMF se concerne sur tous les étudiants, toutes années confondues, comprenant donc des années potentiellement moins difficiles.

Notre tendance est d'ailleurs corroborée par les résultats de l'enquête nationale de 2016 menée par le CNOM (27) : 24% des étudiants en deuxième cycle consommeraient des anxiolytiques, 9% des antidépresseurs et 20% des somnifères. Comparés à la population générale, les chiffres sont similaires voire plus élevés. En effet, les résultats fournis par l'OFDT (43) en 2010 montre que 18 % des 18-75 ans auraient consommé au moins un médicament psychotrope au cours des 12 derniers mois (10 % ont consommé un anxiolytique au cours de l'année, 6 % un hypnotique, 6 % un antidépresseur, 0,7 % un régulateur de l'humeur et 0,9 % un neuroleptique. De plus, le site marseillais reste particulier. Ainsi, en 2011-2012, il est marqué par l'importance des usages locaux de médicaments psychotropes non opiacés, principalement les benzodiazépines, ainsi que le détournement de la Ritaline®, médicament amphétaminique dont la prescription est règlementairement restreinte.

Au total, les consommations de tabac, d'alcool, de cannabis et de médicaments des internes de Marseille-Aix mettent en relief la souffrance et un probable malais chez ces internes : une telle consommation de toxiques puise probablement son origine dans l'intensité du stress et dans la pénibilité du quotidien. Cela n'est pas sans danger pour la santé, pouvant faire le lit de pathologies telles que la dépression, l'anxiété, le burn out, les troubles psychosomatiques ou du sommeil et, les idées suicidaires.

Par ailleurs, l'automédication occupe une place importante dans le traitement par psychotrope des jeunes internes. On devinera aisément que ces jeunes ont du mal à assumer leur état et mettre des maux sur les mots. Ainsi les centres de prévention et autres structures d'accompagnement ne sont souvent fréquentés que tardivement par ces jeunes en souffrance ; par peur, par honte, par sentiment d'échec... D'où l'importance d'aborder ces sujets en amont (prévention et les dangers de l'automédication), lors des études pour démystifier ces potentielles dérives. Ils ne semblent pas réaliser le problème soulevé par leur attitude « d'autosuffisance » concernant leur santé et l'automédication dangereuse qui en découle.

Notre étude met en évidence les fortes prévalences des idées suicidaires et tentatives de suicide chez les internes.

20% des internes de Marseille-Aix auraient déjà pensé à se suicider. 1% des internes Marseillais aurait déjà fait une tentative de suicide pendant leur internat.

En 2013, L'ANEMF (7) dans son étude retrouve que 21,3% des étudiants en médecine ont déjà pensé à se suicider.

THEVENET (39) retrouve que 0,99% de la population de son étude a fait une tentative de suicide, ce qui concorde avec nos résultats.

A titre de comparaison, LEOPOLD (26), en 2003, retrouve un taux de suicide, chez les médecins seniors, de 14%, pour un taux dans la population générale du même âge de 5,4%.

Dans l'enquête réalisée à l'initiative de l'ISNI en 2017 (3), il est retrouvé que 23,7% des jeunes médecins (externes, internes, chefs de clinique-assistants (CCA), assistants hospitalo-universitaires (AHU) et assistants spécialistes (AS)) présentaient des idées suicidaire.

Nos résultats sont donc en cohérence avec les chiffres nationaux retrouvés, ce qui est cependant loin d'être rassurant.

Ces chiffres contribuent à confirmer nos hypothèses quant au potentiel mal être de la population des étudiants internes.

Notre étude met en évidence la faible fréquentation des cabinets médicaux.

Dans notre étude, très peu d'internes ont dit avoir eu recours à un praticien (ou une structure) pour des difficultés liées à une consommation abusive : 2,3% des internes seraient allés consulter leur médecin traitant pour une consommation excessive de tabac. 1% des internes seraient allés consulter leur médecin traitant pour une consommation excessive d'alcool. Moins de 1% des internes seraient allés consulter leur médecin traitant pour une consommation excessive de drogue dure. Moins de 1% des internes seraient allés consulter leur médecin traitant pour une consommation excessive de cannabis.

Pour rappel, dans notre étude, nous constatons 35% de fumeurs, 33% de consommateurs à risque d'alcool, 20,5% de consommateurs régulier de cannabis et, pour ne citer qu'elle, 18% d'internes ayant consommé de la cocaïne.

Par ailleurs et de manière plus générale, 64% des internes de notre étude n'ont pas été consulter leur médecin traitant depuis plus de 2 ans.

Selon les résultats de MOUSNIER-LOMPRE (36) , 48% des internes déclarent avoir consulté un médecin généraliste durant les douze derniers mois.

A titre de comparaison, selon une enquête réalisée par TNS Sofres pour Mondial Assistance (44) en 2012, 60% des Français s'autogèrent face à un symptôme, un recours à l'automédication en raison d'un problème d'accès au médecin arrivant pour 39% d'entre eux.

Nous faisons alors le triste constat que ces jeunes internes en difficulté souffrent le plus souvent en silence parfois même dans le déni, loin d'une prise en charge adaptée. Par manque de temps ? Par négligence ? Par banalisation ? Un état de fait qui doit poser la question de la prévention en faculté de médecine et dans les services.

Une connaissance des services de prévention existants mais une utilisation mineure.

La grande majorité des internes connaissent les principaux services de prévention, notamment SOS SAIHM (45) connu par 79% des internes et « le Service Universitaire de Médecine Préventive » (46) connu par 60% des internes. Néanmoins, ces chiffres paraissent peu importants quand on connaît l'importance qu'ils peuvent avoir pour la santé des internes.

Cependant une très large proportion d'internes n'a pas connaissance des numéros nationaux de dispositifs d'écoute comme « SOS Dépression » (47) ou « Suicide Ecoute » (48) (respectivement 77% et 69% des internes ne connaissent pas).

Nous pouvons donc conclure à un cruel manque de communication sur ces outils de prévention utiles. Les actions de prévention restent plus locales et inhérentes à chaque faculté avec plus ou moins d'efficacité. A quand une campagne de prévention à grande échelle ? Une sensibilisation plus forte des encadrants aux risques physiques et psychiques des internes ? La mise en place de services d'aide adaptés & adaptables ?

Une recherche d'aide alternative...

L'entourage reste le garant de la sécurité physique et mentale pour l'interne, lorsqu'il existe. En effet, ils semblent plus facilement accorder leur confiance à leur famille, leurs amis qu'à leurs pairs, leurs supérieurs. La famille, le/la conjoint(e) et les amis restent les valeurs refuges pour tout un chacun et leurs piliers en cas de décrochage. Cependant, ils sont 32,9% à considérer ces mêmes supérieurs comme les acteurs « légitimes » de la prévention de la santé psychique des internes. Pourquoi une telle dissonance dans les faits ? Les supérieurs endossent-ils suffisamment leur rôle de coach ?

Des attentes en faveur d'un dispositif d'écoute anonyme et facile d'accès

Les internes restent en attente d'approches nouvelles, plus en cohérence avec leur quotidien, leur rythme mais aussi l'ère dans laquelle ils évoluent. Ainsi 40,3% des internes seraient favorables à la création d'une plateforme d'échanges sur Internet, un forum dédié, un doctissimo.com spécialisé pour la population des internes. Quand on connaît la puissance des réseaux sociaux à l'heure actuelle, il semble évident que ce moyen de communication doit être prioritaire pour toucher ces jeunes en difficulté. La ligne téléphonique dédiée remporte aussi les suffrages avec 37,5% d'internes qui y seraient favorables. La dimension face/face reste elle peu plébiscitée. En effet, seuls 4,2% des internes sont intéressés par la création d'un parrainage avec un interne plus sénior et moins de 1% seraient en faveur d'une consultation systématique de suivi.

