



HAL
open science

État de santé des internes de Médecine de la Faculté de Marseille

Noé Viannay

► **To cite this version:**

Noé Viannay. État de santé des internes de Médecine de la Faculté de Marseille. Sciences du Vivant [q-bio]. 2018. dumas-02097528

HAL Id: dumas-02097528

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02097528v1>

Submitted on 12 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

Etat de santé des internes de Médecine de la Faculté de Marseille

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 18 Octobre 2018

Par Monsieur Noé VIANNAY

Né le 15 Septembre 1982 à Séoul (CORÉE DU SUD)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur LANÇON Christophe

Président

Monsieur le Professeur AUQUIER Pascal

Assesseur

Monsieur le Professeur BOYER Laurent

Assesseur

Monsieur le Docteur LACHENAL Jérémie

Directeur



**Faculté
de Médecine**

Aix-Marseille Université

Etat de santé des internes de Médecine de la Faculté de Marseille

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 18 Octobre 2018

Par Monsieur Noé VIANNAY

Né le 15 Septembre 1982 à Séoul (CORÉE DU SUD)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur LANÇON Christophe

Président

Monsieur le Professeur AUQUIER Pascal

Assesseur

Monsieur le Professeur BOYER Laurent

Assesseur

Monsieur le Docteur LACHENAL Jérémie

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

Asseseurs :

- * 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
	ALDIGHERI 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 ZINEH 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

GUYSS 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)
TUCHANT-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)
 PAPAZIAN 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

(par avance, je m'excuse de la longueur de ce chapitre, c'est qu'elles ont été longues ces études !!)

Aux membres du jury

Professeur Christophe LANÇON

Merci de me faire l'honneur de présider ce jury de thèse. Soyez assuré de mon respect et de ma sincère gratitude.

Professeur Pascal AUQUIER

Merci de l'intérêt porté à cette thèse et de vous être rendu disponible pour participer à mon jury de thèse. Veuillez accepter pour cela ma sincère reconnaissance.

Professeur Laurent BOYER

Je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail, et siéger à mon jury de thèse. Soyez assuré de mon profond respect.

A ma famille

- **Papa et « Moon »**. Je pense personnellement que vous remercier ici ne signifie pas grand-chose ; puisque Saint-Ex a raison (mais si vous savez bien, le truc avec le cœur et les yeux !!). Mais bon, je sais que ça vous fera plaisir quand même. Et même si j'ai pas mal de choses à reprocher aux soixante-huitards, il y a un certain nombre de valeurs que vous m'avez transmis, tant par l'éducation avec des punchlines stylées ; « *Ton argent est mon argent* », et « *Ta liberté s'arrête là où commence celle des autres* », que par vos actes. L'adoption et votre investissement associatif en dit assez long, moi qui ait été témoin de cela. Je ne vous remercierai jamais assez de m'avoir permis de reprendre mes études de Médecine, après quelques années d'échecs (mes patients peut être un peu moins !). Votre soutien tout au long de ces (longues) années, vous vaudra une place VIP au paradis ; saint Pierre est déjà ok.

- **Alice**. Tu es & resteras à tout jamais la première personne à m'avoir pris dans ses bras, un (beau ?) jour lors de mon arrivée en France. Forcément, cela crée un lien invisible, mais indéfectible et éternel entre nous deux.

- **Jojo**. L'exemple-type du grand-frère que l'on ne voit que dans les romans. Un gars de la trempe des héros de Jack London ; comment aurait-il pu être autrement que tu sois mon modèle à

suivre ? indépendant, planchiste ... Et formidable bricoleur du dimanche ! Comme tous les héros aventuriers, un beau jour tu t'es fixé à quai, avec la gentille Maria. Mais l'histoire continue, et c'est avec impatience que j'attends le jour où on ira tous surfer ensemble, avec les deux loustics (ou les trois si Maria se décide ?). Maria je ne t'oublie pas non plus et c'est toujours avec grand plaisir que je te vois. Avec Stéphane, vous faites de sacrées pièces rapportées !!!

- **Clém.** Pas forcément évident d'être coincée entre 3 garçons, mais je trouve que tu ne t'es pas trop mal débrouillée. Preuve en était s'il en faut, que tu nous as pêché Stéphane, (un garçon assez sympathique ma foi, malgré ses innombrables défauts, notamment celui d'être un redoutable concurrent aux desserts ! Heureusement pour lui qu'il joue au tennis et surfe, le bougre !). J'estime que tu es une excellente mère pour votre petit goéland, et si jamais par malheur je devais avoir un gamin, je n le confierai à nulle autre que toi. (ne me dis pas merci, ça me fait plaisir !)

- **Melchior.** Forcément être mon plus proche frère par l'âge, ça rapproche un peu. Merci pour m'avoir supporté, toi depuis toujours beaucoup plus intellectuel et « culturel » que je ne le serai jamais. Je pense que tu as une part importante dans mon éveil géographique (qui aujourd'hui se révèle malheureusement d'un abyssal néant), et historiographique. Bref, sans toi à mes côtés, j'aurai fini « Tuche » !

- **Vivi.** Pas (toujours) évidentes nos relations, mais sache que je suis admiratif et extrêmement fier de la manière dont tu as mené et mènes encore ta barque. Sache aussi car je pense que je ne te le dis pas assez : je t'aime énormément.

Aux amis du bac à sable & du lycée : absents ce jour, ils seront châtiés comme il se doit !!

- **Oliv'** mon ami de toujours. Depuis les bacs à sable jusqu'à aujourd'hui, je sais que je peux compter sur toi. Mes parents ne se trompaient pas quand ils vous ont demandés de me garder le temps de leur voyage au Mexique. Par contre, qu'elle ne fut pas ma surprise lorsque je découvris avec stupeur, que chez toi, on devait faire les devoirs du catéchisme, WTF ???!!!! Heureusement, que la suite fut beaucoup plus ludique, notamment, on en a gagné des coupes d'Europe ensemble, (et grâce un peu à Dennis Berkamp !). Je te félicite enfin pour avoir perpétué cette vieille tradition qui consiste à trouver ta femme dans le village. Heureusement, Lucie n'est pas ta cousine !!

- **Denis.** Ou l'histoire d'un dessin griffonné en heure de perm', qui accouche d'une solide amitié, mêlée d'un profond respect mutuel. J'aime à croire qu'implicitement nos côtés campagnards ont trouvé résonance en l'un l'autre. Je garde en souvenirs de merveilleux moments, à écouter ensemble « Les deux minutes du Peuple » de François Pérusse, ou caméscope en main (on ne rigole pas les jeunes, à l'époque, c'était la pointe de la pointe !), à mettre en scène ces multiples séquences de course-poursuites sanguinolentes ! (il ne faisait pas bon, à cette période, d'être un promeneur perdu dans les bois ;p). On en a utilisé de la sauce tomate !! Aujourd'hui, clairement, on serait en prison direct par le GIGN !! (j'en profite pour embrasser Nono et Mado). Par la même occasion, j'embrasse fort ta douce mais non sans caractère, la fière Léna (cte finistérienne pure souche !!)

- **Guillaume.** Qu'est-ce que j'ai aimé passer ces midis à me prendre des branlées à Soulcalibur ! Tu n'avais donc aucune pitié ? Et non content de cela, tu m'explosais ensuite au basket. Quelle mouche t'as donc piqué pour me faire croire que je pourrais jouer un jour ailier fort ??? Heureusement, la vie s'est chargée pour moi de te punir, t'exilant à Laval-la-vie !! (bien fait pour

ta gueule !). Mais tu t'en es bien sorti, puisque te voilà heureux avec Charlotte et le petit (tu m'excuseras, mais j'ai encore oublié son nom !).

- **Pierrot**. Pour nous, tu resteras toujours un tyrannosaure, et plus personnellement, un poulpe échoué ! Je dois encore avoir quelques preuves qui traînent dans le grenier. Longtemps tu es resté notre attaquant vedette, faux-jumeau de Raul jusqu'au moment où Bu nous a révélé ses qualités de stoppeur. Je ne sais toujours pas comment tu as fait pour survivre à Madagascar, et j'émetts même encore quelques doutes sur le fait que tu y aies mis les pieds. Je n'ai pas d'autre explication possible. A moins que ce ne soient tes blagues incessantes qui t'aient sauvé la mise. Avec toi, c'est rires en permanence, même si le plus souvent ça se rapproche plus des « Grosses têtes » que du Pierre Desproges ! Mais ça fait du bien quand même ☺

- **Bu**. Je crois que tu es la meilleure blague du lycée. Trop grand, trop gentil, trop timide pour pouvoir intégrer un des groupes hype du lycée, t'as pas eu trop d'autre choix que d'intégrer notre groupe de « non-swig ». Rassure-toi, c'est sans regret que nous t'avons accueilli. (En même temps, on dégraissait pas mal aussi). Tu t'es révélé être un excellent compagnon, bon footballeur gaucher, ... et très piètre acteur !! Est-ce pour cela que tu t'es enfui au Brésil ?

- **Cécile et Toto, la p'tite Cécile**. Merci d'avoir fait partie de ma vie !

A mes amis de Brest :

- **Guigui** mon 1^{er} ami brestois. Grâce à toi, j'ai passé ma meilleure des 3 P1, à partager nos jeudis soir au Baroombar, puis à te déposer à Bénod' lors de mes tournées pharmaceutiques. Solide gaillard amateur devant l'éternel du wiskey-coke, mais aussi capable (ou coupable ?) de petits dérapages mémorables, tel que ce mail annonçant fièrement ta NON-participation au gala de ta fac, (j'ai d'ailleurs bien hésité à le mettre en annexe, ça aurait été bien plus parlant que toutes les études que j'ai dû me coltiner !), ou encore quelques cocasses stripteases libidineux. Avec toi, c'est vraiment Brassens ; « les copains d'abord », et c'est encore mieux si y a un peu de vin dans l'affaire. (PS : pour ceux qui se poseraient éventuellement la question ; non, Guigui n'est pas alcoolique).

- **Matt**, ce grand dadais, à notre première rencontre sur le parking attendant l'amphi de P1, tu arborais tout fier des « requins » à tes grands panards. J'étais loin de m'imaginer que tu deviendrais l'un de mes meilleurs amis. Comme pas mal d'entre nous, j'ai passé plus de temps chez toi, à jouer à la belote ou à la console, que chez moi. Ton addiction aux jeux n'est surpassée que par trois choses : ta capacité à assassiner toutes les expressions françaises, ton sens de l'orientation désastreux (Non, on ne va pas à Quimper en passant par Morlaix !), et ton anglais... Rassure-toi, je ne te ferais pas l'affront de te demander de nous conjuguer un verbe. Mais aucun de tes innombrables amis ne s'y sont pas trompés ; tu es quelqu'un en or. Attention toutefois à ton dos, le/la petit(e) ne va pas se porter toute seul(e) !! Courage la Marie ! Mais ma plus grande satisfaction reste encore de te faire la nique ; tu seras le dernier des sudistes à passer ta thèse ... LOOSER !!!

- **Goulven & Dédé**. Je vous dois tellement, que c'en était honteux ! Dire que notre histoire a commencé par un prêt d'appartement, puis d'innombrables "Chelsea-Barcelone". Je ne pense pas me tromper si je dis que vous avez été nos principaux mentors, et ce n'est d'ailleurs pas pour rien que sur vos bons conseils, nous avons pratiquement tous redoublé notre 2^{ème} année !! Vous aussi adeptes de la belote, ... heureusement que vous êtes largement plus doués en médecine qu'aux cartes ! C'est gravé dans ma mémoire, et avec grand bonheur que je me

remémore les moments passés avec vous, notamment à gratter le papier-peint et à construire le poulailler pour ces connes de poules !! Vous revoir après tant d'années a été un réel bonheur, vous qui incarnez si bien la Générosité. Soyez heureux avec la petite Jeanne, et bonne chance avec le/la deuxième !

- **Bidouille Nasser El Bidouilli** : un titre de noblesse qui ne peut résumer toutes les facettes improbables du personnage, (rien à envier à Arturo Brachetti !), réunies sous une nonchalante simplicité. Je reste intimement persuadé que les 2 meilleures décisions de ta vie étaient respectivement 1) avoir coupé tes tifs (qui se douterait aujourd'hui que tu frises ? hein ??? 2) D'avoir ramené ta fraise au studio de Rouston un soir pluvieux de St valentin. Ancien adepte devant l'éternel de la « péclo » qui te met tout le temps en retard (je ne sais pas comment Paolita fait pour supporter ça). Une placidité qui fait toute ta force, et si jamais un jour je dois me faire intuber en urgence, je veux que ce soit par nul autre que toi. Surtout si c'est assorti d'un petit « voilà voilà » !! (à noter que si vous avez faim en fin de soirée, suivez le Bidouille jusque dans la cuisine, endroit où vous pourrez tranquillement lui voler son sandwich, une fois la bête endormie. Un classique !).

- **Max** : un magnifique sourire bête associé à un rire tout aussi niaiseux. A première vue, ce n'est pas te faire honneur, mais ce serait vite oublier cette belle petite gueule vissée sur ce corps plus imberbe encore « qu'un petit cul de bébé », comme tu le dis toi-même. Saupoudrez l'ensemble d'un poil de maladresse (le seul que tu aies au final), et vous obtenez Maxoubidou. Quel regret que tu aies trouvé l'amour chez nos cousins canadiens. Tu nous manques assurément. Heureusement que tu n'es pas parti avant, qu'aurions nous fait sans ton côté organisationnel ?

- **Mick-Mac Baloo**. Faux écossais hongrois, supporter des Glasgow Rangers. Ça signe l'individu. Avec toi, tout prend une tournure fantastique, comme un film de Kusturica. A chaque fois ça semble être un bordel extraordinaire, duquel tu parviens toujours à t'en sortir. Pas forcément indemne, forcément. Ne nies pas, un certain aller-retour Brest-Caen, tes escapades quotidiennes aux bars de station sous prétexte d'aller skier, ou encore tes récentes venues à Montpellier parlent pour toi. C'est d'ailleurs un de tes mots préférés qui te définit le mieux : le panache. Ah non, pardon, le panaché !!

- **Bœuf**. Tout aurait pu s'arrêter dès la première semaine de P1, après une petite remarque sur la couleur de ton pull. (mais qui donc s'amuse à porter des pulls rose saumon délavé troué ?!!!!). Par chance, notre goût du dernier rang, nous a bien obligé à nous côtoyer. T'as bien essayé de nous semer en réussissant tes rattrapages de P2, mais c'était pour mieux nous retrouver l'année suivante ! J'aime ton côté déviant, parce qu'il est fantasque et qu'il tranche avec la bienséance admise. Même si tes voisins apprécient peu tes remontées en 4x4 dans le chemin communal, ils ne savent pas ce qu'ils perdent !!

- **PM**. Sûrement le planchiste le plus fauché de Brest. Sûr que partager tes soirées avec nous au Tour duM' n'a pas contribué à améliorer tes finances. Combien de fois a-t-on pu entendre « Maryvonne va m'engueuler » ?!!

- A **Nico Laguiz, Jean Marr'**, ces deux bêtes des jeux de mots ! Julien Lepers & Tex ... en bien mieux quand même !! Je me remémore avec délice cette toute première soirée (dans l'appart de Goulven évidemment !), où vous avez eu la bonne idée d'une soirée shooter-movicol ... Ca vous place les personnages ! Et ce n'est pas une droite d'Agathe qui vous arrêtera La Guiz !!

- **Pytou**. Un grand corps dans un grand cœur, pardon, l'inverse. Allez, laisse tomber Morlaix, et redonne une chance au ski !!

- **Clémentito**. Le seul type au monde assez crédule pour me croire, lorsque je lui ai dit être un virtuose de guitare !! C'est dire le niveau du gars ! Assez fou pour s'associer avec moi à la confection du trombinoscope. Je ne sais toujours pas comment tu as fait pour ne pas te faire haïr par le reste de la promo, alors que nous ... Maître de l'endormissement brutal en soirée, surtout si c'est autour d'un poteau de rue. Merci d'avoir gentiment gardé ma planche au chaud pendant 5 ans, sans jamais l'utiliser. Un exploit !

- **Souf la fouine** (qui ne fera jamais carrière dans la chanson, et tant mieux pour nous). Un rire tonitruant, mi-phoque, mi-je ne sais pas quoi. L'expression « Gargantuesque » était faite pour toi. Tu as été le dernier des mohicans, quand tous ces salauds ont émigré vers le sud. Grâce à toi, ma dernière année brestoise a été bien moins terne.

- **Xababa** « mon lion » !! **Pi** le maniaque danseur de salsa, **Glenou la guillemotte**

- **Romain** (que j'espère rejoindre très vite), **Thibaud** , vous avez bien contribué à pimenter ces années !

- (gros) **V1v1**... indissociable de Bouli, sa rosacée, son paquet de Winston et de son pack de bières. Être rural, fier représentant du breton des terres. Ainsi donc, comme vous l'aurez déjà deviné, chasseur par tradition familiale. Heureusement pour nous (et pour toi !) que tu ne te sois pas noyé un triste jour d'automne, dans ce fameux petit ruisseau, profond tout au plus de 10 cm, dans lequel tu avais eu la bonne idée de tomber nez en avant. Un peu moins heureux pour le pauvre Jibsou, qui a reçu en pleine face, ta démonstration de ton puissant « bourre-pif » !

- **Nico Minou**. Quelle bonne idée tu as eu de trainer toi aussi un peu tes basques à Brest avant d'aller faire semblant de travailler à Reims. Tu es à jamais gravé comme colocataire dans ce studio communiste digne des plus sombres heures Berlin-Est. On en a partagé des soirées console/belote/picote, dormant les uns sur les autres. Heureusement pour nous que tes obligations familiales te faisaient sortir de ce glauque antre, ce qui te permettait de ramener de quoi nous sustenter... ainsi que bien souvent de boire aussi !! Bref, sans toi, on serait sans doute tous morts de faim !

- **Tania**. On ne sait jamais si tu es énervante ou géniale. C'est sûrement là tout ton charme.

- la p'tite **Elal**. Si pétillante de vie.

- **Jean-Miche & Solange**, un « second foyer » brestois. Votre gentillesse n'a d'égale peut être que le nombre d'animaux qui occupent votre maison. Que de bons moments passés à parler du beau temps & de la pluie, des aventures rocambolesques de Dave, ou jouer à la belote, ce qui a valu quelques petites remontrances bien senties à Jean-Miche. J'ose confesser aujourd'hui, que ça nous a fait bien rigoler !!!

- **Flo et Medhi, JB Bouée, Sarah, Gwenn & Anne-Laure, Davy, PIG, Dewi, Ali, David, Léo, Jérôme, Perrino, Cosquer**, et tous les autres avec qui j'ai eu tant de plaisir (et mal au crâne) à partager des soirées pluvieuses devant les Fauvettes, ou à partager un « fan-check »... BREST FOREVER !!!

A mes amis de Montpellier

- **Jérem** : Je crois que je ne te remercierai jamais assez d'avoir accepté d'être mon directeur de thèse. Je persiste à croire que tu ne savais pas du tout dans quel périple tu te lançais ! Evidemment tu vas me soutenir le contraire. As-tu eu quelques sueurs froides à la lecture de la première mouture ? Heureusement que tu m'as redirigé la discussion, tout en ménageant

mon égo. Merci pour ça aussi. Cependant, tu as un défaut inaliénable ; tu es NORMAND !!! Grand gueulard devant l'éternel, assaisonné d'une bonne quantité de mauvaise foi ; si jamais ça doit être utile une fois, c'est aujourd'hui mec !!!

- **Père Momo**, grâce à toi, ma calvitie est passée totalement inaperçue. Et c'est tout toi ; toujours prêt à te sacrifier à ton propre détriment. Comme faire des impasses à la belote, tout en sachant pertinemment qu'elles vont être coupées ! Ou encore, tenter un petit « chabite des familles » lors de notre première rencontre ... INCONSCIENT QUE TU ES !!! heureusement pour moi, ton caractère en or était passé bien au-delà de ça, ce qui fait de toi un de mes tous meilleurs amis au monde. Nous sommes d'ailleurs tous convaincus de la même chose ; tu n'es pas lyonnais, tu es brestois !!

- **Barb**. Ma cousine viet'. Toujours présente pour les bons / mauvais coups. Une telle persévérance force l'admiration, et c'est non sans plaisir que je reçois la photo annuelle de la Pique-nique Family. Tu es une amie chez qui seuls les cris lorsque tu joues à la belote me sont profondément désagréables. (mais rassure-toi, tu n'es pas la seule !)

- **Mère Zamza** ... On ne s'était encore jamais vu que je squattais déjà ta chambre depuis un bon petit moment. Reine des émissions merdiques télévisuelles d'NRJ12, que tu gobes mirettes toutes grandes ouvertes, sourire « Julia Roberts » aux lèvres ; béatitude de l'encéphalogramme plat. Cosette du poker ... C'est avec délectation que j'assiste à tes vaines tentatives de poker. Allez essaies encore ! (Par contre, comme pour la thèse du Père Momo, t'es interdite de bar ! désolé mais c'est pour ton bien).

- **Camille**. Tout d'abord merci de prendre soin de Guigui. Une telle tâche n'est pas chose aisée, tant des fois j'ai l'impression d'assister à un remake de « La belle et la bête », version hardcore. Merci aussi pour tous tes conseils avisés quant à mes stats (et un peu le reste aussi), qui sinon auraient pu rapidement devenir un titanic de graphiques imbuables. J'espère que la guyane comblera tes attentes de voyage (est-ce pour toi assez reculé de toute civilisation Saint Laurent du machinchose ?), et tes futures expériences de défécation en milieu naturel. Cette aventure où tu nous enlèves notre Guigui. Est-ce parce que l'on pue nous aussi ?

- **Oncle/Père Stéphane**. On se connaît depuis peu, mais qu'est-ce que tu me fais rire ! Un concentré de connerie assorti d'un accent du terroir bouchonnois, pardon besançonais ; un vrai bonheur ! Et comme tu es un mec investi dans ta spécialité, jamais le dernier à donner de ton corps, sûrement pour nous faire des rappels anatomiques ?

- **Marie**. Un accent du sud-ouest revendiqué. Un joli minois. Un fort caractère... Tout est dit !

- **Romain**, la force paisible, en slip, en licorne ou tout autre costume, de jour ou aux premières lueurs du jour... toujours présent. Sauf à ma thèse évidemment ! PETIT SALAUD !!!

- **Gas, Mouf, Didier, Zaza, Léo, Cl, José ...** que de bonnes rencontres !!

A ce premier semestre d'Aix-en-Provence :

- **Astrid** : Merci de nous avoir accueillis et mis dans les meilleures dispositions possibles. Sous tes airs de chef-de-service-mère-de-famille, tu sais évidemment parfaitement gérer tes internes. Preuve en était que nous n'avons pas mis ton établissement à feu et à sang (malgré tous nos efforts). Tu m'as régaler avec tes histoires de missions commando-je-récupère-mes-petits-vieux-à-l'hosto, ainsi que tes histoires de chat-lions. Ma seule crainte, je peux te l'avouer aujourd'hui, était de tomber sur toi pendant mes visites, grande bavarde que tu es !!!

- **Olivier** : ton caractère soupe au lait m'a montré que faire de la bonne médecine et défoncer de temps en temps un mur n'étaient pas du tout incompatibles, ce que j'ai immédiatement mis en pratique à l'internat, ce qui m'a quand même valu d'être gentiment convoqué par la direction. Mais est-ce vraiment ma faute si le plaquo c'est pas solide ?!! Rassure-toi, depuis je me suis calmé. (Non, en réalité, je le fais toujours, mais je choisis des meubles plus solides !)

- **Aline**. Merci pour ton calme imperturbable, qui m'a permis de gagner en confiance (surtout quand j'ai aussi compris que tu repassais discrètement derrière nous pour récupérer nos bêtises). Je sais que tu soutiens aussi beaucoup notre Ninouche-la-gériatre-galérienne, alors merci pour ça aussi !

- **Nathalie**. Pour les photos, demande à Guigui !! (ça tombe bien, il est juste après)

- **GuiguiFrey !!!!** le type le plus détendu du calebard, descendu du grand ch'nord !! Est-ce que j'aurai pu trouver meilleur cointerne ? OUI, sûrement en y pensant bien. Un chiti lutin amateur de bières, (alors que c'est tellement dégueu). Tu savais et (et sais encore) me tempérer et ce n'est pas un mince travail au quotidien ! Bon, en échange, je devais pénétrer dans ton antre pour te réveiller. Tu as quand même été assez fou (ou stupide, ... ou désespéré ?) pour accepter de devenir mon coloc. Peut-être était-ce pour continuer le concours de la chambre la plus bordélique ? A moins que ... « DU BLEU !! DU BLANC !! DU ROUGE !!! »

- **Toto** : le 1er de notre groupe d'amis, rencontré lors d'une pluvieuse soirée d'intégration, au sein du réfectoire miteux de la Timone. Puis tu m'as gentiment attendu dans cette petite chambre d'hôtel la veille de notre premier jour, et puis, on a partagé (sordidement) notre premier Noël d'internes à l'internat d'Aix. Bref, de petits moments de vie que j'ai apprécié passer avec toi. T'es le champion toutes catégories du « j'achète et je revends », ... bon, ben si tu veux... Mais attention, Ce vilain est aussi membre du gang « Miou-Miou » ... En sa présence, vous perdez 1 an de vie minimum, et la connerie n'est jamais très loin !

- **Kelfouf** « Papa Ours ». Le plus professoral d'entre nous, défaut qui ne s'est pas arrangé depuis ton investissement politique 😊. Une force tranquille, un gars qui se bonifie avec le temps. Pas comme la piquette dont tu l'expert ! HA HA HA !! Sous ces airs de bon fils, ce garçon est tout de même un des champions de l'ATP 2017 !! J'aimerais tellement te revoir sur une planche de surf mec !!

- **Keriel**. Grâce à toi mon internat semble être une formalité, con que tu es !! Tu es un Dieu (grec selon certains), mais pour moi, tu es surtout le Dieu des affaires foireuses ! Galérien aux projets plus insensés les uns que les autres, dans lesquels tu aimes dilapider tes économies. Ceci dit, on ne peut t'enlever cette qualité d'aller au fond des choses, surtout si ça peut t'emmener au fond du trou ! Et puis, Merci de nous avoir conviés à la Calypso ; grands moments !! (en tous cas, parmi les bribes de souvenirs que je peux avoir). Rappelle-toi, quand les moments vont mal, que nous sommes tes plus grands fans, surtout quand tu balances du Pink ou du Britney Spears (?) !! Sacré DJ !

- **Moineau/Moineau**, étrange mélange de l'oiseau et du gobi ... auquel on a rajouté un gène « homme-canon ». Encore une preuve supplémentaire que les OGM, c'est épouvantable ! Consommateur de choses de qualité, telles le « rosaado rosaadooooo » ... ton petit côté bourgeois chartrois sûrement ?! Et pourtant, derrière cette tête de con, tu es un homme ouvert, cultivé, stylé, aviné. Ce n'est pas pour rien que les colocs te piquaient tes affaires ! T'es le roi de la mauvaise foi, même quand t'es de bonne foi ! C'est peut-être ça ce qu'on appelle un délit de sale gueule ?

- **PC** : mon meilleur ami antiraciste antisémite. La première fois que je t'ai vu, je me suis quand même dit « mais qu'est-ce que c'est que ce grand con ?! ». C'était vraiment mal te juger, puisqu'en réalité tu es une grande saucisse !! Rapidement, j'ai découvert ton immense bonté d'âme, qui, si cela ne tenait qu'à moi, serait éligible au Nobel de la paix. Ton côté mi-bordélique, mi détaché des choses matérielles était un défaut que tu as réussi par je ne sais quel miracle, à transformer en une qualité rare. Le fait d'être avec la petite saucisse n'a évidemment rien arrangé ! Petite saucisse que j'embrasse par la même occasion.

- **Romano**. Champion de skate catégorie « mais quelle bonne idée !! ». Garçon charmant et d'un calme olympien, d'une immense gentillesse. Te voir t'énerver est tellement rare que nous en sommes à chaque fois totalement déconcertés. Heureusement d'ailleurs de la rareté de la chose, car tu as tendance à reprendre un vilain accent chti lors de ces quelques épisodes. Autant aller essayer communiquer en langage des signes avec un aveugle. Attention aussi aux fins de soirées où se trahissent tes origines lilloises. Surtout un SAF passé inaperçu 😊. Enfin, pour vous situer le bonhomme, il est le seul à s'être jamais fait refouler du 5/5, chapeau l'artiste !!

- **Fady**. T'es un extra-terrestre, mon Fady ! Le Prince des Urgences d'Aix, terreur des médecins des étages (il faut quand même dire que ton sens tactile était plus qu'exacerbé !!). Te revoir est toujours un immense plaisir (même si de l'avis général de tous, c'est trop peu souvent). Je suis bien curieux de voir sur quoi tes aventures russes vont déboucher. Sûrement encore un formidable roman baudelairesque, au moins !!

- **Samia**. Toujours prompte à me houspiller. C'est déjà bien que tu aies abandonné l'idée de vouloir me relooker ! Avec toi, c'est sûr que j'aurais fini avec un jean vert et un faux air de hipster... tout ce que j'adore ! C'est avec une immense fierté que je t'ai montré ma Bretagne. Ce fut si rapide, elle regorge de tant d'autres endroits magiques. Mais pour ça, faudra revenir !

Aux amis de Marseille :

- **Amir** : Ma beauté Algérienne ! L'incarnation faite homme de l'Amour de la vie. Couplé à une fâcheuse tendance à brûler la vie par les 2 bouts. Mais attention, pas avec une vulgaire allumette, mais au bâton de dynamite ; « parce que sinon, ce ne serait pas drôle ! ». NON le problème avec toi, ma gazelle, c'est qu'on perd 10 ans de vie en ta présence. Et c'est si bon !!! L'enfer de Dante !!

- **Nevers** la plus belle touffe du groupe !! c'est sûr qu'à côté de toi, on à l'air de vieux en EPHAD ! Ne vous fiez pas à ce joli minois, ce gars est un souillard !! En fait, des fois, je me demande si tu ne loges pas réellement cours Estienne d'Orves.

- **Deco / Baroux**.... Laurel & Hardy. Désolé, mais pour moi vous êtes indissociables, tant à la fois vous avez des points communs (la beaufitude, ça rapproche) et différents ; l'un est gros, l'autre est ... bref, je m'égare. Il n'empêche que skier avec vous est à chaque fois une partie de plaisir, tant vous avez pas de style !! ^^ Mais si vous êtes encore chauds, on se fait la Grave cette année !! Sinon, on ira tenter des 360 double-corks dans les bosses, histoire de mettre un peu à profit vos cours de fresstyle ! N'empêche que je pense que vous êtes les plus matures d'entre nous tous.

« De vrais papas » comme dirait l'autre, même si vous avez pas beaucoup de mérite sur ce point.

- **Tildon** la marmotte qu'il ne faut pas chercher, sinon elle grogne. Elle grogne aussi quand elle a faim. C'est le Tildon. Une espèce rare, fragile. Mais de bonne composition sinon, et d'humour. Un plaisir d'être en coloc là-haut. Toi qui a été la seule à faire honneur à la piscinette ! T'as bien eu raison, et les autres ont eu tort, ces jaloux !!

- **Sonia**. Des fois, elle aussi on pourrait oublier que sous ses airs de plouc, se cache une femme. (encore une !!). A moins que ce ne soit moi le plouc, puisque je refuse de comprendre ce goût immodéré pour tes bijoux digne d'un niveau de cadeau de maternelle, mais aux prix dignes de Place Vendôme !! Enfin bon, si je peux bien te concéder une chose sur laquelle tu fais l'unanimité, c'est ta profonde gentillesse. Je le sais, je l'ai bien mise à rude épreuve, et je t'en remercie. (par contre, pour les pieds sur le tableau de bord, je t'en voudrai éternellement !)

- **Mymy** : la deuxième comparse des « Miou-Miou », Et là on parle pas de stupides pokémons. Là on tient plus du crotale venimeux, redoutable, agressif. Mais une crotale que j'adore. Spiderwoman de la bêtise, mais qu'on ne peut s'empêcher de pardonner, tant c'est fait avec malice. Des fois, on pourrait oublier que sous ses airs de gangster, se cache une femme. Un couple à éviter à tout prix, assurément, si vous tenez à la vie !

- **Panpan**. « La Faaaaatigue, la Faatigue !! ». AH AH AH !! qu'est -ce qu'on a pu se marrer avec ça. J'ai toujours du mal à croire à ton passé triathlète, puisqu'avec Guigui, vous êtes de si grands adeptes de la sieste. Fais quand même gaffe de ne pas trop laisser trainer d'herbe à chat, sous risque de voir un lasercat déchainé parkinsonien sauter partout !!

- **TibTib** si tu étais un personnage animé, tu serais sans nul doute un des animaniacs !! Toujours prompt à la bêtise, accompagné du petit rire vicelard qui va bien. N'empêche que passer ces 3 semaines de surf en ta compagnie ont été de supers moments, que j'espère bien réitérer. RDV dans les îles mec !!

- **Zaza** ah Zaza ... !! si j'ai bien compris en fait, de votre groupe de nîmois, tout ce qui vous intéresse, c'est tout sauf la médecine. Et tu as tellement raison mec !

- **La Reiss**... si je dis la reine des hystériques, vous allez voir qu'elle va me faire une scène, la connasse !! Je ne sais toujours pas si c'est une chance d'avoir partagé un semestre avec toi, mais ce dont je suis certain, c'est que c'est grâce à toi et Maud, que j'ai pu tenir. Alors rien que pour ça, ça te vaut une reconnaissance éternelle (Hey ! t'emballes pas !!). Ta qualité principale est ce rire communicatif, à défaut d'être très féminin, mais bon on s'en contentera. Parmi tes innombrables défauts, le principal étant ta pelure de mouton, qui te servait de manteau, et te faisait ressembler à un yéti mal léché. Ah ?! tu l'as perdue ? Avoue plutôt que j'avais raison et que tu l'as enfin jetée !! mais je sais que ça te ferait trop mal à a gueule de l'avouer !

- **Roman**. Le seul rat gris que je prends plaisir à voir grimper les parois. Je suis désolé d'avoir décroché de l'escalade pour revenir à mes premiers amours aquatiques. Et si ça peut te consoler, je t'assure que tes tentatives d'homicide sur ma personne et Deco n'y ont rien à voir !

- **Jonathan** ... Ah Jonathan ... Mon dernier cointerne, et sûrement le plus désespérant de tous. Au moins t'étais dans la moyenne de l'équipe paraméd. Avec toi, on a passé plus de temps à parler permaculture & skateboard que de psychiatrie. Ce ne serait pas te faire honneur, si j'omettais ta passion pour la cuisine, et je dois avouer (à contre-cœur certes), que tu te débrouilles un petit peu. Par contre, pour le bien de l'Humanité, arrête tes saletés de jus de fruits au céleri, puisque je me tue à te répéter que c'est dégueulasse !!

- **Lyla & Rémy, Capo** : check là frère !

- « **Ouin-Ouin** », celui qui le confondrait avec «son cousin « Oui-Oui » s'exposerait à une sévère déconvenue... tout est dit quant au personnage ... !! XP

- **Benter**. Prince du fish -grenouille. Une ténacité à toute épreuve, j'en veux pour preuve ces nombreuses incursions à l'eau, combi trouée. Mais voyons, Benter, personne ne t'a jamais donc dit que cela ne servait à rien alors ???

- **Mika**. Notre surfeur poids-lourd, tu n'as jamais plus fière allure que bien gainé dans ta combi, bleue, go pro au bec !!! Même si nous savons tous pertinemment que cette vilaine excuse de filmer, c'est juste pour mieux nous taxer les vagues !! Je t'attends toujours pour une session au bowl mon gars !

- **Cécile** : ouh attention les yeux !! et surtout les oreilles !!! un rire vrillant, sûrement breveté et utilisé à Guantanamo ! Et pas juste pour le plaisir de mettre l'ambiance. Ta fraîcheur de vie nous a fait un bien fou, nous qui étions en train de nous encroûter. (Je te parle de ta fraîcheur quotidienne, pas celle de 5 h du mat', hein !). Encore félicitations pour avoir réussi à mettre le grappin sur Pierrot le fou, et encore plus merci pour m'avoir si gentiment aidé pour l'organisation de ce pot de thèse (de toutes façons, si c'est merdique, je dirai que c'est ta faute !). J'ai grandement hâte de partager une vague avec toi, histoire de bien pouvoir me foutre de ta poire !!

- **Panardo** « Panaaard, Panaaaaaaard !!! », tellement désagréable d'entendre ça braillé à tue-tête ! Je n'ai jamais su réellement si je

- **Kiki « mon doux ! »** C'est sûrement un peu grâce à toi, de t'avoir vu aller au boulot dans un de ces marcel's informes, tatouages au vent et collier « orchimètre » au cou ; que je vais consulter sans scrupules en bermuda/tee-shirt. (Si tu ne sais pas ce que c'est un orchimètre, demande à Prypry, elle se fera un plaisir de t'expliquer).

- **Chef Charlène** ... sans aucune contestation possible, THE BEST of THE BEST catégorie chef de CHU !!! (et le fait qu'elle ait validé mon stage obligatoire CHU n'a strictement rien à voir dans mon jugement), Je te dois tout mon savoir endocrinologique, notamment cet étonnant régime « bières-pâtes », que je préconise désormais à tous mes patients les yeux fermés. Les régimes okinawa ou crétois peuvent aller se rhabiller. Bref, un p'tit bout de femme concentrée de gentillesse et de savoir. S'il y avait que des gens comme toi dans le monde, y'aurait plus de guerres. (Et tant pis pour les visites de cimetières militaires que tu affectionnes tant !!) (spéciale cacedédi pour toi Flo !)

- Les cointernes tyrannisés comme moi par Chef Charlène : **Mc Toby**, **Brian le redneck**, **Toto le bricolo**, **Flo le vampire**, **Philippine la pine** (ooops ! pardon !)

- et tous les autres, : **Camille le H**, **Thomas D**, **Sadock**, **Raph**, **Wallefroy**, **Baptiste**, **John John**, **Gauduchon**... (pardon à ceux que j'omets ..)