Les solutions existantes à l'heure actuelle ne semblent pas répondre aux besoins des internes et surtout paraissent plus curatives que préventives.

Dans un rapport fin juillet 2017, le Dr MARRA (49) développe les différents points importants urgents à créer afin d'améliorer le bien-être des étudiants en santé. Sur les 12 recommandations, les quatre premiers sont en adéquation avec nos résultats :

- Créer un centre national d'appui pour promouvoir la qualité de vie des étudiants en santé et des soignants,
- Communiquer sur les dispositifs d'accompagnement et les parcours de soins existants
- Prévenir les risques psychosociaux par des compétences transdisciplinaires
- Créer des centres régionaux d'accompagnement pour les internes.

Malgré tout, les internes gardent le moral !

69% des internes interrogés des internes se disent satisfaits de leur vie après réalisation de l'échelle SWLS. Des chiffres un peu surestimés au regard des résultats trouvés dans la littérature.

L'enquête menée en janvier 2013 par l'ANEMF (7) trouve que 58% des étudiants interrogés sont plutôt satisfaits de leurs études et que 11% en sont totalement satisfaits, avec une tendance à la décroissance dans l'avancement des études de médecine.

Nos résultats se rapprochent de ceux obtenus par SAINT-FELIX (8) dans sa thèse sur les externes de Paris en 2016, parmi lesquels 62,4% estimaient avoir une bonne qualité de vie.

V. Conclusion :

L'état de santé des internes est une problématique de santé publique largement étudiée depuis quelques années dans diverses études. Cependant, l'ensemble des études réalisées semblent ne s'intéresser qu'à certains pans de la santé psychique des étudiants internes, réduite, le plus souvent, à l'expression d'une douleur morale définie par la dépression ou le burn-out. Dans les faits, les manifestations du mal être des internes sont bien plus larges, plus profondes, plus insidieuses...et revêt plusieurs visages (pathologiques psychiques voire psychiatriques, conduites addictives...).

L'intérêt de notre étude était justement de comprendre plus amont les facteurs pouvant favoriser les problèmes de santé psychique chez les internes et d'essayer de dégager des axes de réflexion pour une meilleure approche de la prévention de ces difficultés. Quelles sont les prédispositions à décompenser chez la population des internes ? Quels profils peuvent être les plus à risques ? Quels facteurs sont à prendre en compte sérieusement pour appréhender l'évolution d'une difficulté chez un jeune interne ? Et, in fine, quelle meilleure approche pour accompagner ces internes dans leur métier de demain ?

Les résultats de notre étude dressent un tableau préoccupant quant à la santé psychique des internes de la faculté de Médecine d'Aix-Marseille. Cependant, ces chiffres sont à analyser avec précaution, pour plusieurs raisons. Tout d'abord, l'effectif n'était pas représentatif de l'ensemble des internes de la population de référence, à savoir l'ensemble des internes de la faculté de Médecine d'Aix-Marseille. De plus, les réponses obtenues au cours de cette enquête sont basées sur du déclaratif. Certains résultats peuvent donc être sous-estimés ou surexprimés selon le contexte.

Les résultats semblent néanmoins mettre en évidence des tendances confirmées par d'autres études et nous interrogent sur la pénibilité psychique de l'internat, et plus globalement, sur la dureté des conditions de travail du corps médical aujourd'hui face à une surcharge exponentielle de travail. Comment prévenir cette dérive ? Comment accompagner ces internes en difficultés ?

Aujourd'hui il semble exister peu de solutions d'accompagnement validées par les internes. Des structures satellites sont mises en place à l'échelle locale mais ne remportent pas l'adhésion des jeunes :

- Inadaptées à leur rythme de vie intense
- Nominatives
- Plus curatives que préventives

Par ailleurs, il apparaît un réel manque de communication ou une information inefficace autour de ces dispositifs au sein du cursus universitaire. L'information semble mal passer. Les internes sont en attente d'outils/services plus cohérents avec leurs besoins. Ils seraient plus en faveur de la mise en place d'une plateforme d'échanges Internet sous le modèle d'un forum. Ils attendent un dispositif facile d'utilisation, anonyme, immédiatement accessible et disponible 24h/24h.

Par ailleurs, les résultats de notre étude nous permettent notamment de mettre en évidence une pratique courante chez les internes : « l'automédication ». En effet, dans un contexte de santé mentale fragile, elle se révèle être une pratique contreproductive pour les jeunes en difficulté. En effet, l'automédication cultive le déni des internes concernant leurs problèmes de santé psychique.

Il est alors temps de trouver des stratégies alternatives à la culture dangereuse de « l'autosuffisance » chez les médecins et à leur perception d'une autonomie totale en matière de santé.

Au final, ces résultats nous invitent à poursuivre les investigations sur la santé des internes en médecine de l'université d'Aix-Marseille. Nous espérons que ces résultats permettront de mener des réflexions sur la prévention de la santé psychique des internes et sur les actions à mettre en œuvre pour y parvenir. Des structures de soins spécifiques pour les professions de santé sont à envisager en dehors des services de Médecine du Travail déjà présents dans les hôpitaux.

Des internes en meilleure santé sont des acteurs de prévention et de soins plus performants.

Il est donc urgent de réfléchir à une prise en charge plus optimale de ces jeunes médecins.

Bibliographie :

1. Code de la santé publique | Legifrance [Internet].
2. ISNIH. Internes en médecine : Gardes, Astreintes et Temps de travail. sept 2012;
3. Enquete santé mentale jeunes médecins. ISNI; 2017 juin p. 12.
4. Larousse É. Larousse.fr : encyclopédie et dictionnaires gratuits en ligne [Internet]. Disponible sur: <http://www.larousse.fr/>
5. Activité physique: contextes et effets sur la santé- Effets sur le bien-etre et la qualité de vie [Internet]. Paris: Inserm; 2008 p. 193-210. Disponible sur: <http://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/80>
6. Satisfaction With Life Scale. :3.
7. ANEMF. condition de travail et de formation des étudiants en médecine: Chiffres et Ressentis. Association Nationale des Etudiants en Medecine de France; 2013 janv p. 36.
8. SAINT-FELIX C. Santé psychique des externes en médecine des Universités Paris 7 – Paris Diderot et François Rabelais – Tours : une étude épidémiologique, transversale, descriptive, multicentrique. Paris VII; 2017.
9. Binder PP. Evaluation de l'Addiction : DSM-5. :8.
10. Questionnaire AUDIT. :3.
11. BECK F. Baromètre santé 2005: attitudes et comportements de santé. Saint-Denis: Éditions INPES; 2007.
12. PASCALE S. Troubles psychiatriques: le mal-etre francais. Panor Médecin. 23 janv 2006;(5002):70.
13. tableau de bord de la santé mentale à Marseille. Marseille: Observatoire régional de la Santé; 2007 p. 227.
14. ROBERT J, GARCERAN N. Évaluation des facteurs de décompensation des internes en région Centre. Exerc Rev Francoph Médecine Générale. 2010;21(90):10-4.
15. DELAHAYE V. Etude sur la consommation d'alcool, de tabac et de cannabis chez les étudiants en médecine de Paris 5 au moyen d'un autoquestionnaire. Paris V; 2011.
16. LE QUINTREC T. Le suivi médical des étudiants en diplôme d'études spécialisées (DES) de médecine à la faculté d'Angers. Angers; 2013.
17. HUYNH P. évaluation de la santé, des addictions et du comportement sexuel de la population de MED-3 du Nord-Pas-de-Calais. 2014.