- mention spéciale à **Bernard LENA** ; qui a eu le mérite immense de me confier sa patientèle, et permis de m'épanouir dans cette activité.

A la « Team Cuba » :

- **Prypry**. Impératrice du « 00oo00oo00ooh LaaaaaAAAAAA !!! », une expression qui à elle seule dure le temps d'un film de Kubrick. Très souvent associé à un écarquillement d'yeux de crédulité / surprise (au choix). Qu'est-ce que tu nous as fait rire avec ce magnifique « MuyYY Sol », mais tu t'es vite adaptée grâce à un vocabulaire de survie (composé essentiellement de « pollo & cerveza » et le plus magnifique « perooooooooooooooooooooo » que je connaisse !).

- **Anne-So**, **Martine**, **Joséphine**, **Josette**, **Josiane** ... et j'en passe, dite aussi « l'insaisissable ». Adeptes du « Oh ben NON », et « je suis trop chaude », quasi -systématiquement suivi d'un « ah mais ce soir, je peux pas ». Vous l'aurez compris, une vraie arlésienne (« Mais non coco, t'as rien compris ; j viens de Dijon ! »). Mais attachante quand même. Ce que j'ai pu confirmer lors de ces quelques jours passés ensemble. Vous m'avez étonnamment surpris de ne pas vous dégonfler (pas comme certains que je ne citerai pas ...).

Tu sembles flotter dans la vie, et je crois que c'est que j'aime le plus chez toi.

Les Avignonnais :

- **Guizmo** l'américano !! Jamais vu un type avoir autant une tronche d'américain, Sans être américain !! Ta simplicité n'a d'équivalent que cette propension à disparaître systématiquement les lendemains de soirée ! Une de tes caractéristiques si singulière !!

- **Tibo « Scumacher »**. Mon frère. Tu le sais ça mec ! Par contre, je t'en supplie, arrête de poster des vidéos de F1 !!!

- **Ludi** l'insomniaque. Et moi qui croyait que les neurologues étaient des gens sérieux et tristes !! Mais peut être es-tu l'exception ?

- **Sophia** un caractère de cochon (ne fais pas la tête, ça veut juste dire que tu as un caractère BIEN trempé !)

- **Juju et Xavier** ; ou la simplicité faite couple. Pas de chichis !

- **Dodo l'aixoise/fiat mini...** ou le danger permanent... 😊

- **Alice, Clémence, Nico Moureux & ses jeux de mots, Colette, Perrinette,**

- **Seb Van der** Toi aussi mon Seb, tu tiens une place particulière, à cause de ton asocialité, toi qui es pourtant si sociable !! J'aurai toujours en mémoire cette fameuse soirée à Avignon ou tu as perdu Sonia...

- **Ninouche**, ma coloc... J'ignorais que tu tenais plus de la marmotte que de la princesse. En plus, une marmotte blédarde !!! BORDEL !! Avec Guigui, ta (casi) perpétuelle bonne humeur et optimisme ont su contre-balancer mes sautes d'humeur ; je pense définitivement que c'était une bonne coloc. Même si au début, j'avoue que ne pas te voir aussi souvent que prévu m'a un peu désarçonné. J'ai compris au fil des mois toute l'importance que tu accordes à ta famille et tes ami(e)s stéphanois(e)s ; bref, puisque c'est tout l'inverse de moi. Mais j'ai compris ; c'est sûr que quand on vient d'une région aussi merdique, on a intérêt à se serrer les coudes !! 😊 (PS : Je ne comprends toujours pas ton attrait pour la Gériatrie, toi qui est si pétillante de vie !)

Pour le travail de thèse :

- A tous les internes qui ont pris le temps de répondre à mon questionnaire.
- Service Médecine du Travail
- Marie-Pascale Le Huchet (Qualité vie Travail)
- Dr Jean-Marc Chabannes
- Lidwine Ropert

SOMMAIRE

I. Introduction.....	3
II. Matériel et Méthode.....	5
III. Résultats.....	8
III.1. Population de l'étude	8
III.2. Evaluation des conditions de travail	9
III.3. « Comment considérez-vous votre état de Santé PHYSIQUE ? ».....	10
III.4. « Comment considérez-vous votre état de Santé PSYCHOLOGIQUE ? ».....	11
III.5. Conduites addictives	16
III.6. Suivi Médical.....	17
IV. Discussion.....	20
IV.1. Population de l'étude.....	20
IV.2. Une majorité d'internes travaillant plus de 48 heures hebdomadaires	20
IV.3. Un Etat de Santé PHYSIQUE Dégradé.....	22
IV.4. Un état de santé PSYCHOLOGIQUE Précaire	26
Des critères de Dépression présents	28
Et aussi des éléments présents de burnout ?	29
Quelle consommation de psychotropes, l'impact psychologique de leur activité professionnel, et les structures d'aides psychologiques.....	30
Explications à cet état psychologique précaire	32
IV.5. Conduites addictives.....	33
Un tabagisme encore important	34
Des consommations d'alcool « raisonnables », comparés à	34
Une « explosion cannabique »	35
Une « euphorie » des autres stupéfiants	36
Les raisons de tels rapports vis-à-vis des substances addictives.....	36
IV.6. Suivi Médical jugé insuffisant	38
Des couvertures vaccinales encore incomplètes	38
Un suivi médical ambulatoire inégal	39
Une pratique de l'auto prescription généralisée	42
Une place de la médecine du travail insuffisante	43
IV.7. Différences Hommes/ Femmes : moins bons états de santé physique et psychologique, mais meilleurs suivis.....	44

IV.8. Des différences IMG / IS ?	46
IV.9. Peu de différences entre 1ères années versus internes des années supérieures	47
IV.10 Différences entre les internes travaillant au plus 48 heures hebdomadaires et les autres ; Un impact plus physique que psychologique.....	48
IV.11. Limites et Biais de l'étude.....	49
IV.12. Et ensuite ?.....	51
Des études supplémentaires à mener.....	51
Et quelles solutions ?.....	51
V. Conclusion	54
VI. Références.....	55
VII. Abréviations.....	60
VIII. Annexes	63
IX. Résumé	100

I. Introduction

« *La maladie du médecin est un scandale...* »
Montaigne (1533-1592)

L'Organisation Mondiale de la Santé définit la santé comme étant « *un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ». Elle est considérée comme « *un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soit sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale* » (*Préambule à la Constitution de l'OMS, New York, 19 juin - 22 juillet 1946*).

L'OMS ne distingue donc pas la santé du patient de la santé du soignant, alors que la différence est souvent faite de manière inconsciente dans la société. Si la souffrance et la maladie du patient sont considérées et reconnues, celles du médecin et du corps soignant sont souvent ignorées et passées sous silence.

Récemment, les médias ont commencé à relayer des informations sur le mal-être des médecins et des internes de médecine, et il n'est malheureusement plus rare d'entendre parler de burnout et de suicides. Le Ministère des Solidarités et de la Santé, dans le cadre du plan d'actions sur les conditions de travail des étudiants, internes et assistants (novembre 2012) et de la stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail des professionnels de santé (décembre 2016), a publié plusieurs guides de prévention et de repérage des situations à risque, plus particulièrement chez les étudiants de santé (*15 mesures pour le bien-être des étudiants en santé* en avril 2018) (1), suite au rapport du Dr Donata Marra) (2) et les internes et chefs de cliniques (*Risques psychosociaux - Guide de prévention, repérage et prise en charge*, 2017) (3).

Chaque année, environ 13 500 étudiants obtiennent le droit de poursuivre leurs études de médecine après le concours de PACES. Tous ces étudiants deviendront internes en médecine ; leur santé et bien-être sont des conditions nécessaires pour une prise en charge optimale de l'ensemble de la population : « *Il est difficile de prendre soin de l'autre quand on ne va pas bien soi-même* ». (4)

Cette transition entre le statut d'étudiant et le statut d'interne est toujours brutale : un étudiant de 6^{ème} année se retrouve propulsé interne de neurochirurgie, de pneumologie ou de gynécologie et doit assumer de grandes responsabilités du jour au lendemain car devenu référent de sa spécialité alors qu'il n'y a pas encore été formé. Outre cette exigence en termes de connaissances et de pratiques, les internes se retrouvent confrontés à la réalité de la maladie, de la souffrance et de la mort tout autre que celle qu'ils ont connue pendant leurs études : à eux les annonces de diagnostics de maladie grave, les gardes d'étage avec la responsabilité de centaines de patients, les constats de décès et la prise en charge des familles. Ce contexte très stressant avec une charge de travail conséquente (en moyenne plus de 60 heures par semaine) n'est en plus pas stabilisé par l'organisation même de l'internat qui impose de changer tous les six mois de service et d'équipes avec lesquelles il faut réapprendre à travailler.

Pour s'adapter à ces situations, les internes doivent faire preuve d'une grande résistance physique et psychologique. Il est traditionnellement admis que l'interne travaille beaucoup et qu'il ne se plaint pas malgré les abus et les humiliations, c'est l'incarnation du « médecin indestructible ». Il n'est dès lors pas étonnant que plus de 66% des jeunes et futurs médecins souffrent d'anxiété contre 26% de la population française, et que près de 28% soient atteints de troubles dépressifs contre 10% de la population générale. (*Enquête ISNI 2016*) (5).

Les bien connues soirées d'internat sont pour la plupart des internes des espaces de décompression où les excès sont de rigueur : tabac, cannabis, alcool, etc. On peut noter

l'ambivalence entre les messages de santé publique relayés par les internes lors de leur exercice professionnel, et leur attitude vis-à-vis de leur propre santé.

Ces constatations sur le mal-être des internes semblent se poursuivre une fois leur diplôme obtenu, puisqu'une enquête de 2017 du Conseil National de l'Ordre des Médecins (*CNOM 2017*) (6) chez 10 000 médecins a objectivé que près de 25% des médecins se considèrent en moyenne ou mauvaise santé avançant comme raison une charge de travail trop importante et un manque d'activité physique. Plus inquiétant, 13% des répondants ont déclaré avoir déjà eu des idées suicidaires (7).

Forts de ces observations, nous nous sommes interrogés sur l'état de santé des internes de médecine de la Faculté d'Aix-Marseille, qui exprimaient tout récemment encore leurs inquiétudes et leur mal-être dans un article de mars 2018 : *Marseille : le cri d'alarme des internes de la Timone* (8). Comment se perçoivent-ils physiquement et psychologiquement ? Quel impact leur activité professionnelle a-t-elle sur leur santé ? Comment assurent-ils leur suivi médical ?

Nous sommes partis de l'hypothèse que les internes présentent un état de santé moyen tant physiquement que psychologiquement, qu'il existe un lien avec leur activité professionnelle et que leur suivi médical ambulatoire et par la médecine du travail est insuffisant ou inadapté.

L'objectif principal de cette étude était de faire un état des lieux de l'état de santé des internes de la Faculté d'Aix-Marseille.

Les objectifs secondaires étaient de rechercher une différence entre les internes de médecine générale et les internes de spécialité, entre les internes de première année et les autres, ainsi qu'entre les hommes et les femmes.

Les résultats ont enfin été mis en relation avec ceux d'autres études réalisées en France dans des populations similaires.

II. Matériel et Méthode

Il s'agit d'une étude observationnelle, transversale, anonyme, auto-déclarative basée sur le volontariat.

La population source : l'ensemble des internes de Médecine générale et Spécialités dépendants de la Faculté de Médecine d'Aix-Marseille (odontologie et pharmacie exclus).

Un questionnaire de 40 questions (**Annexe 17**), réparties en 7 thématiques a été soumis aux internes. Les réponses étaient obligatoires, hormis les questions « Justifiez ». Ce questionnaire était inspiré de celui utilisé par le Dr J.LACHENAL *Montpellier, 2017* (9).

Le questionnaire a été diffusé via les différents groupes Facebook des internes de Médecine (Générale et Spécialités) de Marseille, à 5 reprises, du 4 avril 2018 ; la première relance le 04 avril 2018, recueil des données clôturé le 24 mai 2018. Il a aussi envoyé à tous les secrétariats des services de l'APH-AM durant le mois d'avril 2018 qui les ont relayés aux internes de leurs services respectifs. Il n'était pas possible de distinguer précisément les réponses obtenues après « relance » de celles obtenues après sollicitations des secrétaires de l'APHM.

Le nombre de questionnaires récupérés ont été successivement :

- 118 réponses au premier envoi
- 155 réponses à la « première relance »
- 21 réponses à la « seconde relance »
- 27 réponses à la « troisième relance »
- 16 réponses à la « quatrième relance »
- 16 réponses à la « cinquième relance »
- 2 réponses à la « sixième relance »

Données recueillies sur un tableur EXCEL (Google Doc).

Questionnaire (**Annexe 17**) et résultats complets mis en annexe (**1 à 16**).

Une description globale de l'ensemble de l'échantillon sera réalisée en donnant les fréquences des différentes catégories pour les variables qualitatives.

La comparaison entre les groupes « internes de médecine générale » et « internes de spécialité », et « femmes » et « hommes », les internes de première année contre les internes des années supérieures et les internes travaillant 48 heures versus ceux travaillant plus de 48 heures hebdomadaires sera faite par le test du Chi-2 ou le test exact de Fisher si les conditions de validité ne sont pas respectées.

Le seuil de significativité sera fixé à 1% bilatéral pour tous les tests utilisés.

Les statistiques ont été réalisées à l'aide du site BIOSTATGV ; (<https://marne.u707.jussieu.fr/biostatgv/?module=tests>)

Puis les données obtenues ont été confrontées aux données disponibles concernant la population générale française :

- Addictions du Grand-Est, Consommations de substances psychoactives et offre médicosociale (2016) réalisé par l'OFDT (Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies) & l'ARS Grand-Est (10) ;
- L'état de santé de la population en France, (2015 & 2017) réalisée par la DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, des Evaluations et des Statistiques), branche du Ministère des Affaires Sociales et de la Santé (11,12) ;
- La santé des étudiants et jeunes médecins (2016), menée par la commission jeunes médecins du CNOM (Conseil National de l'Ordre des Médecins) (7) ;
- Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité (2012), conduite par l'INSERM (Institut Nationale de la Santé Et de la Recherche Médicale) et les entreprises Kantar Health et Roche (13) ;
- Médicaments psychotropes : consommation et pharmacodépendance, (2012), rapport de l'INSERM (14) ;
- Etat des lieux de la consommation de benzodiazépines en France, (2013), rapport de l'ANSM (Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé) (15) ;
- Les niveaux d'usage des drogues illicites en France en 2014 édité par l'OFDT (Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies) (16) ;
- Couverture vaccinale, (2014), données publiées par l'InVS (Institut de Veille Sanitaire) (17) ;

Nom de l'étude	Année	Faite par ou à la demande de	Méthodologie
L'état de la santé de la population en France (ESPF2015 ; ESPF 2017) (11,12)	2015 & 2017	DRESS	Données issues de : - SNIIRAM - Baromètre Santé 2010 (INPES) - Enquête OBEPI - INSEE
La santé des étudiants et jeunes médecins (SEJM) (7)	2016	Commission jeunes médecins du CNOM	- 7858 étudiants et jeunes médecins - E-mailing avec questionnaires
Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité (OBEPI) (13)	2012	- INSERM - Kantar Health - Roche	- 20 000 foyers - Questionnaires adressés par voie postale
Consommation de psychotropes en France (14)	2012	INSERM	Données issues de : - Baromètre santé 2010 (INPES) - OICS - ESEMED
Etat des lieux de la consommation de benzodiazépines en France (15)	2013	ANSM	Données issues de : - Rapport ANSM 2012 - Assurance Maladie - Pharmacovigilance
Les niveaux d'usage des drogues illicites en France en 2014 (16)	2014	OFDT	Données issues du Baromètre Santé 2014 (INPES)
Couverture vaccinale (17)	2014	InVS	Données issues de : - CNAMTS - Enquête santé (INSEE) - Enquête santé et protection sociale (IRDES) - Baromètre Santé 2013 (INPES)

Les données de l'étude ont été également comparées aux données issues de différentes thèses de médecine portant sur la même thématique et réalisées dans sept régions de France :

- *Troubles anxio-dépressifs chez les internes en médecine. Prévalence, facteurs de risque et prévention. A propos d'une étude nationale.* Lesly Sarah Grichy – Université de Paris Diderot – Paris 7, 2017 (18)
- *Etat de Santé et suivi médical des internes du Languedoc-Roussillon.* Jérémie Lachenal – Université de Montpellier, 2017 (9)
- *Comment les internes picards prennent-ils en charge leur santé en termes de prévention, de dépistage et d'automédication ?* Vincent Delahaye – Faculté d'Amiens, 2015 (19);
- *L'état de santé physique et mentale des internes en médecine générale : état des lieux en Ile-de-France.* Clio Koyadinovitch – Université de Créteil, 2014 (20);
- *Comment les internes en médecine générale prennent-ils en charge leur propre santé ? Enquête menée auprès des internes en médecine générale de la faculté de Poitiers.* Olivia Ridet – Université de Poitiers, 2013 (21);
- *Le suivi médical des étudiants en diplôme d'études spécialisées (DES) de médecine à la faculté d'Angers.* Thibaud Le Quintrec – Université d'Angers, 2013 (22);
- *Comment les internes de Rennes prennent-ils en charge leur santé, sur le plan préventif, physique et psychique ?* Claire Schreck – Université de Rennes, 2013 (23) ;
- *Évaluation des facteurs de décompensation des internes en région Centre.* Jean Robert et Nicolas Garceran – Université de Tours, 2008 (24)

Auteur(e)(s)	Population d'internes cible	Structure du questionnaire	Nombre de contactés	Nombre de répondants	Période
L. Grichy	Toutes les spécialités	74 questions	-	8756	Janvier-avril 2017
J. Lachenal	Toutes les spécialités	36 questions 7 thématiques	1114	480 (43.1%)	Mai 2015 à Octobre 2015
V. Delahaye	Toutes les spécialités	47 questions 10 thématiques	686	318 (46,4%)	Octobre 2014 à décembre 2014
C. Koyadinovitch	Médecine générale	54 questions	1116	279 (25,0%)	Octobre 2012 à février 2013
O. Ridet	Médecine générale	21 questions 4 thématiques	340	128 (37,6%)	Décembre 2012 à février 2013
T. Le Quintrec	Toutes les spécialités	49 questions 5 thématiques	147	119 (80,9%)	Septembre 2012 à novembre 2012
C. Schreck	Toutes les spécialités	49 questions 8 thématiques	713	315 (44,2%)	Avril 2012 à juillet 2012
J. Robert, N. Garceran	Médecine générale	3 thématiques	121	110 (90,9%)	2 ^{ème} semestre année scolaire 2007/2008

III. Résultats

NB : toutes les données sont consultables sous forme de tableaux dans la partie « Annexe »

III.1. Population de l'étude (Annexe 1)

La Faculté de Médecine d'Aix-Marseille accueillait pour l'année universitaire 2017-2018 un peu moins de 1600 internes, répartis de la façon suivante (chiffres fournis par l'ARS (25)) :

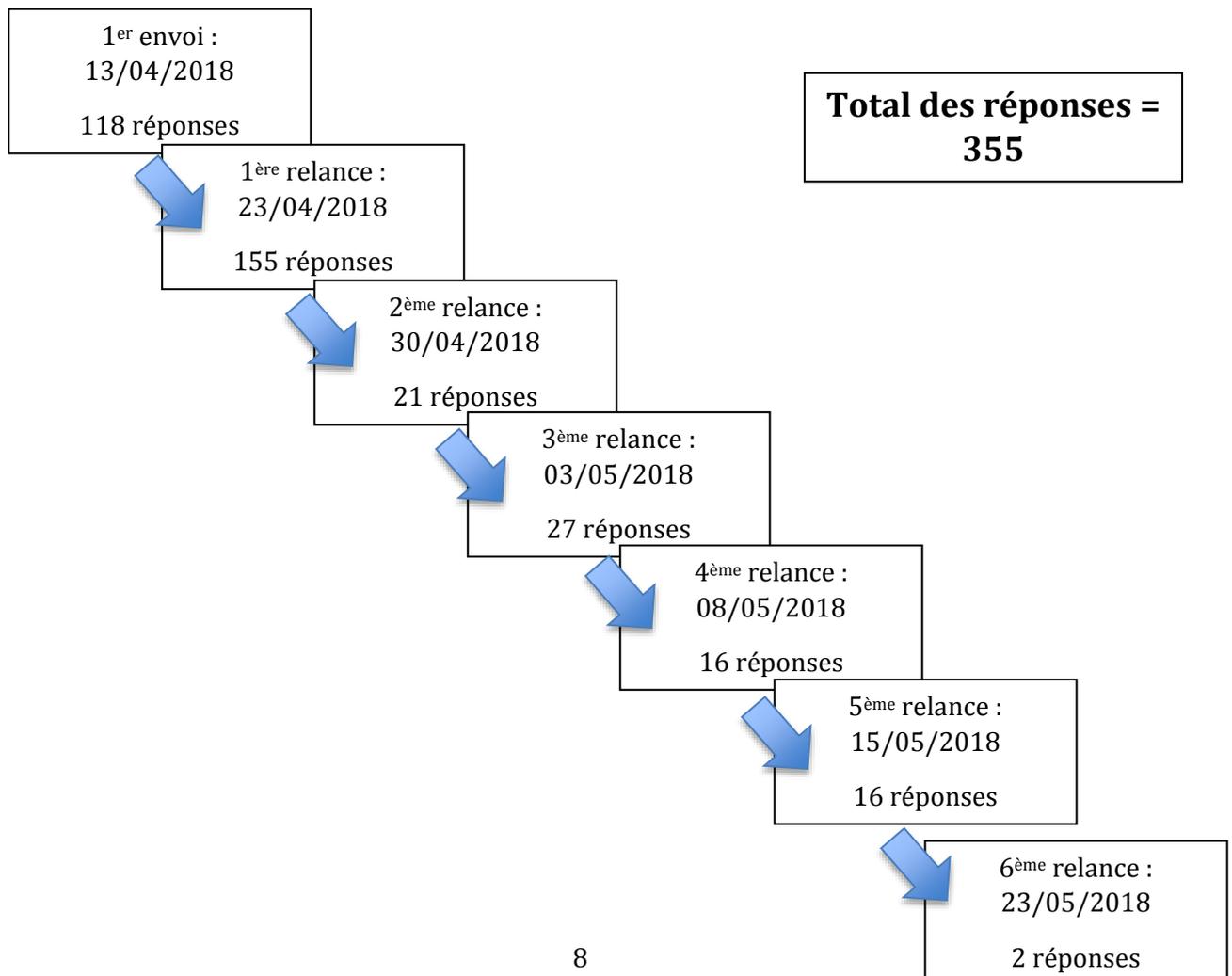
Total internes	Hommes	Femmes	IMG	IS	1 ^{ère} année d'internat	Années supérieures d'internat
1567	-	-	631	936	405	1162

Tableau 1 : détails de la répartition des internes de la Faculté d'Aix-Marseille (chiffres fournis par l'ARS).

On note que la durée de l'internat de Médecine Générale est de trois ans, contre trois à cinq ans pour les internats des autres spécialités. (26).

Pour notre étude, le lien du questionnaire était relayé parmi les différents groupes Facebook regroupant les internes d'Aix-Marseille (membres « SAIHM-Asso des Internes de Marseille », « Internes De Marseille ! », membres « Internes MG Marseille »), et les secrétaires de services hospitaliers de l'AP-HM.

Un système de relance a été fait pour maximiser le nombre de répondants :



La dernière relance a eu lieu le 23 mai 2018. Au vu de la diminution des réponses recueillies au fur et à mesure des relances, nous n'avons pas fait d'autre relance et avons clôturé le recueil des données le 30 mai 2018. Nous avons reçu 355 questionnaires, ce qui représente 22,65% des internes toutes spécialités confondues.

Les caractéristiques des internes répondants étaient les suivantes :

	Hommes (n=119)	Femmes (n=236)	Totaux
- Médecine générale (n=171)	53 (31,0%)	118 (69,0%)	48,2 %
- Spécialité autre que MG (n=184)	66 (35,9%)	118 (64,1%)	51,8 %
Année d'internat			
- 1 ^{ère} année (n=62)	17 (27,4%)	45 (72,6%)	17,5 %
- 2 ^{ème} , 3 ^{ème} , 4 ^{ème} et 5 ^{ème} année (n=293)	102 (34,8%)	191 (65,2%)	82,5 %

Tableau 2 : Répartition des internes répondants

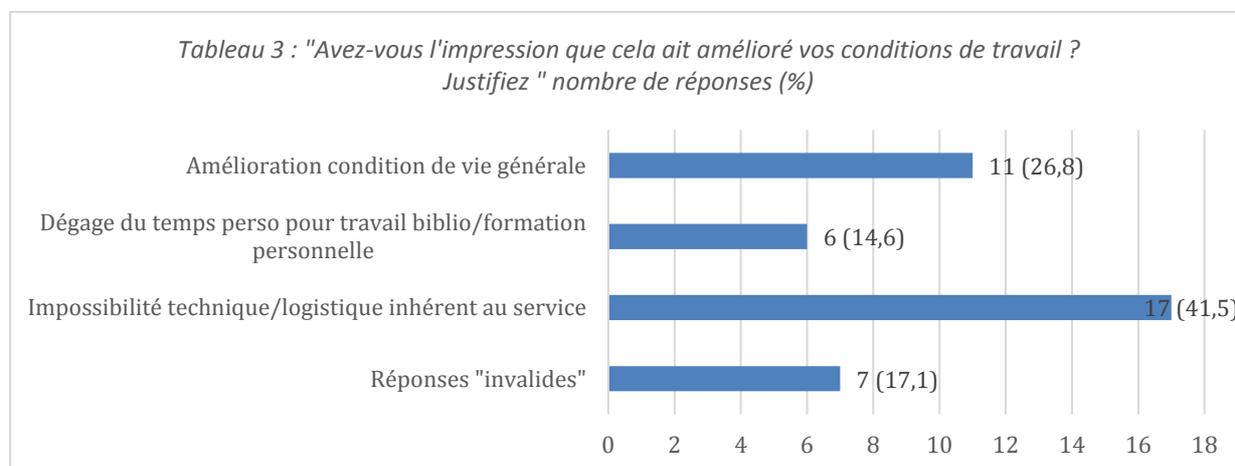
Nous avons choisi de séparer les premières années d'internat des années supérieures afin de dépister un impact de l'avancement du cursus sur l'état de santé.

III.2. Evaluation des conditions de travail (Annexe 2)

A la question "les 48 heures hebdomadaires sont-elles respectées dans votre service ? », 211 (59,4%) internes ont répondu non, et 144 (40,6%) internes ont répondu oui.

Parmi ces 144 internes travaillant dans des services appliquant les 48 heures hebdomadaires, 82 (56,9%) internes estimaient un impact mélioratif sur leurs conditions de travail. Parmi les internes de deuxième année et plus, ce score montait à 73,2%. (Nous n'avons retenu que pour cette question que les internes ayant répondu « Oui » à la question précédente).

A la question « Justifiez », on relevait une diversité des réponses, certaines argumentant sur l'impact positif de la réforme, d'autres sur les raisons de la non-application dans leur service. Sept d'entre elles ne répondaient pas du tout à la question.



III.3. « Comment considérez-vous votre état de Santé PHYSIQUE ? » (Annexe 3)

Sur 355 répondants, 185 (52,1%) ont déclaré avoir un état de santé excellent ou bon (Nous n'avions pas donné de définition précise aux réponses proposées, laissant le choix d'une libre interprétation aux répondants). Il n'y avait pas de différence significative entre les hommes et les femmes, les internes de médecine générale et les internes de spécialités, et les 1^{ères} années et les autres années.

Le nombre d'heures hebdomadaires travaillées (plus ou moins 48 heures) n'impactaient pas l'état de santé physique déclaré ($p= 0,37$) (*Annexe 3 bis*).

142 internes (40,0%) ont dit faire de l'exercice physique au moins 30 minutes trois fois par semaine, sans différence significative selon le sexe (45,4% des hommes ($n=54$) et 37,3% des femmes ($p= 0,72$)).

Parmi les internes ayant déclaré travailler au maximum 48 heures hebdomadaires, 70 internes (48,6%) faisaient de l'exercice physique au moins trois fois 30 minutes par semaine, contre 72 internes (31,1%) travaillant plus de 48 heures hebdomadaires ($p=0,008$) (*Annexe 3bis*).

Malgré les recommandations de santé publique, moins de la moitié des répondants (48,4%, 172 internes) ont indiqué consommer au moins trois portions de fruits ou légumes par jour, sans différence significative entre les hommes et les femmes. Cependant, la définition d'une alimentation équilibrée était très restrictive, car elle se basait uniquement sur la consommation de fruits ou légumes, sans prendre en compte la consommation de sel, d'aliments gras et/ou sucrés, de la prise de repas à horaires réguliers, etc. Par ailleurs, l'OMS recommande la consommation de cinq portions de fruits/légumes par jour (27). Nous avons choisi un critère plus bas (trois portions / jour) pour deux raisons : mettre en relief s'il existait le mauvais équilibre alimentaire des internes, et pouvoir comparer les résultats avec celui obtenu dans l'étude de *Montpellier, 2016* (9), qui était une étude proche.

Concernant la qualité alimentaire, seule une tendance semblait se dessiner en faveur des internes travaillant 48 heures hebdomadaires maximum ($n= 82$; 56,9%), contre 90 (42,7%) internes travaillant plus (*Annexe 3bis*).

38 internes (10,7%) présentaient un IMC supérieur à 25 kg/m² (16 internes masculins et 22 femmes). On observait par ailleurs **une forte proportion de femmes en situation de maigreur (28 femmes soit 11,9%), par rapport aux hommes (1,7% des hommes) ($p=0,003$).**

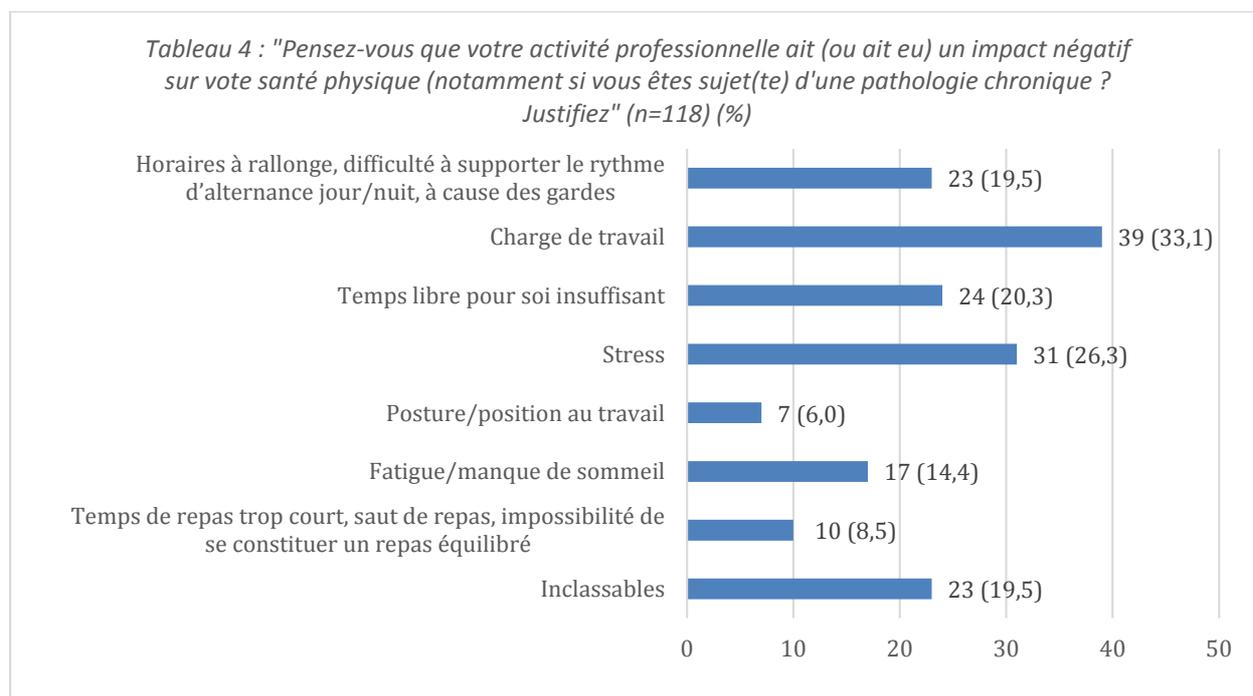
Le nombre d'heures travaillées hebdomadaires n'affectait pas l'indice de masse corporelle (*Annexe 3 bis*).

233 (65,6%) des internes interrogés ont estimé que leur activité professionnelle avait un impact négatif sur leur santé physique, soit presque deux internes sur trois. Il n'y avait pas de différence selon le sexe, la spécialité et l'avancement dans l'internat.

En revanche, un impact négatif était plus ressenti par les internes ayant déclaré un état de santé physique au mieux « Moyen ». Tous les sous-groupes étudiés présentaient tous des taux au-dessus de 80% (86,5% pour l'ensemble des internes, 83,0% des hommes, 87,8% des femmes, 82,9% des internes de médecine générale, 89,8% des internes de spécialités, 86,2% des néo-internes, et 86,5% des internes des années supérieures) (*Annexe 3 ter*).

Les internes travaillant plus de 48 heures hebdomadaires ($n= 150$: 71,1%) semblaient incriminer plus que ceux qui travaillaient 48 heures au plus ($n= 8$: 57,6%) ($p= 0,012$) (*Annexe 3 bis*).

Les justifications rapportées étaient les suivantes : *(il y a eu plus de réponses que répondants, car plusieurs raisons pouvaient être évoquées au sein des réponses)* **(Annexe 4)** :



La charge de travail était le facteur principal dénoncé impactant négativement la santé pour 39 des internes, soit 10.9%. Nous n'avons quantifié les nombres d'heures de travail dans notre étude, mais il était estimé selon la littérature que le temps de travail moyen était de 60 heures par semaine (*Le Quotidien du Médecin* (28), malgré le *décret n°2015-225 du 26 février 2015 relatif au temps de travail des internes* (29) qui déclare que « La formation en stage ainsi que la demi-journée de formation hors stage mentionnée au 1° du III de l'article R. 6153-2 ne peuvent excéder quarante-huit heures par période de sept jours, cette durée étant calculée en moyenne sur le trimestre. »

III.4. « Comment considérez-vous votre état de Santé PSYCHOLOGIQUE ? » **(Annexe 5)**

Sur 355 répondants, 202 internes (56,9%) ont déclaré un état psychologique excellent ou bon, ce qui était un peu supérieur aux chiffres communiqués sur l'état de santé physique (n=185 ; 52,1%). Il n'y avait pas de différence significative entre les hommes et les femmes, les internes de médecine générale et les internes de spécialités et les 1ères années et les autres années. Les internes (n= 91 ; 63,2%) travaillant au plus 48 heures hebdomadaires semblaient ressentir un meilleur état de santé que ceux travaillant plus de 48 heures par semaine (n= 111 ; 52,6%) (p= 0,06) **(Annexe 5 bis)**.

Parmi les 355 internes répondants, 79 internes (22,2%) ont déclaré ressentir une humeur triste au moins une fois par semaine, au moment du questionnaire, sans différence selon le sexe, la spécialité ou l'année d'internat.

Il n'y avait pas de différence de la fréquence de ressenti d'humeur triste non plus selon le nombre d'heures hebdomadaires travaillées (plus ou moins de 48 heures) **(Annexe 5 bis)**.

Durant l'année passée d'internat, 53 internes (14,9%) ont eu des idées suicidaires. Pour 14 internes (3,9%), ces pensées se sont manifestées au moins une fois par semaine, et pour 3 (0,8%) quotidiennement. On ne relevait pas de différence significative entre les sous-groupes étudiés, ni par le nombre d'heures hebdomadaires travaillées (plus ou moins 48 heures) **(Annexe 5 bis)**.

143 internes (40,3%) ont dit ressentir de l'anxiété à minima « souvent ». **Les femmes étaient significativement plus sujettes à souffrir de l'anxiété à minima souvent (n=107 ; 45,3%), contre 36 hommes (30.2%), (p = 0.008).** Il n'y avait pas de différence entre les internes de médecine générale et les internes de spécialités, ni entre les 1ères années d'internat et les années supérieures.

Le ressenti d'un sentiment d'anxiété à minima « souvent », n'était pas impacté par le nombre d'heures travaillées hebdomadaires (plus ou moins de 48 heures) (*Annexe 5 bis*).

Les troubles du sommeil survenant au moins une fois par semaine concernaient 72 internes (20,3%), sans différence entre les hommes et les femmes, les internes de médecine générale et les internes de spécialités, ni entre les 1ères années d'internat et les années supérieures.

Les internes travaillant plus de 48 heures hebdomadaires (n= 50 ; 23,7%) semblaient présenter un peu plus de troubles du sommeil que ceux travaillant dans des services respectant cette limite (n=22 ; 15,3%), mais sans que cela ne soit significatif statistiquement (p= 0,07) (*Annexe 5 bis*).

La fatigue était l'élément perturbateur de leur état de santé psychologique le plus souvent rapporté par les internes d'Aix-Marseille. 198 internes (55,7%) disaient en ressentir à minima « la plupart du temps », voire même quotidiennement pour 39 (10,9%) d'entre eux. Il n'y avait pas de différence selon le sexe, les internes de médecine générale et les internes de spécialités, ni entre les 1ères années d'internat et les années supérieures.

Le ressenti d'une fatigue à minima « la plupart du temps », n'était pas impacté par le temps de travail déclaré (plus ou moins de 48 heures hebdomadaires).

Les trois questions suivantes ont été inspirées du Maslach Burnout Inventory (MBI) (30) (*Annexe 19*) un outil auto-évaluatif mesurant le syndrome d'épuisement professionnel (burnout).

La version originale du MBI comporte 22 questions permettant d'explorer trois dimensions :

- le sentiment d'épuisement émotionnel (SEP) (9 questions) : lié au rapport avec un travail vécu comme difficile, fatiguant, stressant.
- la déshumanisation ou dépersonnalisation (SD) (5 questions) : baisse de considération positive à l'égard des autres, attitude de distance émotionnelle importante, avec discours cyniques et dépréciatifs.
- l'accomplissement personnel au travail (SAP) (8 questions) : assure un épanouissement au travail, un regard positif sur les réalisations professionnelles.