18. Hôpitaux universitaires Paris Centre. Les troubles du sommeil | Centre du sommeil et de la Vigilance [Internet]. Les troubles du sommeil. Disponible sur: <http://www.sommeil-vigilance.fr/les-troubles-du-sommeil/>
19. OSR. Médecine du sommeil - Parasomnies [Internet]. Disponible sur: <http://www.osrmedical.com/abc-du-sommeil/division-diagnostic/parasomnie/>
20. COSTA C. La santé mentale des internes en médecine : lancement d'une cohorte au CHU de Toulouse. Toulouse III - Paul SABATIER; 2015.
21. Item 267 : Obésité de l'adulte. :13.
22. KECHICHI J, CABANE J. Amaigrissement: quel bilan? Rev Prat Médecin Générale. sept 2011;(866):583-5.
23. Santé des étudiants de 1ère année l'université en Bretagne : les comportements alimentaires - ORS Bretagne. nov 2007;
24. Échelle d'intentionnalité suicidaire de Beck (Traduction JB Garré, 2012) Prévention du Suicide [Internet]. Disponible sur: <http://prevention.suicide.free.fr/?p=1371>, <http://prevention.suicide.free.fr/?p=1371>
25. Julien DD, Brousse DG. Déterminer le risque suicidaire du patient dépressif. :25.
26. LEOPOLD Y. le suicide des médecins: expression ultime du burn-out.
27. LE BRETON - LEROUVILLOIS G. La santé des étudiants et des jeunes médecins. 2016;99.
28. ARNAUD DC. Evaluation des procédures de dépistage. Module Apprentiss Exerc Médicale. Deuxieme cycle des etudes médicales-Faculté de médecine de Toulouse Purpan et Toulouse Rangueil:63-73.
29. Observatoire National de la Vie Etudiante. La vie étudiante: Repères 2016. 2016 p. 28.
30. FAUVET L. Les médecins au 1^{er} janvier 2012. :8.
31. DREES. études et résultats: En 2016, 7 700 étudiants affectés à l'issue des premières épreuves classantes nationales informatisées. mars 2017;(1006):1-6.
32. KAHN-BENSAUDE DI. La féminisation: une chance à saisir. :38.
33. FAUVET L. Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2011. mars 2012;(802):8.
34. EmeVia. la santé des étudiants en 2011. 2011.
35. DANSET A. La santé psychique des externes en médecine des universités de Tours et Paris VII - Diderot. Tours; 2017.

36. MOUSNIER-LOMPRES C. Problématiques de santé et suivi médical des internes en médecine générale de la Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie. Paris IV;
37. CHIRIACO J. Consommation de substances psychoactives chez les internes en médecine: revue de la littérature et enquête auprès des internes parisiens [Thèse d'exercice]. [France]: Université René Descartes (Paris). Faculté de médecine Necker enfants malades; 2005.
38. SCHRECK C. Comment les Internes de Rennes prennent-ils en charge leur santé, sur le plan préventif, physique et psychique. Rennes 1; 2013.
39. THEVENET M. analyse du burn out chez les internes de médecine générale. Paris VI; 2011.
40. BAUDIER F. Baromètre santé 2000. Volume 1, Volume 1,. Vanves; 2001.
41. Cannabis - Synthèse des connaissances - OFDT [Internet]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/cannabis/#conso>
42. BECK F. Les niveaux d'usage des drogues en France en 2014 - OFDT - INPES. Tendances. mars 2015;(99).
43. Médicaments psychotropes - Synthèse des connaissances - OFDT [Internet]. Disponible sur: [https://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/medicaments-psycho tropes/#conso](https://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/medicaments-psycho-tropes/#conso)
44. TNS Sofres. La sensibilité des Français aux services de téléconseil Santé - Mondial Assistance. 2012 oct 12.
45. SOS SAIHM | SAIHM [Internet]. Disponible sur: <http://www.saihm.org/sos-saihm/>
46. Service interuniversitaire de médecine préventive et de promotion de la santé | Aix Marseille Université [Internet]. Disponible sur: <https://www.univ-amu.fr/fr/service-interuniversitaire-medecine-preventive-promotion-sante>
47. SOS dépression [Internet]. sos depression. Disponible sur: <http://www.sosdepression.org/>
48. Accueil - Suicide Ecoute [Internet]. Disponible sur: <https://suicideecoute.pads.fr/>
49. MARRA D. 15 mesures pour le bien-être des étudiants en santé. 3 avr 2018;1 □ 17.

ANNEXES :

ANNEXE n°1 : questionnaire envoyé aux internes :

caractéristiques de l'interne

1. Quel âge avez vous *

Une seule réponse possible.

- moins de 25 ans
- entre 25 et 26 ans
- entre 27 et 28 ans
- entre 29 et 30 ans
- 31 ans ou plus

2. quel est votre sexe? *

Une seule réponse possible.

- femme
- homme

3. quelle est votre spécialité? *

Une seule réponse possible.

- interne en médecine générale
- interne en spécialité médicale
- interne en spécialité chirurgicale

4. en quelle année d'étude d'internat êtes vous? *

Une seule réponse possible.

- 1ère année d'internat
- 2ème année d'internat
- 3ème année d'internat
- 4ème année d'internat
- 5ème année d'internat

5. Dans quelle ville avez vous réalisé vos études? *

Une seule réponse possible.

- marseille
- Autre : _____

estimation de la charge de travail

6. combien d'heure estimez vous travailler par semaine? *

Une seule réponse possible.

- < 48h
- entre 48 et 55h
- entre 56 et 60h
- plus de 60h

7. combien de gardes estimez vous faire par mois? *

Une seule réponse possible.

- aucune/non concerné
- entre 1 à 4
- entre 5 a 10
- plus de 10

8. avez vous systématiquement un repos de garde après chaque garde? *

Une seule réponse possible.

- oui
- non

situation personnelle

9. quel est votre statut relationnel? *

Une seule réponse possible.

- célibataire
- en couple
- union libre
- pacsé
- marié
- divorcé
- veuf
- Autre : _____

10. **Quelle est la situation de votre conjoint? si pas de conjoint, répondez "nulle" ***

Une seule réponse possible.

- Agriculteurs exploitants
- Artisans, commerçants et chefs d'entreprise
- Cadres et professions intellectuelles supérieures
- Professions Intermédiaires
- Employés
- Ouvriers
- Etudiant
- En recherche d'emploi
- nulle

11. **êtes vous dans la même ville que votre conjoint? si pas de conjoint, répondez "nulle" ***

Une seule réponse possible.

- oui
- non
- nulle

12. **si non, quelle distance vous sépare? si oui a la question précédente, répondez "nulle" ***

Une seule réponse possible.

- < 30 km
- entre 30 - 50 km
- entre 50 - 150 km
- > 150 km
- nulle

13. **combien avez vous des enfants? ***

Une seule réponse possible.

- 0
- 1 -2
- > 2

14. **vous habitez ... ***

Une seule réponse possible.

- chez vos parents/ chez de la famille
- seul
- en couple
- en colocation
- en résidence étudiant/ internat
- Autre : _____

impact de l'internat sur votre vie sociale

15. depuis le début de l'internat, vous diriez que votre temps libre

Une seule réponse possible.