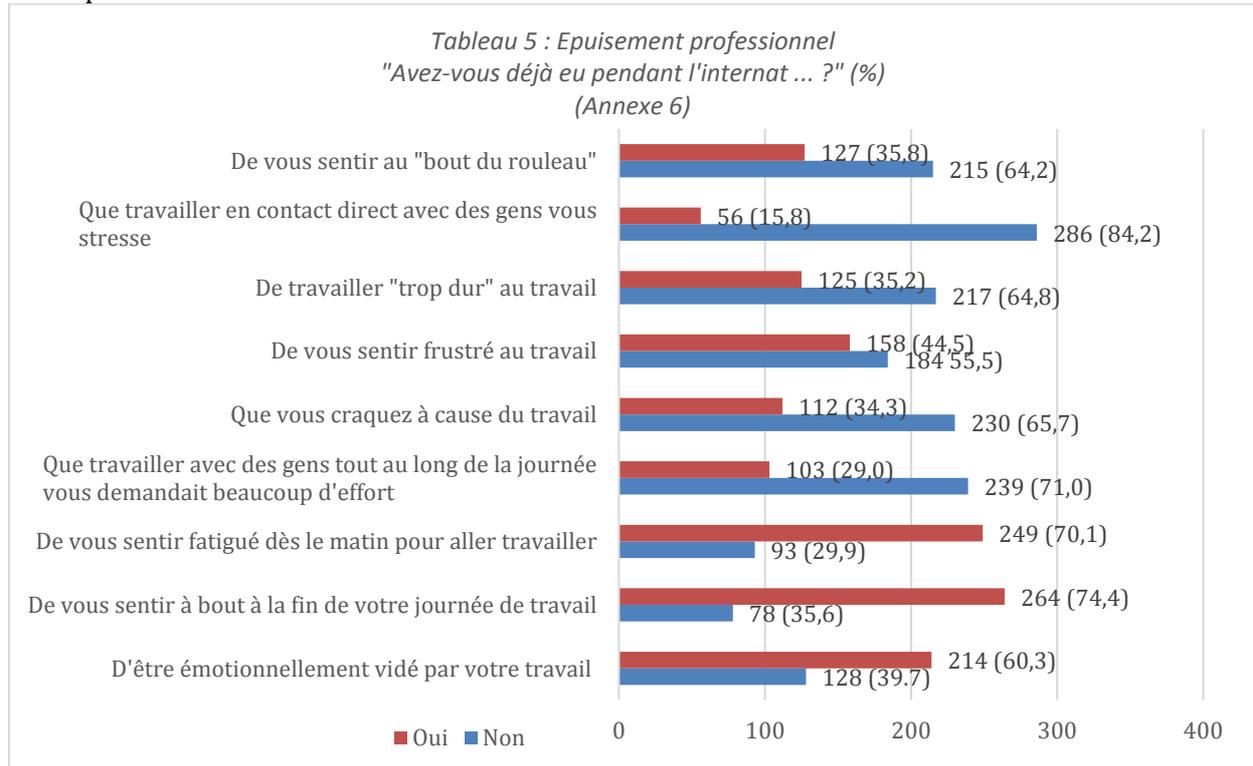
Pour chaque question, sept réponses fréquentielles sont proposées, de « jamais » (0 point), à « chaque jour » (6 points).

L'addition des points donne un score pour chaque échelle : le SEP (score d'épuisement professionnel), le SD (score de dépersonnalisation) et le SAP (score d'accomplissement au travail), et permet de situer l'état de burnout du sujet. Un SEP et un SD élevés associés à un SAP faible sont révélateurs d'un fort degré de burnout.

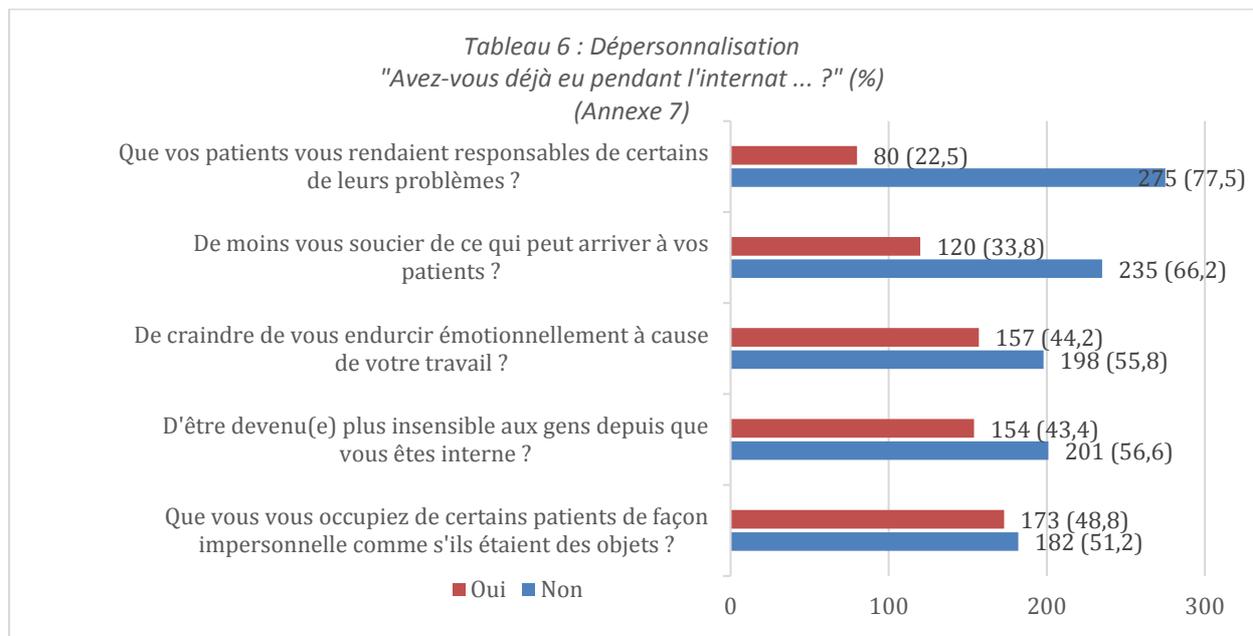
Pour plus de facilité, nous avons adapté le MBI à notre questionnaire. Les 22 questions ont été remaniées afin d'offrir uniquement deux choix de réponses : oui ou non. . Un seuil a été déterminé arbitrairement, pour définir une positivité à chaque échelle et essayer de ne pas sous-estimer le résultat, moins précis que dans la version originale du MBI :

- épuisement professionnel : au moins 6 réponses « oui » sur les 9 questions
- dépersonnalisation : au moins 4 réponses « oui » sur les 5 questions
- accomplissement personnel : au moins 7 réponses « oui » sur les 8 questions

Les réponses aux différents items ont été :

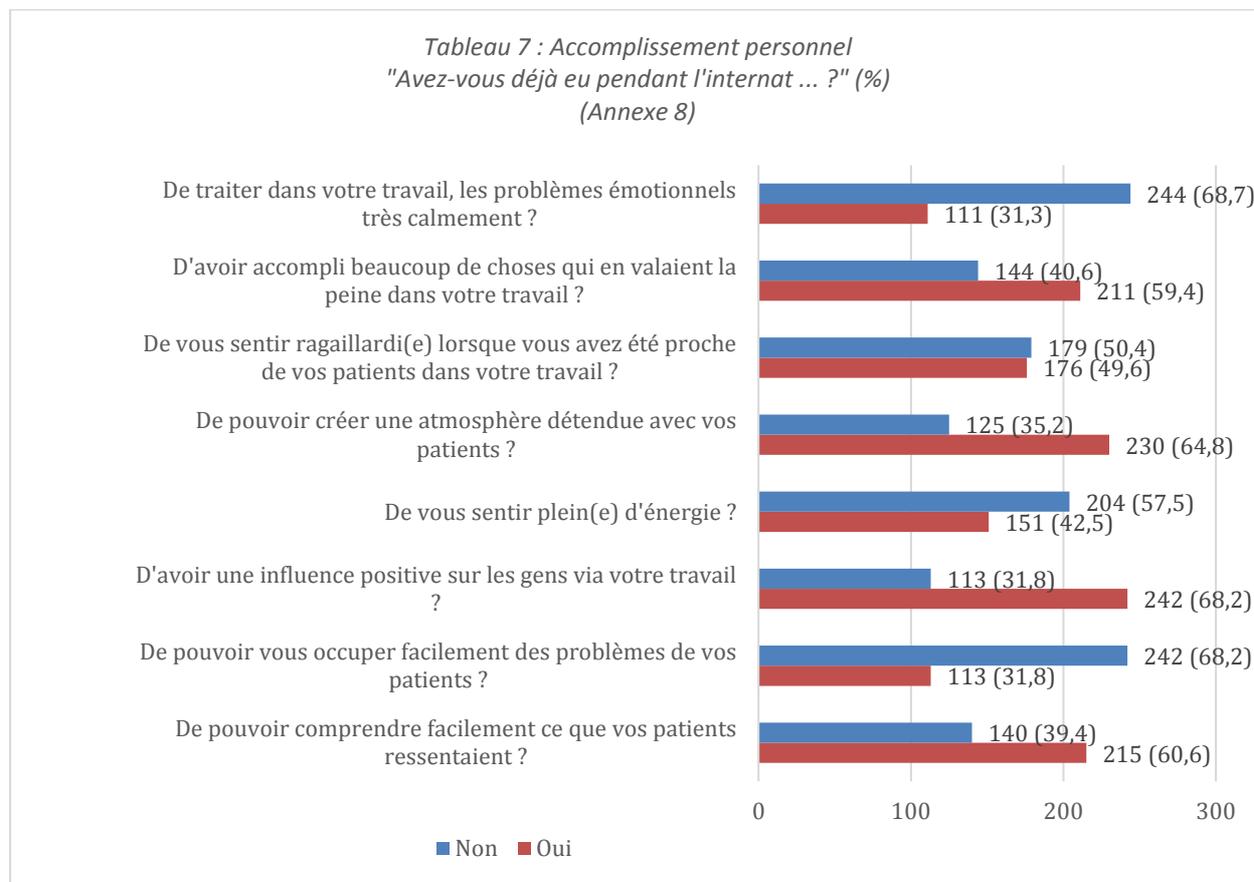


84 (23,7%) internes ont répondu « oui » à au moins six propositions explorant l'épuisement professionnel, durant leur internat. Il n'y avait pas de distinction entre les hommes et les femmes, les internes de médecine générale et les internes de spécialités. Une tendance semblait se dégager en faveur d'une augmentation de l'épuisement professionnel avec la progression dans l'internat, mais non significative statistiquement (73 internes des années supérieures (24,9%), contre 11 internes de 1^{ère} année (17,7%) (p= 0,42) (**Annexe 6**).

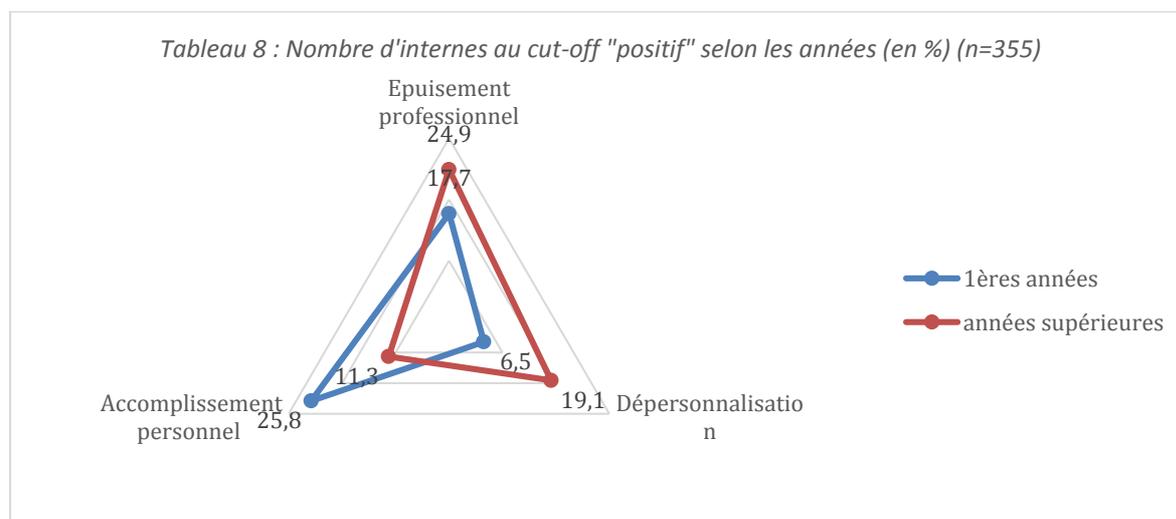


Concernant le sentiment de dépersonnalisation, 60 internes (16,9%) ont répondu « oui » à au moins quatre items, sans différence entre les hommes et les femmes, les internes de médecine générale et les spécialités. Une tendance semblait se dégager en faveur d'une dégradation du sentiment de dépersonnalisation avec la progression dans l'internat, mais non significative

statistiquement là encore (56 internes des années supérieures (19,1%) contre 4 internes de 1^{ère} année (6,5%), ($p = 0.03$) (**Annexe 7**).



49 internes (13,8%) ont répondu « oui » à 7 ou plus items portant sur l'accomplissement personnel durant l'internat. **Une dégradation de cet axe statistiquement significative était observée avec la progression dans l'internat ($p=0.009$), 16 néo-internes (25,8%) s'accomplissant personnellement au travail contre 33 (11,3%) des internes des années supérieures.** Le sexe ou la spécialité ne montraient pas de différences (**Annexe 8**).



Pour faire face à ces situations de stress, nous avons voulu savoir si les internes usaient des médicaments. A la question explorant la consommation d'anti-dépresseurs, anxiolytiques ou

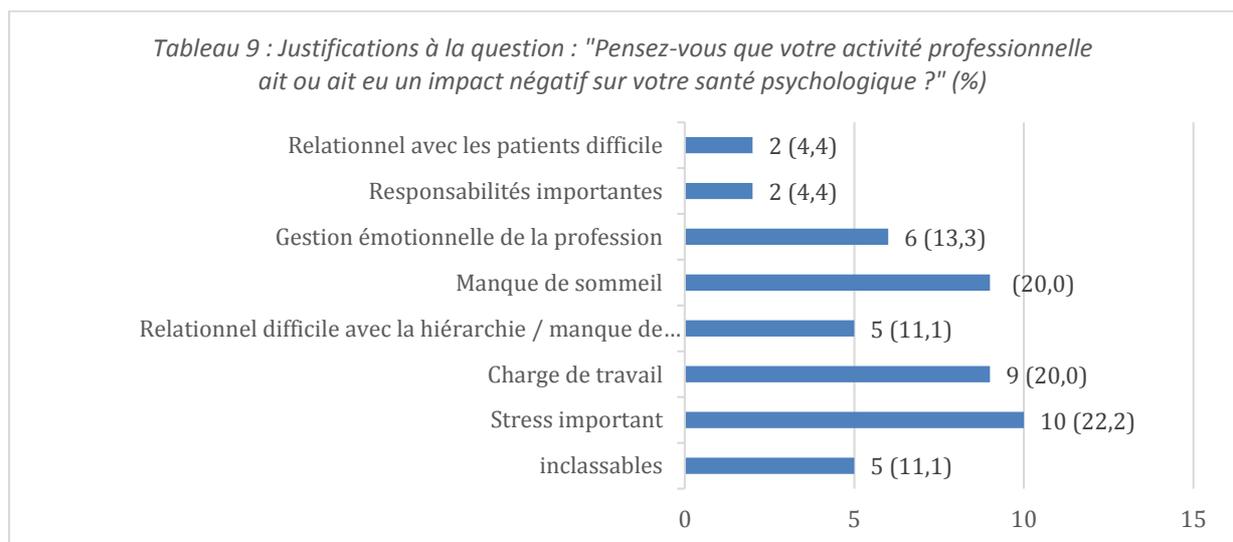
somnifères, 80 internes (22,5%) ont répondu y avoir eu recours durant l'année passée d'internat. (**Annexe 9**)

Il n'y avait pas de différences statistiquement significatives mises en évidence, concernant l'usage de psychotropes selon l'état de santé psychologique déclaré, ni selon le nombre d'heures travaillées (**Annexe 9 bis & ter**).

237 (66,8%) des internes interrogés ont estimé que leur activité professionnelle avait ou avait eu un impact négatif sur leur santé psychologique, soit deux internes sur trois. **Les femmes ressentent plus fortement l'impact négatif de leur activité professionnelle sur leur santé psychologique (p =0.008) (Annexe 9)**

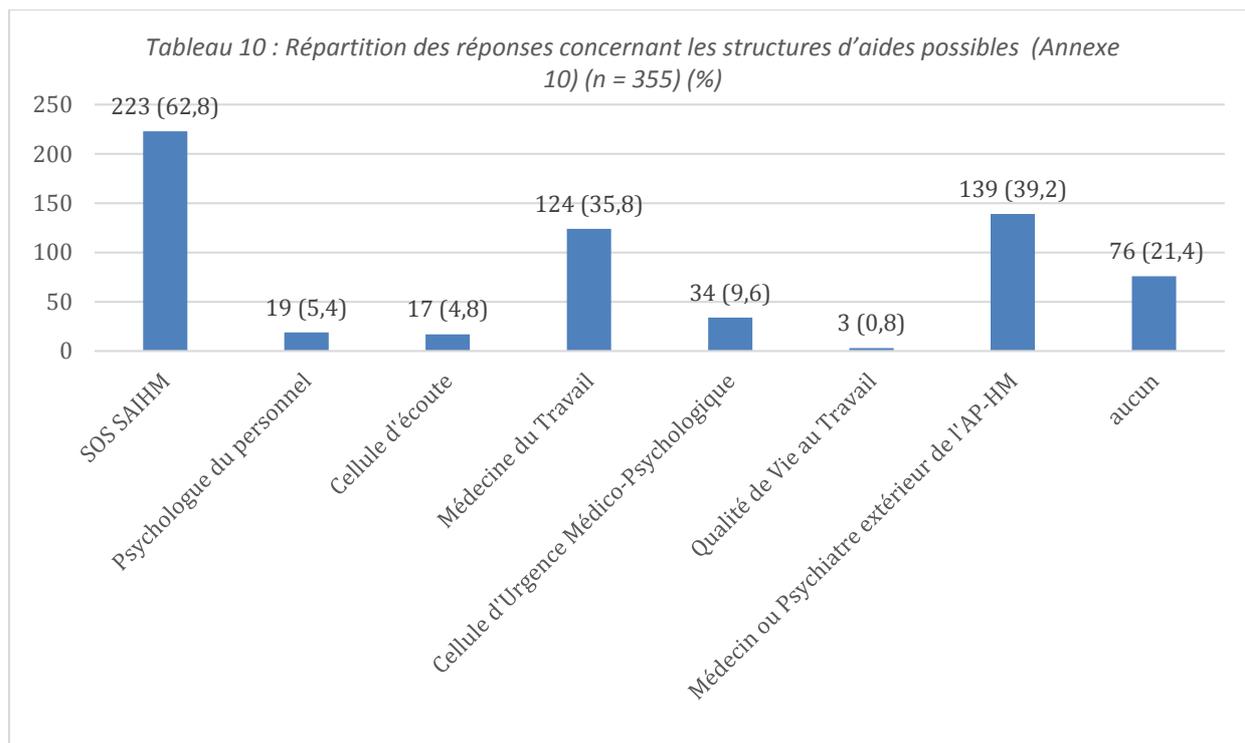
Parmi les internes qui avaient déclaré un état de santé psychologique au mieux moyen, 142 (92,8%) d'entre eux pointé l'impact de leur activité professionnelle sur leur mauvais état de santé psychologique. Dans les autres sous-groupes étudiés, les scores retrouvés oscillaient entre 88,9% et 96%. (**Annexe 9 bis**)

Les justifications apportées par les internes à propos de l'impact de leur activité professionnelle sur leur état de santé psychologiques étaient les suivantes : (**tableau 9** : 45 réponses. Il y avait plus de réponses que de répondants, car parfois plusieurs raisons évoquées dans une seule réponse) :



Le stress (qui pouvait être assimilé à des sentiments d'anxiété) et le manque de sommeil (assimilable à de la fatigue) ont été avec la charge de travail les principales raisons fournies. Cette dernière avait été d'ailleurs la principale raison évoquée concernant l'impact professionnel sur l'état de santé physique (**Annexe 4**).

A la question « En cas de problème psychologique, connaissez-vous une ou plusieurs des structures suivantes que vous pouvez appeler ? (plusieurs choix possibles) » ; 1/5^{ème} des internes (n=76 ; 21,4%) ont déclaré ne connaître aucune structure d'aide. A l'inverse, « SOS SAIHM » (la structure d'aide mise en place par l'association des internes SAIHM) était connu de presque des 2/3 des internes (n=223 ; 62,8%). Enfin plus d'1/3 (n= 139 ; 39,2%) citait le recours à un confrère médecin extérieur à l'AP-HM. Les autres structures proposées étaient citées par moins de 10% des internes (**Annexe 10**).



III.5. Conduites addictives (Annexe 11)

90 (25,4%) internes se sont déclarés fumeurs de tabac. Il n'y avait pas de différence mise en évidence entre les hommes et les femmes, les internes de médecine générale et les internes de spécialités, ni entre les 1ères années et les années supérieures.

Concernant la consommation d'alcool, 97 internes (27,3%) ont signifié avoir un comportement à risque : 65 internes (18,3%) ont dit avoir un usage supérieur aux dernières recommandations de l'OMS (10 unités d'alcool par semaine, quel que soit le sexe) **Annexe 18**, et 32 internes (9,0%) ont indiqué un comportement d'alcoolisation ponctuelle importante (API).

En termes de comportements à risque de consommation d'alcool (plus de 10 verres par semaine ou API), les hommes (39 ; 32,8%) les internes de médecine générale (57 ; 33,3%) et les internes de première année (20 néointernes ; 32,3%), semblaient avoir une consommation plus importante par rapport à leurs homologues féminines (58 ; 24,8%) ($p=0,13$), de spécialités (40 ; 21,7%) ($p=0,019$), et les internes des années supérieures (77 ; 26,3%) ($p=0,42$). Mais ces différences n'étaient pas statistiquement significatives.

A la question de l'usage de cannabis, 98 internes (27,6%) en consommaient occasionnellement, 20 (5,6%), régulièrement, et 7 (2,0%) de manière (quasi)quotidienne. Au total 125 (35,8%) internes indiquaient en avoir consommé durant l'année passée.

Nous relevons dans l'année passée, une **consommation plus importante chez les hommes (n=54 ; 45,4%) que chez les femmes (n=71 ; 30.1%) (p= 0,006)**.

Les internes de médecine générale avaient été aussi des usagers plus importants de cannabis (n= 74 ; 43,7%), par rapport aux internes de spécialités (n=51 ; 27,7%) (p= 0,003), durant l'année passée.

Concernant les autres produits stupéfiants (MDMA, amphétamines, cocaïne, LSD, héroïne, kétamine ...), 83 internes (23,4%) indiquaient en avoir utilisé durant l'année passée d'internat. Pour la très grande majorité d'entre eux (71 internes ; 85,5% des répondants), cela avait été de manière

occasionnelle. La consommation **occasionnelle était plus forte chez les hommes (n=36 ; 30,3%) que chez les femmes (n=35 ; 14,8%) (p= 0,001),** Khi^2 corrigé de Yates = 10,81.

Une tendance d'une plus forte consommation semblait concerner les internes de médecine générale (46 internes ; 26,9% à avoir consommé des stupéfiants autres que cannabis durant l'année passée), contre 37 internes de spécialités (20,1%), mais sans que cela ne soit statistiquement significatif (p=0.17)

Un état de santé psychologique déclaré au mieux « Moyen » n'était pas un facteur de risque à un usage de substance addictive. Il n'existait pas de différence statistiquement significative en termes de consommation à risque d'alcool, ni à propos de la consommation à minima de cannabis ou autre substance et l'état de santé psychologique déclaré. **(Annexe 12)**

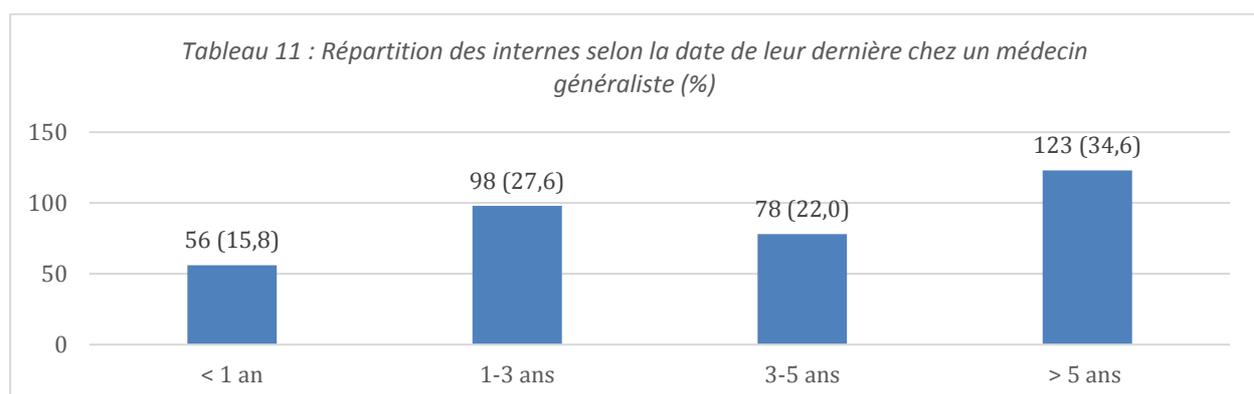
III.6. Suivi Médical (Annexe 13)

85,1% des internes (302 internes) pensaient avoir leurs vaccinations à jour. 27 (7,6%) ont déclaré ne pas être à jour, et 26 (7,3%) ignoraient leur statut vaccinal.

Concernant la réalisation d'une vaccination antigrippale annuelle, 260 internes (73,2%) déclaraient la faire. A ces deux questions, il n'y avait pas de différence entre les hommes et femmes, les internes de médecine générale et les internes de spécialités, ni entre les internes de 1^{ère} année et ceux des années supérieures.

Moins des 2/3 des internes (210, 59,2%) ont indiqué avoir un médecin traitant déclaré à l'Assurance Maladie. **Les internes de 1^{ère} année (47 internes, 75,8%) étaient significativement plus nombreux à en avoir déclaré un par rapport à leurs homologues des années supérieures (163 internes ; 55,6%) (p = 0.005).**

Concernant la date de la dernière consultation chez un médecin généraliste, celle-ci datait de moins d'un an pour 56 internes (15,8%). Cela remontait entre 1-3 ans pour 98 internes (27,6%), entre 3-5 ans pour 78 (22,0%) internes. Enfin, 123 internes (34,6%) n'avaient pas vu de médecin généraliste depuis plus de cinq ans. Il n'y avait aucune différence statistique entre les hommes et femmes, internes de médecine générale et les internes de spécialité, les internes de 1^{ère} année et ceux des années supérieures.



Il n'apparaissait pas de différence de recours au médecin généraliste durant l'année passée entre les internes au bon ou mauvais état de santé physique (p=0,84) ou psychologique (p=0,2) **(Annexe 14).**

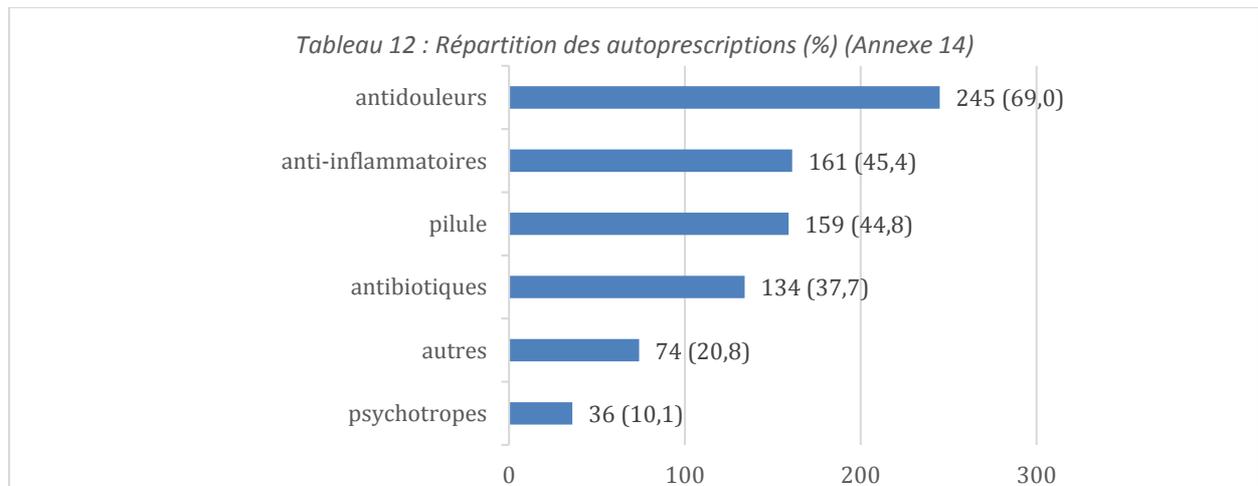
Concernant leur suivi dentaire, 4/5^{ème} des internes (n=282 ; 79,2%) ont consulté un dentiste dans les trois dernières années, dont la moitié dans l'année passée (143 internes, 40,3%). Le genre, la filière médicale ou l'année d'internat n'influençait en rien le suivi odontologique.

188 internes femmes (80,0%) ont consulté un gynécologue dans les trois dernières années. Nous avons choisi un seuil de trois ans, en nous calquant sur les recommandations de l'HAS (31) de la pratique d'un frottis cervico-vaginal tous les trois ans si les deux premiers à un an d'intervalle sont normaux, pour les femmes de 26-65 ans. La filière d'étude ou l'année d'internat n'avait pas de lien avec la réalisation ou non de cette consultation.

Le ressenti des internes vis-à-vis de leur suivi médical ambulatoire était sévère, puisque 279 internes (78,6%) le jugeaient au mieux « moyen », et 57 internes (16,1%) le considéraient comme « inexistant ». Les internes de spécialité (n= 149 ; 81%) semblaient plus sévères que leurs homologues de médecine générale (130 ; 76%), sans toutefois qu'une différence statistiquement significative soit mise en évidence (p = 0.31).

210 (59,2%) des internes interrogés ont estimé que leur activité professionnelle avait un impact négatif sur leur suivi médical. Cela était surtout pointé du doigt par **152 internes femmes (64,4%) comparativement aux hommes (n=58 ; 48,7%) (p= 0.006)**. En revanche, il n'y avait pas de différence significative entre les internes de médecine générale et les internes de spécialité, ni entre les internes de 1^{ère} année et ceux des années supérieures.

Un des moyens utilisés par les internes en réponse à un suivi médical difficile, était le recours à l'auto-prescription. Durant l'année passée, la quasi-totalité des internes (n=329 ; 92.7%) a indiqué y avoir eu recours. Ce moyen est apparu comme étant beaucoup **plus répandu parmi les internes des années supérieures (277 internes ; 94,5%) comparativement aux internes de 1^{ère} année (52 ; 83,9%) (p=0.007)**. Aucune différence n'était cependant relevée selon le genre et la spécialisation.

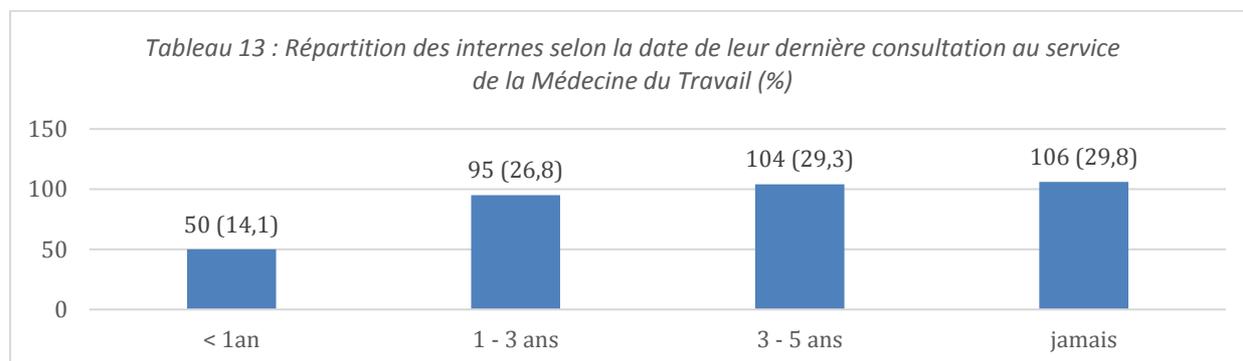


Les médicaments auto-prescrits par ordre de fréquence étaient : les antalgiques (245 internes ; 69,0%) et la pilule contraceptive (158 internes féminines ; 66,9%). Venaient ensuite les antibiotiques et les anti-inflammatoires (environ 40% des internes). 78 internes (20,8%) s'autoprescrivaient d'autres choses (examens de radiologie, kinésithérapie et autres ordonnances paramédicales ...). L'auto-prescription de psychotropes concernait 36 internes (10,1%), sans différence selon le genre, la filière d'étude, ou l'année d'internat.

Nous avons également exploré le suivi médical des internes par le service de médecine du travail. Légalement, tout nouveau travailleur doit bénéficier d'une visite d'information et de prévention (anciennement la visite médicale d'embauche), dans un délai maximum de 3 mois à partir de l'embauche. Cette visite doit ensuite être renouvelée dans un délai maximum de 5 ans. (32)

Dans notre étude, 50 internes (14,1%) avaient déclaré avoir bénéficié d'une visite médicale par le service de Médecine du Travail dans l'année, pour 95 (26,8%) d'entre eux celle-ci datait entre 1 – 3 ans, pour 104 (29,2%) entre 3-5 ans, et 106 internes (29,9%) indiquaient ne jamais en avoir eu. Il n'y avait pas de différence de sexe, filière ou selon année d'internat.

Il n'y avait pas de différence selon l'état de santé physique ou psychologique déclaré et la proportion des internes à être allés consulter le service de la médecine du travail dans l'année passée (**Annexe 15**).

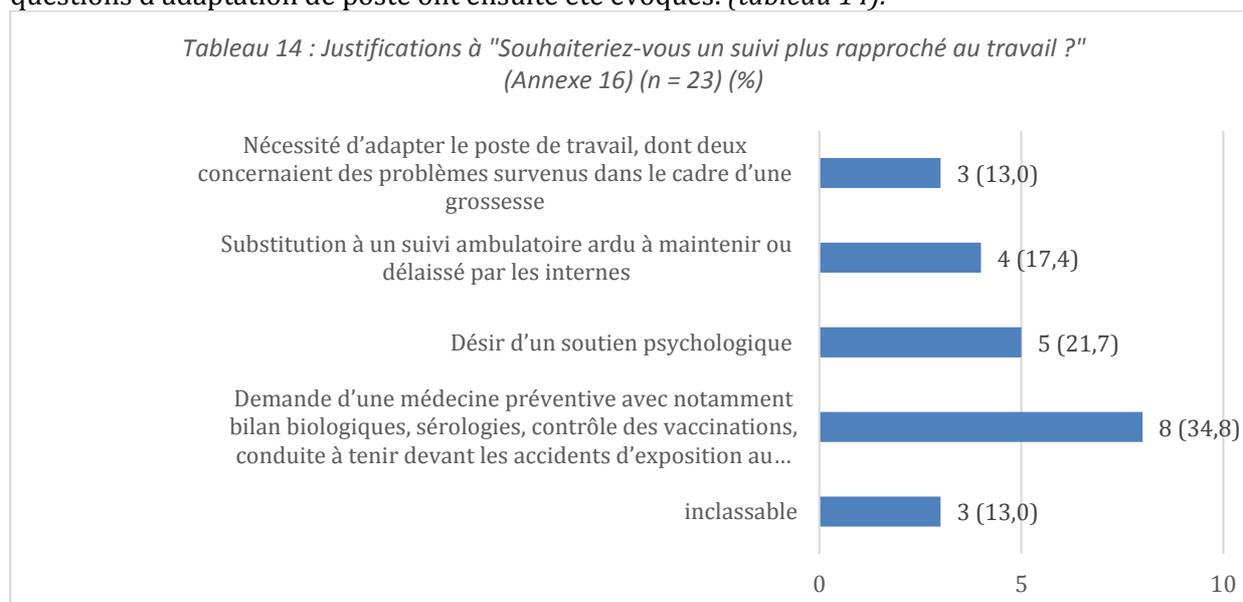


Les internes jugeaient sévèrement leur suivi par le service de médecine du travail, puisque 310 internes (87,3%) l'ont considéré au mieux « moyen », et quasiment la moitié (46,2%) l'a déclaré « inexistant ». Il n'y avait pas de différence entre les hommes et les femmes, les internes de médecine générale et les internes de spécialité, ni entre les internes de 1^{ère} année et les internes des années supérieures.

Nous avons ensuite demandé aux internes s'ils souhaitaient un suivi plus rapproché par le service de la médecine du travail. 181 internes (51,0%) ont répondu oui. Il n'y avait pas de différence entre les hommes et les femmes, les internes de médecine générale et les internes de spécialité, ni entre les internes de 1^{ère} année et des années supérieures.

Il y avait une tendance (non significative statistiquement) en faveur d'un suivi plus important par le service de la médecine du travail, par les internes ayant déclaré un état de santé physique au mieux « Moyen » (n= 92 ; 57,1%) (p= 0,03), et par les internes ayant déclaré un état de santé psychologique au mieux « Moyen » (n= 89 ; 58,2%) (p= 0,02) (**Annexe 15 bis**).

Les réponses fournies ont concerné majoritairement un aspect préventif, pouvant même se substituer à un suivi médical ambulatoire classique. Le désir d'un soutien psychologique puis des questions d'adaptation de poste ont ensuite été évoqués. (**tableau 14**).