- a augmenté
 a diminué
 n'a pas changé

16. a quelle fréquence faites vous les activités suivantes? *

Une seule réponse possible par ligne.

	moins d'une fois par an	1 fois tous les 6 mois	1 fois tous les 3 mois	1 fois par mois	1 fois par semaines	plus d'une fois par semaine
activité physique et sportive	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
prendre un café/ verre avec des amis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
aller au cinéma ou aller voir une exposition	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
rendre visite a la famille	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
voir ses amis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
prendre du temps pour soi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

17. avez vous un soutient familial pendant votre internat? *

Une seule réponse possible.

1 2 3 4 5

pas du tout complètement

18. Depuis le début de l'internat, vous êtes vous séparé de votre conjoint? *

Une seule réponse possible.

- oui
 non

impact de l'internat sur votre santé

19. **Diriez vous que vous avez une alimentation saine depuis le début de l'internet? ***

Une seule réponse possible.

- oui
 non

20. **quelle est la variation de votre poids depuis le début de l'internet? ***

Une seule réponse possible.

- perte de plus de 5kg
 perte de 2kg ou plus
 stable (environ 1-2kg de variable)
 prise de plus de 2kg
 prise de plus de 5kg
 Autre : _____

21. **êtes vous fumeur? ***

Une seule réponse possible.

- oui
 non

22. **depuis quand fumez vous? ***

Une seule réponse possible.

- moins d'un an
 entre 1 à 3 ans
 entre 3 à 5 ans
 plus de 5 ans
 jamais

23. **votre consommation de tabac ***

Une seule réponse possible.

- a augmentée
 a diminué
 n'a pas changé

impact de l'internet sur la consommation de produits récréatifs

24. **êtes vous un consommateur régulier de cannabis durant votre internet? ***

Une seule réponse possible.

- oui
 non

25. depuis combien d'année êtes vous consommateur de cannabis? *

Une seule réponse possible.

- moins d'un an
- entre 1 et 3 ans
- entre 3 et 5 ans
- plus de 5 ans
- jamais

26. vous diriez que votre consommation *

Une seule réponse possible.

- a augmenté
- a diminué
- n'a pas changé

27. conso de cannabis *

Une seule réponse possible par ligne.

	oui	non
Avez-vous déjà fumé du cannabis avant midi ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avez-vous déjà fumé du cannabis lorsque vous étiez seul(e) ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avez-vous déjà eu des problèmes de mémoire quand vous fumez du cannabis ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Des amis ou des membres de votre famille vous ont-ils déjà dit que vous devriez réduire votre consommation de cannabis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avez-vous déjà essayé de réduire ou d'arrêter votre consommation de cannabis sans y parvenir ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avez-vous déjà eu des problèmes à cause de votre consommation de cannabis (dispute, bagarre, accident, mauvais résultat à l'école, etc.) ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

autres consommations

28. autre consommation pendant l'internat *

Une seule réponse possible par ligne.

	jamais	1 ou 2 fois pour essayer	occasionnellement	quotidiennement
héroïnes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
cocaine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
LSD	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
amphétamines	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
champignons	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

alcool

29. quelle est votre fréquence de consommation d'alcool? *

Une seule réponse possible.

- jamais *Après avoir répondu à la dernière question de cette section, passez à la question 35.*
- au moins 1 verre par mois
- 2 à 3 verres par mois
- 2 à 3 verres par semaine
- au moins 4 fois par semaine

30. Lorsque vous consommez des boissons alcoolisées combien de verres en moyenne buvez-vous ? *

Une seule réponse possible.

- 1 ou 2
- 3 ou 4
- 5 ou 6
- 7 ou 8
- plus de 8 verres

31. Avec quelle fréquence buvez-vous six verres ou davantage lors d'une occasion particulière ? *

Une seule réponse possible.

- jamais
- moins d'une fois par mois
- une fois par mois
- 1 fois par semaine
- tous les jours ou presque

32. au cours de l'année écoulée, combien de fois *

Une seule réponse possible par ligne.

	jamais	moins d'une fois par mois	une fois par mois	une fois par semaine	tous les jours ou presque
avez-vous constaté que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire une fois que vous avez commencé ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
votre consommation d'alcool vous a-t-elle empêché de faire ce qui était normalement attendu de vous ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
avez-vous eu besoin d'un premier verre pour pouvoir démarrer après avoir beaucoup bu la veille ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou de remords après avoir bu ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
avez-vous été incapable de vous rappeler ce qui s'était passé la soirée précédente parce que vous aviez bu ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

33. Avez-vous été blessé ou quelqu'un d'autre a-t-il été blessé parce que vous aviez bu? *

Une seule réponse possible.

- non
- oui mais pas pendant mon internat
- oui, pendant mon internat

34. Un parent, un ami, un médecin ou un autre soignant s'est-il inquiété de votre consommation d'alcool ou a t-il suggéré que vous la réduisiez ? *

Une seule réponse possible.

- non
- oui, mais pas pendant mon internat
- oui, pendant mon internat

médicaments

35. **Quels médicaments avez-vous pu consommer ou consommez-vous depuis le début de votre internat & à quelle fréquence ? ***

Une seule réponse possible par ligne.

	jamais	au moins 1 fois par mois	au moins 1 fois par semaine	tous les jours ou presque
anxiolytiques type benzo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
anxiolytiques autres (type hydroxyzine ou buspirone, etc...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
antidépresseurs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
somnifères	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

36. **Pour chacun des traitements que vous avez pu consommer par quels moyens vous l'êtes-vous procurés ? ***

Une seule réponse possible par ligne.

	jamais	automédication	médecin généraliste/ médecin traitant	psychiatre	autres
anxiolytiques type benzo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
anxiolytiques autres (type hydroxyzine ou buspirone, etc...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
antidépresseurs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
somnifères	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

37. **Pour chacun des traitements que vous avez pu commencer durant votre internat, comment a évolué votre consommation ? ***

Une seule réponse possible par ligne.

	jamais	diminution	stable	augmentation
anxiolytiques type benzo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
anxiolytiques autres (type hydroxyzine ou buspirone, etc...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
antidépresseurs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
somnifères	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

impact de l'internat sur votre sommeil

38. Comment définiriez-vous la qualité de votre sommeil ? *

Une seule réponse possible.

- de bonne qualité
 de mauvaise qualité

39. vous dormez par nuit *

Une seule réponse possible.

- moins de 4h
 entre 4 et 6h
 entre 6 et 8h
 plus de 8h

40. Questionnaire FORD sur le risque d'insomnie. Etes vous enclin aux troubles du sommeil lors des situations suivantes? *

Une seule réponse possible par ligne.

	très enclin	assez enclin	peu enclin	pas enclin
la veille d'une réunion importante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
après une situation stressante pendant la journée	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
après une situation stressante pendant la soirée	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
après avoir appris de mauvaises nouvelles pendant la journée	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
après avoir regardé un film ou une émission qui fait peur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
après avoir eu une mauvaise journée au travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
après une dispute	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
avant d'avoir à parler en public	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
la veille d'un départ en vacance	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

41. Vous arrive-t'il de faire des insomnies ? *

Une seule réponse possible.

- jamais
 rarement
 de temps en temps
 souvent

42. A quelle fréquence faites-vous des insomnies ? *

Une seule réponse possible.

- tous les jours
 plusieurs fois par semaine
 plusieurs fois par an

43. présentez vous des insomnies? *

Plusieurs réponses possibles.

- jamais
 a la phase d'endormissement
 en milieu de nuit
 en fin de nuit
 sensation de ne pas dormir

44. Quelles sont les raisons de ses insomnies ? *

Plusieurs réponses possibles.

- sans raisons particulières
 liées au stress
 liée a la prise de substances/médicaments
 liée a mon état psychologique
 liée a un trouble médical
 liée a un rythme de travail irrégulier
 Autre : _____

45. durant une semaine normale, *

Une seule réponse possible par ligne.

	oui	non
J'ai déjà eu besoin au cours d'une semaine normale de faire la sieste plusieurs fois	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'ai eu au cours d'une semaine normale, des accès incoercibles de sommeil en cours de journée	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'ai déjà eu un accident (de la route/chez moi/au travail) lié à de la somnolence / à la fatigue	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

46. autres troubles du sommeil *

Une seule réponse possible par ligne.

	jamais	rarement	de temps en temps	souvent
somnolisme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Terreur nocturne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rêve d'angoisse (vous avez le souvenir d'un rêve angoissant)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Énurésie (perte d'urine au cours du sommeil)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Crise d'épilepsie au cours du sommeil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

impact de l'internat sur l'humeur

47. Votre ressenti, questionnaire SWLS *

Une seule réponse possible par ligne.

	fortement en désaccord	en désaccord	légèrement en désaccord	ni désaccord ni accord	légèrement en accord	en accord	fortement en accord
en général, ma vie correspond de près à mes idéaux	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
mes conditions de vie sont excellentes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
je suis satisfait(e) de ma vie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j'ai obtenu les choses importantes que je voulais de la vie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
si je pouvais recommencer ma vie, je n'y changerais presque rien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

48. diriez vous que l'internat a altéré votre qualité de vie? *

Une seule réponse possible.

- oui
 non

49. avez vous déjà osé en parler? *

Une seule réponse possible.

- oui
 non

50. a qui en avez vous parlé? (plusieurs réponses possibles) mettre "nulle" si non à la précédente question *

Plusieurs réponses possibles.

- à ma famille
 à mes amis
 à mon conjoint/ma conjointe
 à mes collègues
 à mes supérieurs
 à mon médecin traitant
 à un professionnel de santé
 nulle
 Autre : _____

51. avez vous déjà pensé a vous suicider depuis le début de votre internat? *

Une seule réponse possible.

- oui
 non

52. avez vous déjà fait une tenté de vous suicider depuis le début de votre internat? *

Une seule réponse possible.

- oui
 non

recherche et moyen de prise en charge des troubles psychique

53. A quand remonte votre dernière consultation chez un médecin généraliste? *

Une seule réponse possible.

- moins de 3 mois
 moins de 6 mois
 moins d'un an
 entre 1 an et 2 ans
 plus de 2 ans

54. Depuis le début de votre internat avez-vous ressenti le besoin de consulter un médecin pour les raisons suivantes ? *

Une seule réponse possible par ligne.

	oui	non
un trouble du sommeil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
un changement de comportement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
un changement d'humeur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
une consommation excessive	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

55. Depuis le début de votre internat, avez-vous consulté un médecin pour les raisons suivantes ? *

Une seule réponse possible par ligne.

	oui	non
votre consommation de tabac	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
votre consommation d'alcool	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
votre consommation de drogue	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
votre consommation de cannabis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
un trouble du sommeil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
une somnolence gênante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
un stress important	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
des idées noires	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
une tentative de suicide	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

56. à la suite de cette consultation, avez vous eu un suivi? (si aucune visite, cochez "jamais") *

Une seule réponse possible.

- jamais
 oui
 non

57. à la suite des suicides d'internes et de professionnels de la santé, avez vous ressenti le besoin ? *

Plusieurs réponses possibles.

- d'en parler
 d'aller consulter votre médecin traitant
 d'aller consulter un psychiatre
 aucun de ces choix

la connaissance des outils de prévention

58. Savez-vous que des services de prévention & d'accompagnement existent ? *

Une seule réponse possible par ligne.

	oui	non
Le Service Universitaire de Médecine Préventive	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
le SOS SAIHM	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SOS dépression	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
suicide écoute	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
drogue info service	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

59. Depuis le début de votre internat, avez-vous déjà eu recours au service de l'une ou plusieurs de ces structures ? *

Une seule réponse possible par ligne.

	jamais	rarement	de temps en temps	souvent
le service universitaire de médecine préventive	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
le SOS SAIHM	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SOS dépression	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
suicide écoute	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
drogue info service	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

60. Selon vous, quel est le moyen de communication/information le plus adapté pour les étudiants internes afin de partager leurs difficultés/mal-être ? *

Une seule réponse possible.

- via un numéro de téléphone joignable 24h/24
 via un site dédié
 via une application spécifique
 via une plateforme d'échange (forum, ...)
 Autre : _____

61. Selon vous, qui devrait promouvoir ces actions ? *

Une seule réponse possible.

- Les praticiens hospitaliers supervisant des internes
- La fac de médecine de Marseille
- Les institutions publiques
- Les pairs
- Autre : _____

ANNEXE n°2 : Résultats :

Variable	Modalités	Effectifs
Sexe	Femmes	156 (72,2%)
	Hommes	60 (27,8%)
Spécialités	Médecine générale	136 (64%)
	Spécialité médicale	69 (32%)
	Spécialité chirurgicale	11 (5%)
Âge	31 ans ou plus	9 (4,2%)
	Entre 25 et 26 ans	67 (31%)
	Entre 27 et 28 ans	94 (43,5%)
	Entre 29 et 30 ans	24 (11,1%)
	Moins de 25 ans	22 (10,2%)
Année d'internat	1ère année d'internat	56 (25,9%)
	2ème année d'internat	39 (18%)
	3ème année d'internat	84 (38,9%)
	4ème année d'internat	23 (10,65%)
	5ème année d'internat	14 (6,5%)
Ville d'origine	Marseille	130 (60,3%)
	Lyon	18 (8,4%)
	Paris	18 (8,4%)
	Montpellier	9 (4,3%)
	Nîmes	5 (2,4%)
	Grenoble	4 (1,8%)
	Lille	4 (1,8%)
	Nantes	4 (1,8%)
	Caen	2 (0,9%)
	Dijon	2 (0,9%)
	Poitiers	2 (0,9%)
	Rennes	2 (0,9%)
	Saint Étienne	2 (0,9%)
	Toulon	2 (0,9%)
	Toulouse	2 (0,9%)
	Tours	2 (0,9%)
	Amiens	1 (0,45%)
	Angers	1 (0,45%)
	Bordeaux	1 (0,45%)
	Brest	1 (0,45%)
Metz	1 (0,45%)	
Nancy	1 (0,45%)	
Nice	1 (0,45%)	
Reims	1 (0,45%)	

Statut relationnel	Célibataire	64 (29,6%)
	En couple	123 (56,9%)
	Marié	10 (4,6%)
	Pacsé	16 (7,4%)
	Union libre	3 (1,39%)

Situation du conjoint	Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	2 (0,93%)
	En recherche d'emploi	8 (3,7%)
	Professions Intermédiaires	11 (5,1%)
	Employés	25 (11,6%)
	Etudiant	32 (14,8%)
	Nulle	66 (30,6%)
	Cadres et professions intellectuelles supérieures	72 (33,3%)

Même ville que le conjoint	Non	55 (25,5%)
	Nulle	64 (29,6%)
	Oui	97 (44,9%)