IV. Discussion

Les résultats seront comparés avec ceux issus de la population générale, si possible plus précisément avec la tranche d'âge 25-34 ans ; puisqu'un internat débute généralement vers les 24 ans, pour se terminer entre 3-5 ans après. Ils seront aussi mis en relation avec les données issues des enquêtes réalisées auprès de la population médicale, et enfin comparées des études et 8 thèses traitant des mêmes sujets (*Annexe 22*).

Puis nous discuterons des limites rencontrées et opposables à notre étude.

Enfin, nous chercherons des pistes pour comprendre les causes de nos résultats ; et si possible proposerons des pistes d'amélioration.

IV.1. Population de l'étude

Nous avons reçu quasiment autant de réponses de la part des internes de Médecine générale (n= 171 ; 48,2%) que de la part des autres spécialités (n=184 ; 51,8%). Parmi ces deux catégories, la répartition entre hommes et femmes, et entre internes de première année et années d'internat supérieures était sans différences statistiquement significatives (*Annexe 1*).

Nous avons choisi de séparer les 1^{ères} années et regrouper les années supérieures ensemble, avec pour objectif de mettre en relief s'il en existait, des différences dans les réponses liées avec la progression dans l'internat.

IV.2. Une majorité d'internes travaillant plus de 48 heures hebdomadaires

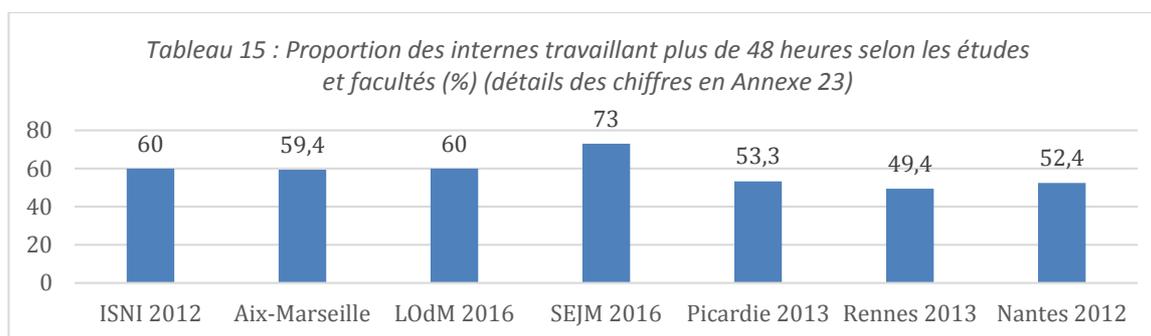
Les données de notre étude montraient les résultats majeurs suivants :

- 211 (59,4%) internes ont indiqué le non-respect des 48 heures travaillées hebdomadaires maximum.
- Parmi les 144 internes travaillant dans des services appliquant les 48 heures hebdomadaires, 82 internes (56,9%) internes estimaient un impact mélioratif sur leurs conditions de travail. (Nous avons exclu les internes de première année de cette dernière question, car notre questionnaire a été posé à la fin de leur 1^{er} semestre d'internat. Nous avons estimé qu'il ne présentait donc pas le recul comparatif nécessaire, car n'ayant encore pas réalisé d'autres stages d'internat) (*Annexe 2*).

Les réponses fournies par les internes de notre étude pour justifier la non-application de la réforme des 48 heures hebdomadaires et l'impact de leur activité professionnelle ont été : (*Annexe 4*)

- Versant professionnel : l'impossibilité technique et / ou logistique inhérent à leur service (41,5%)
- Versant personnel : cela avait amélioré leur condition de vie en général (26,8%), en leur permettant notamment de se dégager du temps pour la réalisation de travaux personnels (14,6%).

Comparativement aux autres études réalisées sur le sujet du non-respect de la réforme des 48 heures hebdomadaires, la faculté d'Aix-Marseille semblait se situer dans la moyenne haute (**tableau 15**).



Dans quasiment toutes les études réalisées, plus de la moitié des internes travaillaient plus de 48 heures hebdomadaires. Un constat d'une charge de travail élevée corroborée par l'étude sur « La santé des étudiants et jeunes médecins », (SEJM,2016) (7) qui retrouvait 40% de répondants déclarant travailler entre 48 et 60 heures par semaine, 16% entre 60 et 70 heures, et 8,65% plus de 70 heures par semaine. (**Annexe 23**).

L'ISNIH dans son enquête « Internes en médecine : Gardes, Astreintes et Temps de travail » (ISNIH, 2012) (33) ; apportait quelques éclaircissements à l'importance de la « charge de travail ».

Elle pointait l'importante quantité de tâches à exécuter, notamment des tâches administratives (souvent qualifiées d'ailleurs de « charges ») à laquelle les internes devaient faire face. Certains restant même sur leur repos de garde pour les réaliser ; ceci en complète infraction du « décret n° 2015-225 du 26 février 2015 relatif au temps de travail des internes ») (29).

Un autre facteur qui concourait à augmenter le nombre d'heures travaillées était la réalisation des gardes et astreintes que font les internes durant leur internat ; en moyenne 4 gardes et deux astreintes par mois (variables selon les stages et spécialités), selon le SEJM 2016 (7).

De plus, le problème persistant du non-respect de l'application des repos de garde obligatoires immédiats en lendemain de garde participait aussi à majorer fortement le nombre d'heures hebdomadaires travaillées. Selon l'ISNIH (33), cela concernait 21% des internes, (26.6% en région PACA), avec une tendance plus marquée au sein des CHU (25% à l'échelle nationale, 16.7% au sein du CHU de Marseille). Parmi ces 21%, 51% des internes indiquaient rester sur leur terrain de stage toute la journée. Soit à cause de l'insuffisance d'organisation dans le service (24% des internes), soit même à cause d'une injonction directe de certains chefs de service d'obligation de présence sur leur repos de garde.

L'ISNIH soulevait aussi par ailleurs la question de la charge de « réelle » de travail de certaines astreintes de semaine et week-end, qui s'assimilaient plus à des gardes au vu du travail exécuté durant lesdites « astreintes ». L'ISNIH proposaient donc la reconnaissance de certaines lignes d'astreinte en garde, les autres restant de vraies astreintes « de sécurité ». Mais cela laissait présupposer du nombre supplémentaire de repos de garde qui en découlerait si sa proposition était retenue et appliquée.

Des obligations de présence dans leur service, qui ne permettaient pas non plus aux internes de se dégager les deux ½ journées légalement dédiées à leur formation personnelle ; cela concernait 63% des internes, 67% au sein des CHU (et 71.9% à Marseille), selon l'ISNIH (33). Leur seul moyen

donc pour approfondir leurs connaissances / exécuter des travaux personnels était donc de le faire sur leur temps personnel disponible, déjà amoindri. Cela avait donc encore pour conséquence d'augmenter la « charge de travail ».

A la faculté d'Aix-Marseille, il semblait donc selon l'enquête de l'ISNIH, que les internes avaient une charge de travail élevée, avec notamment beaucoup d'heures travaillées, comme leurs homologues nationaux. Au CHU de Marseille, ils étaient plus nombreux à bénéficier du repos de garde obligatoire, mais cela semblait se faire au détriment du temps de formation personnel dédié normalement obligatoire.

La présence des internes dans les services semblait indispensable à leur fonctionnement. De nombreux services n'arrivaient pas à mettre en application la réforme des 48 heures hebdomadaires, malgré les rappels comme le *Guide de prévention, repérage et prise en charge des risques psychosociaux* (34) distribué dans les services hospitaliers (**Annexe 46**), les propositions ministériels *Amélioration des conditions de travail : repos strict du repos de sécurité et limitation à 48h du temps de travail hebdomadaire*, 2018 (1), et les sanctions possibles existantes (29). Il semblait donc que seule une refonte en profondeur du système universitalo-hospitalier soit à une solution à envisager pour améliorer les conditions de travail des internes.

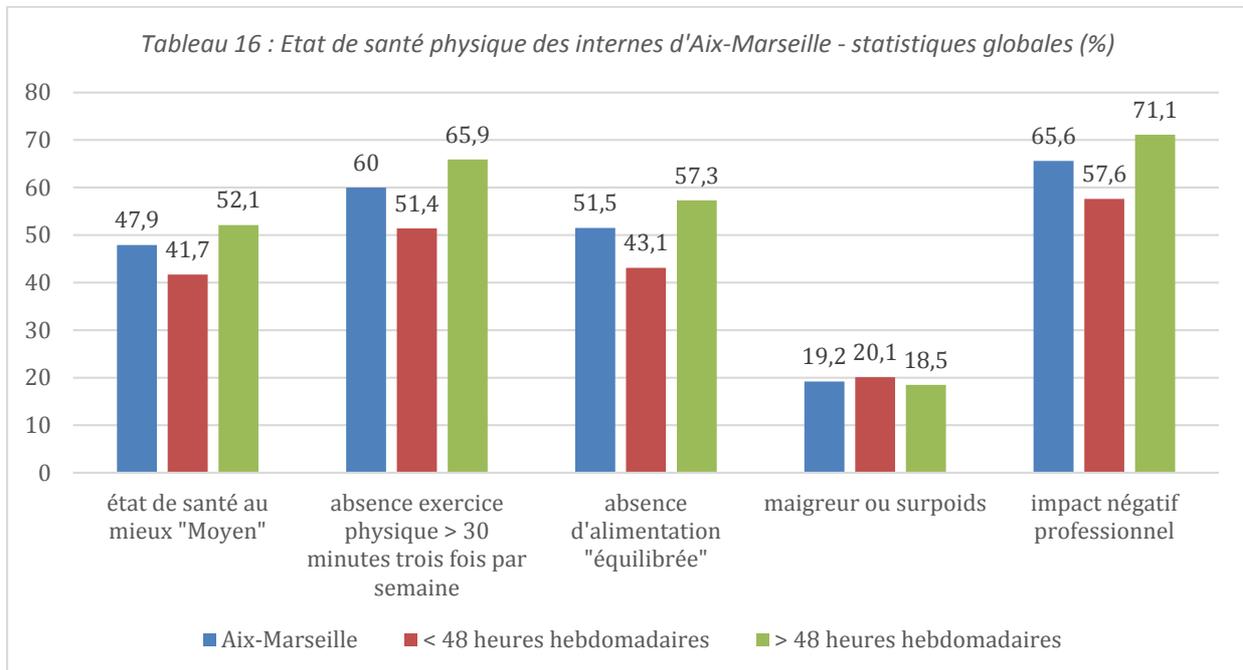
IV.3. Un Etat de Santé PHYSIQUE Dégradé

(Annexes 3 & 4)

Les données de notre étude montraient les résultats majeurs suivants :

- Un état de santé déclaré au mieux « Moyen » par 170 internes (47,9%). Pas de différence entre les sous-groupes étudiés, ni selon le nombre d'heures hebdomadaires travaillées.
- 213 internes (60,0%) ont dit ne pas faire de l'exercice physique au moins 30 minutes trois fois par semaine. **Un taux plus important (n=139 ; 65,9%) était retrouvé parmi les internes travaillant plus de 48 heures hebdomadaires, par rapport à ceux 48 heures au plus (n=74 ; 51,4%) (p= 0,008).**
- 183 internes (51,5%) ont indiqué ne pas consommer au moins trois portions de fruits ou légumes par jour.
Une tendance défavorable semblait concerner les internes travaillant plus de 48 heures hebdomadaires (n=121 ; 57,3%), par rapport aux internes travaillant 48 heures hebdomadaires maximum (n= 62 ; 43,1%) (p=0,011).
- 30 internes (8,5%) présentaient un indice de masse corporelle de maigreur, avec **une plus forte proportion de femmes en situation de maigreur (28 femmes soit 11,9%), par rapport aux hommes (n=2 ; 1,7% des hommes) (p=0,003).**
Il n'y avait pas d'incidence sur le BMI selon le nombre d'heures travaillées hebdomadaires.
- 233 (65,6%) internes interrogés ont estimé que leur activité professionnelle avait (eu) un impact négatif sur leur santé physique.
Parmi les internes ayant déclaré un état de santé physique au mieux « Moyen », tous les sous-groupes étudiés ont incriminé leur activité professionnelle à plus de 83%, avec des écarts autour de 40 points par rapport aux internes ayant signalé un « Excellent / Bon » état de santé physique (**Annexe 3 ter**).

Les internes travaillant plus de 48 heures hebdomadaires (n= 150 : 71,1%) semblaient incriminer plus que ceux qui travaillaient 48 heures au plus (n= 83 : 57,6%) (p= 0,012) (**Annexe 3 bis**)



Selon le rapport *Etat de santé de la population en France 2017, (ESPF 2017)* (12), 87,8% des hommes et 83,5% des femmes de 25-34 ans parmi la population générale se déclaraient en « Excellente / Bonne » santé physique. L'étude *Santé des étudiants et jeunes médecins (SEJM, 2016)* (7) retrouvait quant à elle 75,6% de la population médicale se considérant au moins en bonne santé (**Annexe 24**). Des scores supérieurs de plus de 20 points aux chiffres de notre étude (52,1%) (**Annexe 3**).

Par contre, dans notre étude, 34 internes (9,6%) déclaraient se sentir en « Mauvais/ Très mauvais » état de santé physique, ce qui était très inférieur à l'étude *SEJM 2016* (23,5% des internes en moyenne nationale, et 26,9% en PACA),

Concernant la pratique d'une activité physique au moins modérée (30 minutes d'exercice cinq fois par semaine, recommandations de l' *HAS* et *OMS*) (27), le rapport de *l'Etat de Santé de la population en France 2017, (ESPF 2017)* (12) indiquait que cela concernait 52,3% de la population générale (55,5% des hommes et 48,7% des femmes chez les 25-34 ans (**Annexe 25**). Selon la même étude, ce taux montait à 66,6% des adultes en études supérieures, et 71,4% parmi les étudiants.

Des taux très supérieurs aux 40,0% des internes de notre étude (45,4% des hommes et 37,3% des femmes déclaraient une activité physique régulière). Une différence à majorer, puisque les fréquences retrouvées dans notre étude pouvaient être un peu surestimées, car le seuil d'exercice a été abaissé de 30 minutes cinq fois par semaine à 30 minutes trois fois par semaine dans notre questionnaire.

Concernant le sujet d'une alimentation « équilibrée » ; 45% de la population générale (*ESPF 2015*) (11) et 40% (*ESPF 2017*) (12) (pour une tranche de population aux revenus mensuels compris entre 1264 – 2120 Euros ; tranche de comparaison que nous avons retenue, car comparative aux émoluments des internes), déclaraient consommer cinq portions de fruits / légumes par jour (**Annexe 27**). Ce score était très légèrement inférieur aux résultats de notre étude (n= 172 ; 48,5%).

Toutefois, le score de notre étude était surestimé, car les dernières recommandations de l'OMS préconisaient la consommation de 5 portions de fruits/légumes par jour (contre 3 dans notre étude).

Toujours selon l'étude de l'*ESPF 2017* (12), 49,3% de la population française souffrait de surpoids. Un chiffre très supérieur aux 38 (10,7%) internes en surpoids dans notre étude.

On observait en contrepartie une nette supériorité des internes en situation de « Maigreur » dans notre étude (n= 30 internes ; 8,5%), par rapport à la moyenne nationale (*INCA3 ANSES 2017* : 3,0 %). **La maigreur concernait dans notre étude nettement les internes Femmes (11.9%) (p=0.003) (Annexe 28).**

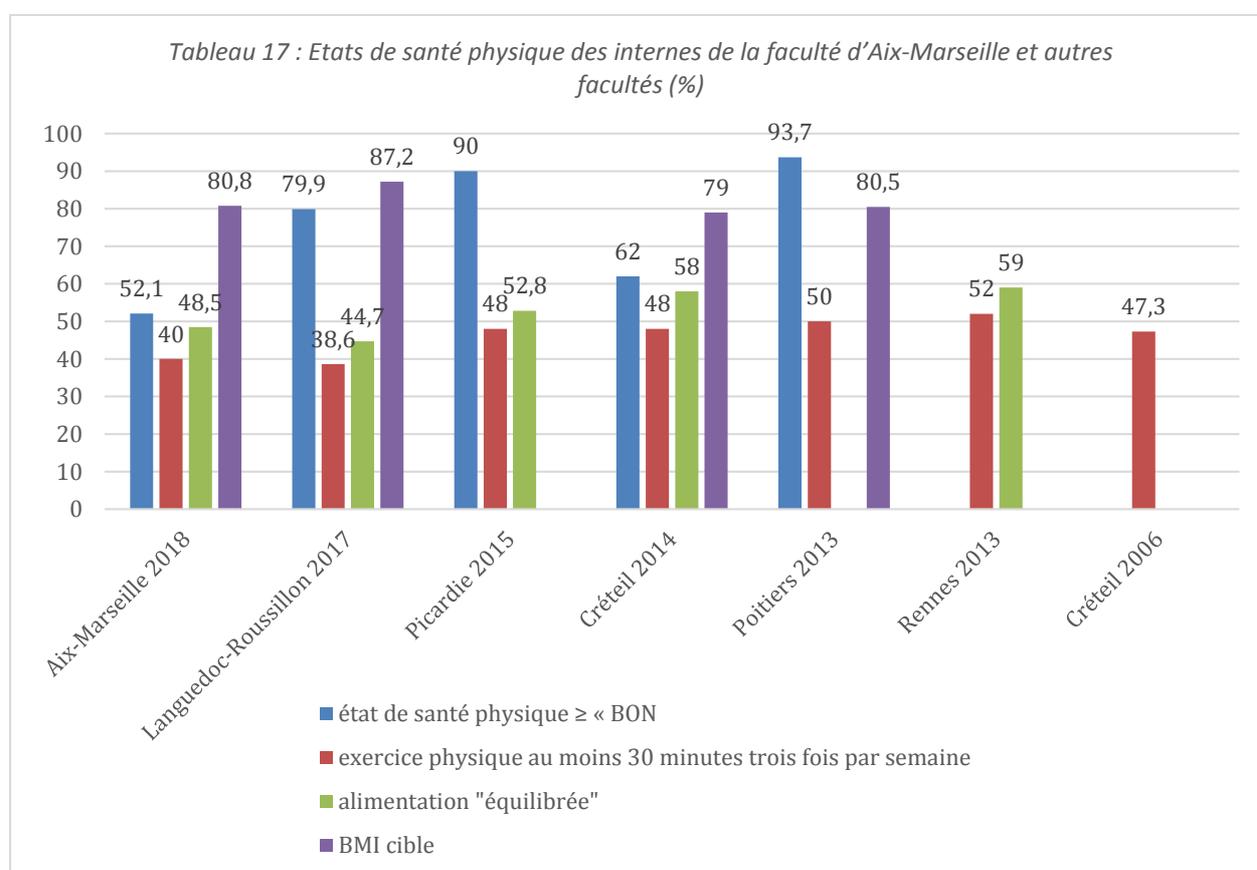
En comparaison avec les autres études s'intéressant à l'état de santé physique des internes réalisées dans les autres facultés, on retrouvait :

Les internes de la faculté d'Aix-Marseille ressentait un état de santé physique à minima « Bon », inférieur de 10 à 40 points inférieur par rapport aux autres facultés (*Annexe 24*).