Distance de séparation	> 30 km	1 (1,8%)
	< 30 km	1 (1,8%)
	Entre 30 - 50 km	2 (3,6%)
	Entre 50 - 150 km	13 (23,7%)
	> 150 km	38 (69,1%)

Parentalité	0	209 (96,7%)
	> 2	1 (0,5%)
	1 -2	6 (2,8%)

Lieu de vie	Chez vos parents/ chez de la famille	12 (5,6%)
	En résidence étudiant/ internat	33 (15,3%)
	En colocation	39 (18,1%)
	Seul	53 (24,5%)
	En couple	79 (36,6%)

Temps de loisir	A augmenté	71 (32,9%)
	A diminué	106 (49,1%)
	N'a pas changé	39 (18%)

Activité physique	1 fois par semaines	72 (33,3%)
	Plus d'une fois par semaine	49 (22,7%)
	1 fois tous les 3 mois	39 (18,1%)
	1 fois par mois	38 (17,6%)
	1 fois tous les 6 mois	10 (4,6%)
	Moins d'une fois par an	8 (3,7%)
Café/verres	1 fois par semaines	87 (40,3%)
	Plus d'une fois par semaine	48 (22,2%)
	1 fois par mois	45 (20,8%)
	1 fois tous les 3 mois	29 (13,4%)
	1 fois tous les 6 mois	6 (2,8%)
	Moins d'une fois par an	1 (0,5%)
Cinéma/expositions	1 fois par mois	79 (36,6%)
	1 fois tous les 3 mois	65 (30,1%)
	1 fois tous les 6 mois	33 (15,3%)
	Moins d'une fois par an	19 (8,8%)
	1 fois par semaines	18 (8,3%)
	Plus d'une fois par semaine	2 (0,9%)
Visite de la famille	1 fois par mois	76 (35,2%)
	1 fois tous les 3 mois	72 (33,3%)
	1 fois par semaines	30 (13,9%)
	1 fois tous les 6 mois	29 (13,4%)
	Moins d'une fois par an	5 (2,3%)
	Plus d'une fois par semaine	4 (1,9%)
Voir ses amis	1 fois par semaines	74 (34,3%)
	Plus d'une fois par semaine	57 (26,4%)
	1 fois par mois	42 (19,4%)
	1 fois tous les 3 mois	35 (16,2%)
	1 fois tous les 6 mois	6 (2,8%)
	Moins d'une fois par an	2 (1%)
Temps pour soi	1 fois par semaines	77 (35,7%)
	Plus d'une fois par semaine	51 (23,6%)
	1 fois par mois	48 (22,2%)
	1 fois tous les 3 mois	29 (13,4%)
	1 fois tous les 6 mois	10 (4,6%)
	Moins d'une fois par an	1 (0,5%)
Soutien de l'entourage	Oui	159 (74%)
	Non	21 (9,5%)
	Ne savent pas	36 (16,5%)

Séparation	Non	156 (72,2%)
	Oui	60 (27,8%)
Poids	Perte de plus de 5kg	13 (6%)
	Perte de 2kg ou plus	13 (6%)
	Prise de plus de 5kg	38 (18%)
	Prise de 2kg ou plus	54 (25%)
	Stable (variable 1-2kg)	98 (45%)
Alimentation saine	Non	144 (67%)
	Oui	72 (33%)
Fumeur	Non	140 (64,8%)
	Oui	76 (35,2%)
Durée de tabagisme	Jamais	140 (64,8%)
	Plus de 5 ans	55 (25,5%)
	Entre 3 à 5 ans	8 (3,7%)
	Entre 1 à 3 ans	8 (3,7%)
	Moins d'un an	5 (2,3%)
Évolution tabac	N'a pas changé	158 (73,1%)
	A augmentée	33 (15,3%)
	A diminué	25 (11,6%)
Cannabis	Non	172 (79,6%)
	Oui	44 (20,4%)
Durée conso cannabis	Jamais	172 (79,6%)
	Plus de 5 ans	32 (14,8%)
	Entre 1 et 3 ans	8 (3,7%)
	Entre 3 et 5 ans	3 (1,4%)
	Moins d'un an	1 (0,5%)
Évolution cannabis	N'a pas changé	191 (88,4%)
	A augmenté	15 (7%)
	A diminué	10 (4,6%)
CAST	Score 0 - 1	190 (88%)
	Score 2	14 (6,5%)
	Score 3 - 6	12 (5,5%)
Héroïne	Jamais	0 (100%)
Cocaïne	Jamais	178 (82,4%)
	1 ou 2 fois pour essayer	25 (11,6%)
	Occasionnellement	13 (6%)

LSD	Jamais	201 (93%)
	1 ou 2 fois pour essayer	13 (6%)
	Occasionnellement	2 (1%)
Amphétamines	Jamais	185 (85,7%)
	1 ou 2 fois pour essayer	21 (9,7%)
	Occasionnellement	10 (4,6%)
Champignons	Jamais	200 (92,6%)
	1 ou 2 fois pour essayer	14 (6,5%)
	Occasionnellement	2 (0,9%)
AUDIT		
Homme	Score > 8	29 (48%)
	Score > 12	12 (20%)
Femme	Score > 7	56 (36%)
	Score > 11	20 (13%)
Fréquence conso benzodiazépine	Jamais	182 (84,3%)
	Au moins 1 fois par mois	27 (12,5%)
	Tous les jours ou presque	4 (1,8%)
	Au moins 1 fois par semaine	3 (1,4%)
Prescription benzodiazépine	Jamais	182 (84,3%)
	Automédication	25 (11,6%)
	Médecin généraliste/ médecin traitant	5 (2,3%)
	Psychiatre	4 (1,8%)
Évolution conso benzodiazépine	Jamais	182 (84,2%)
	Augmentation	14 (6,5%)
	Diminution	14 (6,5%)
	Stable	6 (2,8%)
Fréquence conso anxiolytique	Jamais	192 (89%)
	Au moins 1 fois par mois	19 (9%)
	Au moins 1 fois par semaine	3 (1%)
	Tous les jours ou presque	2 (1%)
Prescription anxiolytique	Jamais	192 (88,9%)
	Automédication	21 (9,7%)
	Psychiatre	2 (1%)
	Médecin généraliste/ médecin traitant	1 (0,4%)

Évolution conso Anxiolytique	Jamais	192 (88,9%)
	Stable	12 (5,5%)
	Augmentation	9 (4,2%)
	Diminution	3 (1,4%)
Fréquence conso antidépresseur	Jamais	199 (92%)
	Tous les jours ou presque	14 (7%)
	Au moins 1 fois par mois	3 (1%)
Prescription antidépresseur	Jamais	199 (92,1%)
	Médecin généraliste/ médecin traitant	9 (4,2%)
	Psychiatre	5 (2,3%)
	Automédication	3 (1,4%)
Évolution conso antidépresseur	Jamais	199 (92,1%)
	Stable	6 (2,8%)
	Diminution	6 (2,8%)
	Augmentation	5 (2,3%)
Fréquence conso sommifère	Jamais	187 (86,6%)
	Au moins 1 fois par mois	27 (12,5%)
	Au moins 1 fois par semaine	2 (0,9%)
Prescription sommifère	Jamais	187 (86,6%)
	Automédication	27 (12,5%)
	Médecin généraliste/ médecin traitant	2 (0,9%)
Évolution sommifère	Jamais	187 (86,6%)
	Diminution	12 (5,5%)
	Stable	9 (4,2%)
	Augmentation	8 (3,7%)
Sommeil	De bonne qualité	124 (57%)
	De mauvaise qualité	92 (43%)
FORD	Score < 19	52 (24%)
	Score 19 - 24	164 (76%)
Temps de sommeil	Entre 6 et 8h	168 (78%)
	Entre 4 et 6h	33 (15%)
	Plus de 8h	15 (7%)

Fréquence insomnie	Rarement	92 (42,6%)
	De temps en temps	62 (28,7%)
	Jamais	38 (17,6%)
	Souvent	24 (11,1%)
Phase insomnie	Début de nuit	124 (40%)
	Sensation de ne pas dormir	61 (19,5%)
	Milieu de nuit	52 (16,5%)
	Jamais	38 (12%)
	Fin de nuit	37 (12%)
Cause insomnie	Lié au stress	136 (40,5%)
	Lié à un trouble psychologique	80 (24%)
	Sans raisons particulières	63 (18,5%)
	Lié au travail	46 (14%)
	Lié à un problème de santé	7 (2%)
	Conflits conjugaux/familiaux/personnel	4 (1%)
Somnambulisme	Jamais	199 (91%)
	Rarement	12 (5,5%)
	De temps en temps	4 (2%)
	Souvent	1 (0,5%)
Terreur nocturne	Jamais	196 (91%)
	Rarement	14 (6,5%)
	De temps en temps	6 (2,5%)
Rêve d'angoisse	Jamais	83 (38%)
	De temps en temps	62 (29%)
	Rarement	53 (24,5%)
	Souvent	18 (8,5%)
Énurésie	Jamais	211 (98%)
	Rarement	5 (2%)
Crise d'épilepsie	Jamais	213 (98,5%)
	Rarement	3 (1,5%)
Qualité de vie, SWLS	Bonne	150 (69%)
	Mauvaise	66 (31%)
Altération qualité de vie	Oui	124 (57%)
	Non	92 (43%)
Pensées suicidaires	Non	172 (80%)
	Oui	44 (20%)

Passage à l'acte	Non	214 (99%)
	Oui	2 (1%)
Discuter altération de vie	Oui	153 (71%)
	Non	63 (29%)
À qui en parler	Amis	136 (27,3%)
	Famille	128 (25,7%)
	Conjoint/conjointe	110 (22%)
	Collègues	78 (15,7%)
	Professionnel de santé/psychologue	22 (4,4%)
	Supérieurs	20 (4%)
	Médecin traitant	4 (0,9%)
Visite chez médecin traitant	Plus de 2 ans	139 (64%)
	Entre 1 an et 2 ans	28 (13%)
	Moins d'un an	23 (11%)
	Moins de 3 mois	13 (6%)
	Moins de 6 mois	13 (6%)
Besoin consultation		
Trouble du sommeil	Non	190 (88%)
	Oui	26 (12%)
Changement comportement	Non	197 (91%)
	Oui	19 (9%)
Changement humeur	Non	169 (78%)
	Oui	47 (22%)
Consommation excessive	Non	201 (93%)
	Oui	15 (7%)
Consultation médecin traitant		
Consommation tabac	Non	211 (97,7%)
	Oui	5 (2,3%)
Consommation alcool	Non	214 (99%)
	Oui	2 (1%)
Consommation drogue	Non	215 (99,5%)
	Oui	1 (0,5%)
Consommation cannabis	Non	215 (99,5%)

	Oui	1 (0,5%)
Trouble du sommeil	Non	204 (94,5%)
	Oui	12 (5,5%)
Somnolence gênante	Non	210 (97,2%)
	Oui	6 (2,8%)
Stress important	Non	189 (87,5%)
	Oui	27 (12,5%)
Idées noires	Non	199 (92%)
	Oui	17 (8%)
Tentative de suicide	Non	214 (99%)
	Oui	2 (1%)
Suivi post-consultation	Oui	25 (61%)
	Non	16 (39%)
Évènement marquant	Pas de discussion	115 (53%)
	Discussion	101 (47%)
Service prévention		
Service universitaire prévention	Non	86 (40%)
	Oui	130 (60%)
SOS SAIHM	Non	45 (21%)
	Oui	171 (79%)
SOS dépression	Non	166 (77%)
	Oui	50 (23%)
Suicide écoute	Non	149 (69%)
	Oui	67 (31%)
Drogue info service	Non	69 (32%)
	Oui	147 (68%)
Besoin consultation		
Service universitaire prévention	De temps en temps	2 (1%)
	Jamais	202 (93,5%)
	Rarement	12 (5,5%)
SAIHM	De temps en temps	4 (2%)

	Jamais	206 (95%)
	Rarement	6 (3%)
SOS dépression	De temps en temps	2 (1%)
	Jamais	214 (99%)
Suicide écoute	De temps en temps	2 (1%)
	Jamais	214 (99%)
Drogue info service	De temps en temps	2 (1%)
	Jamais	213 (98,5%)
	Rarement	1 (0,5%)
Moyen de communication	Via un site internet avec une plateforme d'échange (forum, ...)	87 (40,3%)
	Via un numéro de téléphone joignable 24h/24	81 (37,5%)
	Via une application spécifique	36 (16,7%)
	Via un parrainage (interne plus vieux/chef)	9 (4,2%)
	Je ne sais pas	2 (0,9%)
	Consultation systématique de suivi	1 (0,5%)
Qui doit en parler	Les praticiens hospitaliers supervisant des internes	71 (32,9%)
	La faculté de médecine de Marseille	59 (27,3%)
	Les institutions publiques	51 (23,6%)
	Les pairs	34 (15,7%)
	Le SAIHM	1 (0,5%)

ANNEXE n°3: CAST (Cannabis Abuse Screening Test)

1. Avez-vous déjà fumé du cannabis avant midi ?
2. Avez-vous déjà fumé du cannabis lorsque vous étiez seul(e) ?
3. Avez-vous déjà eu des problèmes de mémoire quand vous fumez du cannabis ?
4. Des amis ou des membres de votre famille vous ont-ils déjà dit que vous devriez réduire votre consommation de cannabis ?
5. Avez-vous déjà essayé de réduire ou d'arrêter votre consommation de cannabis sans y parvenir ?
6. Avez-vous déjà eu des problèmes à cause de votre consommation de cannabis (dispute, bagarre, accident, mauvais résultat à l'école, etc.) ?

Interprétation :

Deux réponses positives au test doivent amener à s'interroger sérieusement sur les conséquences de la consommation.

2 réponses positives : consommation à risque.

3 réponses positives, ou plus de 3 : consommation addictive.

ANNEXE n°4 : Questionnaire AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*)

1. Quelle est la fréquence de votre consommation d'alcool ?

Jamais	0
Une fois par mois ou moins	1
2 à 4 fois par mois	2
2 à 3 fois par semaine	3
Au moins 4 fois par semaine	4

2. Combien de verres contenant de l'alcool consommez-vous un jour typique où vous buvez ?

3 ou 4	1
5 ou 6	2
7 ou 8	3
10 ou plus	4

3. Avec quelle fréquence buvez-vous six verres ou davantage lors d'une occasion particulière ?

Jamais	0
Moins d'une fois par mois	1
Une fois par mois	2
Une fois par semaine	3
Tous les jours ou presque	4

4. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous constaté que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire une fois que vous aviez commencé ?

Jamais	0
Moins d'une fois par mois	1
Une fois par mois	2
Une fois par semaine	3
Tous les jours ou presque	4

5. Au cours de l'année écoulée, combien de fois votre consommation d'alcool vous a-t-elle empêché de faire ce qui était normalement attendu de vous ?

Jamais	0
Moins d'une fois par mois	1
Une fois par mois	2
Une fois par semaine	3
Tous les jours ou presque	4

6. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu besoin d'un premier verre pour pouvoir démarrer après avoir beaucoup bu la veille ?

Jamais	0
Moins d'une fois par mois	1
Une fois par mois	2
Une fois par semaine	3
Tous les jours ou presque	4

7. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou des remords après avoir bu ?

Jamais	0
Moins d'une fois par mois	1
Une fois par mois	2
Une fois par semaine	3
Tous les jours ou presque	4

8. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous été incapable de vous rappeler ce qui s'était passé la soirée précédente parce que vous aviez bu ?

Jamais	0
Moins d'une fois par mois	1
Une fois par mois	2
Une fois par semaine	3
Tous les jours ou presque	4

9. Avez-vous été blessé ou quelqu'un d'autre a-t-il été blessé parce que vous aviez bu ?

Non	0
Oui, mais pas au cours de l'année écoulée	2
Oui, au cours de l'année	4

10. Un parent, un ami, un médecin ou un autre soignant s'est-il inquiété de votre consommation d'alcool ou a-t-il suggéré que vous la réduisiez ?

Non	0
Oui, mais pas au cours de l'année écoulée	2
Oui, au cours de l'année	4

Interprétation :

Un score supérieur ou égal à 8 chez l'homme et à 7 chez la femme est évocateur d'un mésusage actuel d'alcool.

Un score supérieur à 12 chez l'homme et supérieur à 11 chez la femme serait en faveur d'une dépendance à l'alcool (Société française d'alcoologie, 2001).

ANNEXE n°5 : questionnaire FORD

1/ La veille d'une réunion importante ?

- 4 Très enclin
- 3 Assez enclin
- 2 Peu enclin
- 1 Pas enclin

2/ Après une situation stressante pendant la journée ?

- 4 Très enclin
- 3 Assez enclin
- 2 Peu enclin
- 1 Pas enclin

3/ Après une situation stressante pendant la soirée ?

- 4 Très enclin
- 3 Assez enclin
- 2 Peu enclin
- 1 Pas enclin

4/ Après avoir appris de mauvaises nouvelles pendant la journée ?

- 4 Très enclin
- 3 Assez enclin
- 2 Peu enclin
- 1 Pas enclin

5/ Après avoir regardé un film ou une émission de télévision qui fait peur ?

- 4 Très enclin
- 3 Assez enclin
- 2 Peu enclin
- 1 Pas enclin

6/ Après avoir eu une mauvaise journée au travail ?

- 4 Très enclin
- 3 Assez enclin
- 2 Peu enclin
- 1 Pas enclin

7/ Après une dispute ?

- 4 Très enclin
- 3 Assez enclin
- 2 Peu enclin
- 1 Pas enclin

8/ Avant d'avoir à parler en public ?

- 4 Très enclin
- 3 Assez enclin
- 2 Peu enclin
- 1 Pas enclin

9/ La veille d'un départ en vacances ?

- 4 Très enclin
- 3 Assez enclin
- 2 Peu enclin
- 1 Pas enclin

ANNEXE n°6 : questionnaire SWLS

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Fortement en désaccord	En désaccord	Légèrement en désaccord	Ni désaccord ni accord	en Légèrement en accord	En accord	Fortement en accord
En général, ma vie correspond de près à mes idéaux.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mes conditions de vie sont excellentes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je suis satisfait(e) de ma vie.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jusqu'à maintenant, j'ai obtenu les choses importantes que je voulais de la vie.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Si je pouvais recommencer ma vie, je n'y changerais presque rien.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Indiquez pour chaque affirmation à quel degré vous êtes d'accord. 1 = Pas du tout d'accord 2 = Pas d'accord 3 = Plutôt pas d'accord 4 = Neutre 5 = Plutôt d'accord 6 = D'accord 7 = Tout à fait d'accord

- 1) En général, ma vie correspond de près à mes idéaux. | ____ |
- 2) Mes conditions de vie sont excellentes. | ____ |
- 3) Je suis satisfait(e) de ma vie. | ____ |
- 4) Jusqu'à maintenant, j'ai obtenu les choses importantes que je voulais de la vie. | ____ |
- 5) Si je pouvais recommencer ma vie, je n'y changerais presque rien. | ____ |

Interprétation :

Score < ou = à 20 : mauvaise satisfaction de vie

Score > 20 : bonne satisfaction de vie

Table des abréviations :

ECN :	Examen Classant Nationale
CHU :	Centre Hospitalo-Universitaire
ANEMF :	Association Nationale des Etudiants en Médecine de France
ISNIH :	InterSyndicale Nationale des Internes des Hôpitaux
ISNI :	InterSyndicale Nationale des Internes
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
SF-36 :	MOS 36 Short Form
NHP :	Nottingham Health Profile
WHOQOL :	WHO Quality Of Life assessment
SWLS :	Satisfaction With Life Scale
DSM V :	Diagnostic and Statistical Manual, 5eme édition
CAST :	Cannabis Abuse Screening Test
AUDIT :	Alcohol Use Disorders Test
FACE :	Fast Alcohol Consumption Evaluation
DETA :	Diminuer, entourage, trop et alcool
ESEMeD :	European Study of the Epidemiology of Mental Disorders
ORS :	Observatoire Régional de Santé
IMC :	Indice de Masse Corporelle
ISNAR-IMG :	InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Interne de Médecine Générale
ISNCCA :	InterSyndicale Nationale des Chefs de Clinique Assistant
SAIHM :	Syndicat Autonome des Internes des Hôpitaux de Marseille
CNOM :	Conseil National de l'Ordre des Médecins
EmeVia :	Réseau national des Mutuelles étudiantes de proximité

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) 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.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. **Reçu(e) 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 déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

Résumé :

Contexte :

Les troubles de santé psychique chez les internes sont un problème de santé publique majeur. Il est essentiel de dépister précocement les facteurs favorisants qui en sont à l'origine.

Méthodologie :

L'objectif de notre étude est d'évaluer la santé psychique dans la population d'internes en médecine, toutes spécialités confondues, au travers des différents facteurs pouvant l'altérer, ainsi que les moyens mis en œuvre pour repérer ces troubles, dans la faculté d'Aix-Marseille en 2018. Un questionnaire, spécialement créé pour cette étude, a été distribué, via internet, aux internes, qui y répondaient sur la base du volontariat, en tout anonymat.

Résultats :

216 internes, 12% des internes de la faculté de médecine d'Aix-Marseille, ont répondu au questionnaire pendant les 6 semaines de distribution, tous ont été inclus. 76% déclarent avoir un temps de travail supérieur aux limites fixés par les codes de santé publique. 33% des internes auraient une consommation d'alcool à risque, avec 16% d'alcolo-dépendant. 20,5% seraient des consommateurs réguliers de cannabis. 16% des internes seraient consommateur de benzodiazépine, obtenu à 73% par automédication. 76% des internes interrogé souffriraient de troubles du sommeil. 20% auraient des idées suicidaires, dont 1% qui auraient fait une tentative de suicide. 64% des internes n'ont pas consulté leur médecin traitant depuis plus de 2 ans, et les services de prévention existant sont mal connus (79% pour le SOS SAIHM).

Conclusion :

L'état de santé psychique des internes à la faculté d'Aix-Marseille est préoccupant, et peu de moyens de préventions sont actuellement mis en place.

Mots clés :

Santé psychique, internes, Marseille, troubles, médicaments, toxiques, prévention.