Ils avaient une pratique d'activité physique inférieure aux autres facultés de presque 10 points (excepté Montpellier) Un écart probablement plus grand en réalité, puisque le score retrouvé dans notre étude était surestimé (*Annexe 25*).

Concernant l'équilibre alimentaire, la faculté d'Aix-Marseille était inférieure de 5 à 10 points par rapport aux autres facultés (Montpellier excepté). Nous rappelons que notre score était sûrement surestimé. (*Annexe 27*).

Concernant l'indice de masse corporelle, le taux d'internes d'Aix-Marseille (10,7%) se situant en surpoids se situait dans la fourchette des autres facultés (7,7% - 12,5%). Mais il y avait à la faculté d'Aix-Marseille proportionnellement plus d'internes en situation de maigreur comparé aux autres facultés (*Annexe 28*).



233 (65,6%) internes interrogés ont estimé que leur activité professionnelle avait (eu) un impact négatif sur leur santé physique, avec des scores qui dépassaient les 83% parmi les sous-groupes

étudiés ayant déclaré un état de santé physique au mieux « Moyen ». Un ressenti négatif retrouvé encore plus fort par J.LACHENAL à la faculté de Montpellier *Etat de santé et suivi médical des internes du Languedoc-Roussillon, 2017* (9) : « 74.8% des internes considéraient que leur activité professionnelle avait un impact négatif sur leur état de santé physique. Et 91.7% des internes à l'état de santé physique au mieux moyen estimaient subir un impact physique négatif ».

Un grand nombre d'heures hebdomadaires travaillées semblait être une des possibles causes de ce ressenti ; puisque les internes travaillant plus de 48 heures hebdomadaires (n= 150 : 71,1%) semblaient plus incriminer l'impact négatif de leur activité professionnelle (p= 0,012) (**Annexe 3 bis**).

Les réponses fournies par les internes de notre étude pour justifier d'un impact négatif de leur activité professionnelle sur leur état de santé physique ont été : (**Annexe 4**)

- raisons « professionnelles » : avec une charge de travail jugée comme importante (33,1%), une organisation de travail difficile avec des horaires à rallonge, des gardes et des nuits travaillées (19,5%).
- raisons « individuelles » : le stress ressenti (26,3%), un temps libre personnel jugé insuffisant (20,3%), d'où découlaient deux autres conséquences ; une fatigue / manque de sommeil (14,4%), et une impossibilité à prendre le temps nécessaire pour se constituer un repas équilibré (8,5%). Enfin, pour 5,9% d'entre eux, cela avait aussi des conséquences physiques par de mauvais habits de posture/conditions ergonomiques de travail.

La charge de travail a été détaillée dans le chapitre précédent. Nous ne reviendrons donc pas sur ce sujet.

La charge de travail et sa conséquence le manque de temps pour soi, était une des raisons avancées pour justifier la non-pratique d'exercice régulière par les internes. Un argument cité aussi dans l'enquête *Actualisation des repères du PNNS - Révisions des repères relatifs à l'activité physique et à la sédentarité. INCA ANSES, 2016* (35) (**Annexe 26**). Ceci alors que les bienfaits physiques et psychologiques de la pratique d'activité physique n'étaient pas un secret pour les internes. Cela pouvait aussi expliquer la présence de maux physiques au travail rapportés par les internes.

Comment expliquer le mauvais score à propos de l'équilibre alimentaire, parmi une population qui a été sensibilisée et à qui avait été enseignée durant ses études l'importance de cette question ? Le manque de temps était une nouvelle fois une des raisons avancées par les internes pour expliquer un mauvais score. Lors des journées travaillées, la charge de travail pouvait leur faire « sauter » un repas (souvent le déjeuner en journée, le dîner lors des gardes). La problématique des horaires d'ouverture des selfs (qui remplaçaient de plus en plus les « internats » traditionnellement en libre-service ouverts 24h/24, ainsi que les choix limités et souvent répétitifs des plats proposés étaient d'autres raisons avancées (*Rennes, 2013*) (23). Lors de leur temps libre, certains internes ne prenaient pas non plus le temps de s'intéresser à la qualité alimentaire, lui privilégiant d'autres occupations (sport, tâches administratives, ménage, travail personnel...). Enfin, il ne fallait pas occulter de la part de certains un désintérêt complet sur ce sujet.

Le fait d'habiter une ville méridionale pouvait aussi influencer (notamment par une possible plus grande fréquence à manger à l'extérieur, habitudes des « apéros » ...).

Il semblait aussi important de rappeler la définition très restrictive d'une « alimentation équilibrée » dans notre étude, puisqu'elle se basait uniquement sur la consommation de fruits ou

légumes, sans prendre en compte la diversité des aliments, la consommation de sel, d'aliments gras et/ou sucrés, de la prise de repas à horaires réguliers, etc...

Paradoxalement, malgré de mauvais habits alimentaires et « sportifs », la part d'internes à BMI cible correcte toutes facultés étudiées confondues, était très largement supérieure de 30-40 points par rapport à la population générale.

Toutefois, nous avons aussi une plus grande proportion d'internes en situation de maigreur (surtout féminin dans notre étude) (**Annexe 28**). N'avons pas exploré la présence ou non de troubles du comportement alimentaires (TCA) dans notre questionnaire, mais il semblerait que la population des internes n'en soit pas épargnée. En 2011, dans l'étude réalisée par M.THEVENET, *Analyse du burnout chez les internes de médecine générale sur la base d'une étude comparative entre l'Île de France et le Languedoc-Roussillon (IdF-LR, 2011)* (36), elle relevait que 17.8% des internes souffraient de TCA. A *Rennes, 2013* (23), cela touchait 14% des internes; dont pour les ¾ d'entre eux, ces troubles étaient apparus pendant l'internat.

Au vu de ces constatations en termes de charge de travail et manque de temps pour soi, on comprend mieux les impressions de fatigue, stress, et l'impact délétère que cela pouvait avoir sur l'hygiène alimentaire et physique, ainsi que sur le ressenti général de l'état physique. Notons que ces éléments avaient également un retentissement très négatif sur l'état de santé psychologique, que nous allons développer ci-dessous.

IV.4. Un état de santé PSYCHOLOGIQUE Précaire

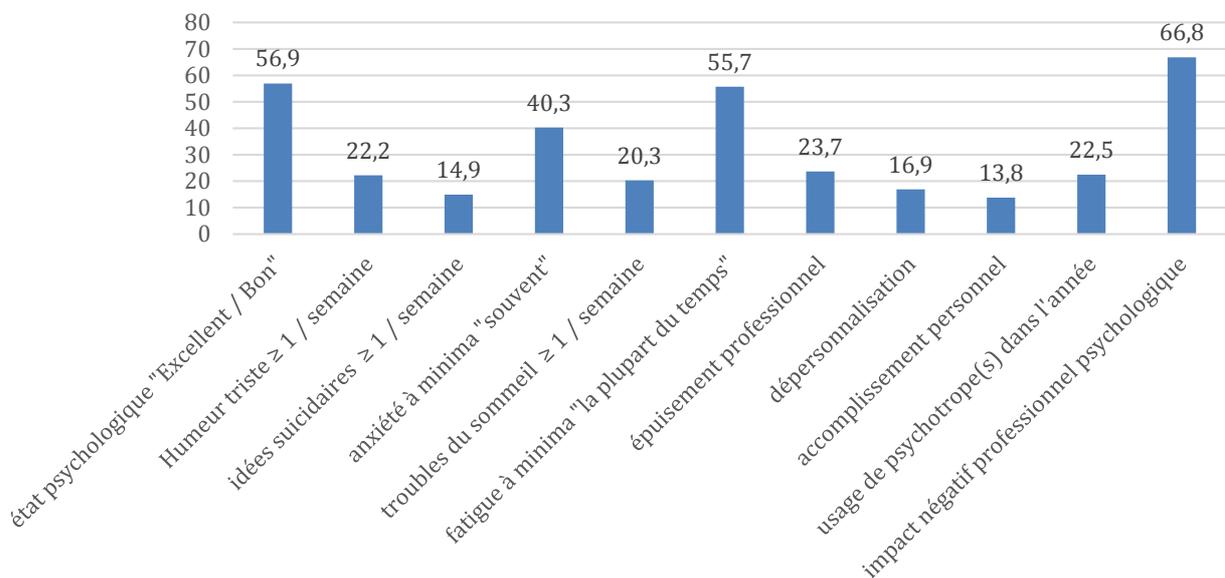
(Annexes 5 à 10)

Les données de notre travail montraient les résultats majeurs suivants

- 153 internes (43,1%) ont déclaré un état psychologique au mieux « Moyen ».
- 79 internes (22,2%) ont déclaré ressentir une humeur triste au moins une fois par semaine, au moment du questionnaire
- Durant l'année passée d'internat, 53 internes (14,9%) ont eu des idées suicidaires. Pour 14 internes (3,9%), ces pensées se sont manifestées de manière au moins pluri-hebdomadaire, et pour 3 (0,8%) quotidiennement.
- 143 internes (40,3%) ont dit ressentir de l'anxiété à minima « souvent », dont 36 (10.1%) tous les jours. **Les femmes étaient significativement plus sujettes à souffrir au moins « souvent » de l'anxiété (n=107 ; 45,3%), contre 36 hommes (30.2%) (p = 0.008).**
- 72 internes (20,3%) déclaraient présenter des troubles du sommeil au moins plusieurs nuits par semaine.
- 198 internes (55,7%) disaient ressentir de la fatigue à minima « la plupart du temps ».
- Le nombre d'heures hebdomadaires travaillées (plus ou moins 48 heures) n'impactaient pas l'état de santé psychologique déclaré ni les différents critères étudiés (mentionnés ci-dessus). (**Annexe 5 bis**).
- 84 (23,7%) internes ont répondu « oui » à au moins six propositions explorant l'épuisement professionnel, durant leur internat.

- Concernant le sentiment de dépersonnalisation, 60 internes (16,9%) ont répondu « oui » à au moins quatre items. Une tendance semblait se dégager en faveur d'une dégradation du sentiment de dépersonnalisation avec la progression dans l'internat, mais non significative statistiquement (56 internes des années supérieures (19,1%) contre 4 internes de 1^{ère} année (6,5%), ($p = 0.03$).
- 49 internes (13,8%) ont répondu « oui » à 7 ou plus items portant sur l'accomplissement personnel durant l'internat. **Une dégradation de cet axe était observée avec la progression dans l'internat, 16 néo-internes (25,8%) s'accomplissant personnellement au travail contre 33 (11,3%) des internes des années supérieures ($p=0,009$).**
- 80 internes (22,5%) ont répondu avoir eu recours à des psychotropes durant l'année passée d'internat. Une consommation de psychotropes non influencée par l'état de santé psychologique ou le nombre d'heures déclarées travaillées (*Annexe 9 & 9 ter*)
- 237 (66,8%) des internes interrogés ont estimé que leur activité professionnelle avait ou avait eu un impact négatif sur leur santé psychologique. **Les femmes ($n=169$; 71,6%) ressentait plus fortement l'impact négatif de leur activité professionnelle sur leur santé psychologique que les hommes ($n=68$; 57,1) ($p = 0,008$) (*Annexe 9*)**
- Parmi les internes qui avaient déclaré un état de santé psychologique au mieux « Moyen », 142 (92,8%) d'entre eux incriminaient l'impact de leur activité professionnelle sur leur mauvais état de santé psychologique. Dans les sous-groupes étudiés (hommes/femmes, internes de médecine générale et spécialités, 1^{ère} année et années supérieures), le pourcentage minimum de ce ressenti était de 88,9% (*Annexe 9 bis*)
- En cas de situation de détresse psychologique, 1/5^{ème} des internes ($n=76$; 21,4%) ont déclaré ne connaître aucune structure d'aide. A l'inverse, « SOS SAIHM » (la structure d'aide mise en place par l'association des internes SAIHM) était connu de presque des 2/3 des internes ($n=223$; 62,8%). Plus d'1/3 citait le recours à un confrère médecin. Les autres structures proposées étaient citées par moins de 10% des internes.

Tableau 18 : Etat de santé psychologique des internes d'Aix-Marseille – statistiques globales (%)



Des critères de Dépression présents

La fatigue était l'élément qui ressortait en grande majorité, puisque plus de la moitié éprouvaient de la fatigue a minima « la plupart du temps. Nous n'avions pas d'autres données comparatives dans la population générale. Ce score semblait néanmoins meilleur de 5 points par rapport à leurs homologues montpelliérains (60,1%) (9) (**Annexe 29**).

Les scores d'anxiété ressentie fréquemment étaient quasi-similaire aux facultés d'Aix-Marseille et Montpellier, et se situaient dans la fourchette décrite par L.GRICHY dans son étude *Troubles anxio-dépressifs chez les internes en médecine. Prévalence, facteurs de risques et prévention. A propos d'une étude nationale, 2017* (18). Notre score était par contre de 20 points inférieur aux chiffres concernant l'anxiété parmi la population médicale (7), et entre trois à six fois supérieurs aux taux décrits dans la population générale (**Annexe 30**).

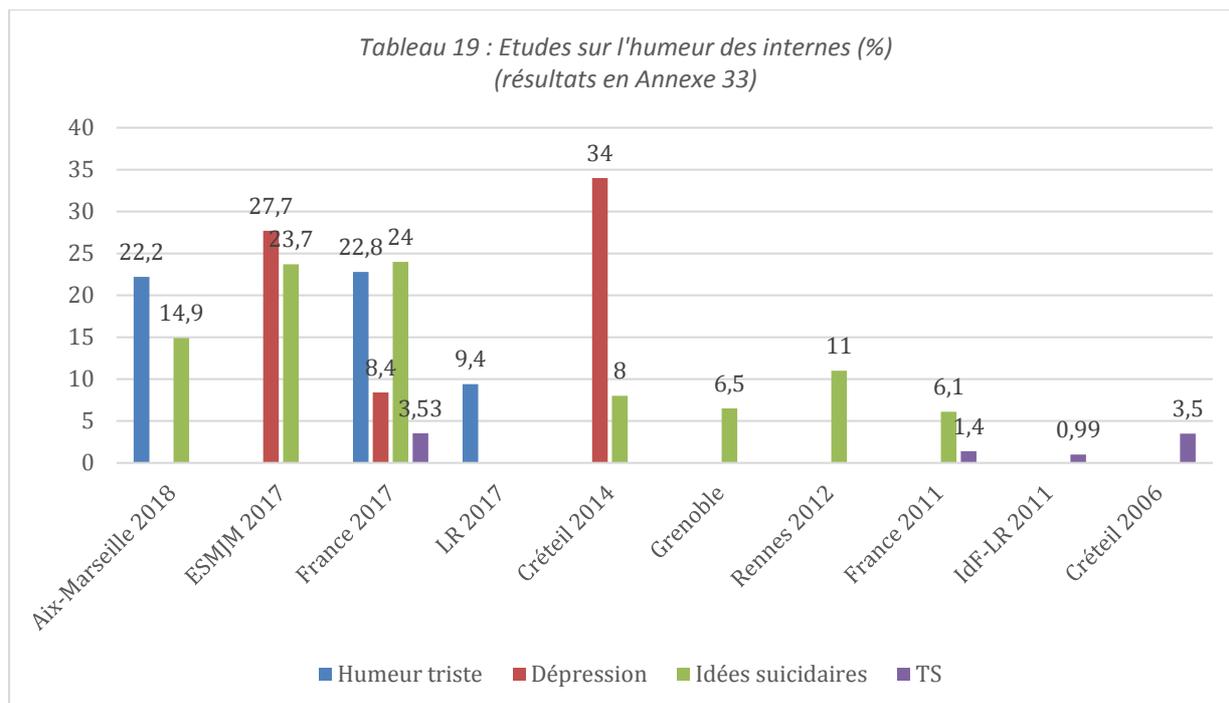
1/5^{ème} des internes d'Aix-Marseille rapportaient souffrir de troubles du sommeil au moins une à plusieurs fois par semaine. Un sommeil du personnel médical de moins bonne qualité, et quantitativement inférieur de 45 minutes par nuit en moyenne, selon l'enquête sur le *Sommeil des soignants. Résultats de l'enquête du Réseau Morphée, (SPS décembre 2017)* (37), comparé à la population générale. Les études réalisées dans les autres facultés montraient des taux de plus de 50% des internes pouvant présenter des troubles du sommeil (Montpellier excepté ; 16,9%). (**Annexe 31**).

Le ressenti d'une humeur triste au moins une fois par semaine était un problème préoccupant touchant plus d'1/5^{ème} des internes d'Aix-Marseille. Nous n'avions pas dans notre étude de méthodologie fiable explorant la dépression selon les critères du *DSM-V* (**Annexe 22**). A titre de comparaison, la dépression touchait environ 10% de la population générale des 20/25-34 ans (*ESPF 2015* et *ANADEP 2005*) (**Annexe 32**). Selon *l'ESMJM 2017* (38) : 27,7% des internes se trouvaient en situation dépressive. Un score bien plus élevé que les 8.4% de syndromes dépressifs « certains » retrouvés par *L.GRICHY, 2017* (18). Une grande variabilité explicable par des méthodes d'analyse différents.

A la faculté d'Aix-Marseille, 14,9% des internes déclaraient avoir eu des idées suicidaires durant l'année passée à minima plusieurs fois par mois, ce qui était supérieur de 4,5 points par rapport à la population active, et presque de 10 points par rapport aux scores retrouvés parmi la population générale (*INPES 2010*)(4,0%) et les 25-34 ans (*La Dépression en France, (Evolutions, 2017)*)(4,8%) (39)(**Annexe 32**).

Comparativement à la population médicale, le taux d'idées suicidaires ressenti à Aix-Marseille (14,9%) semblait se situer à la limite basse des études qui retrouvaient des chiffres compris entre 14,0 et 25,0% (*SPS 2017*) (37) et (*SEJM 2016*) (7). Des chiffres tout aussi variables étaient retrouvés dans les études des autres facultés (entre 6,1% et 24%). Mais là encore les comparaisons devaient être prudentes, car les questionnaires étaient différents (**Annexe 33**).

Nous n'avons pas exploré le taux de mortalité ni les tentatives de suicide dans notre étude, toutefois, selon l'enquête du Dr Léopold pour le *Conseil de l'Ordre des Médecins (2003)* (**Annexe 32 et 33**), le risque de suicide de la population médicale était multiplié de 2.37 par rapport à la population générale.



Par ailleurs, selon l'enquête *SEJM 2016* (7), il existerait de fortes corrélations entre idées suicidaires et chacune des 3 dimensions du burnout (EE 91,0%, EP 95,3%, dépersonnalisation 53,1%) (7).

Et aussi des éléments présents de burnout ?

(Annexes 6,7,8 & 20,21)

Les sentiments d'épuisement professionnel, dépersonnalisation et d'accomplissement personnel mesurés dans notre étude était respectivement 23,7%, 16,9% et 13,8% des internes d'Aix-Marseille.

Nous ne pouvons pas faire de comparaison directe de nos résultats avec ceux des autres études, car les méthodologies de mesure étaient trop différentes (*Annexe 20 & 20 bis*). Nos scores retrouvés « semblaient » se situer dans les fourchettes décrites ci-dessous :

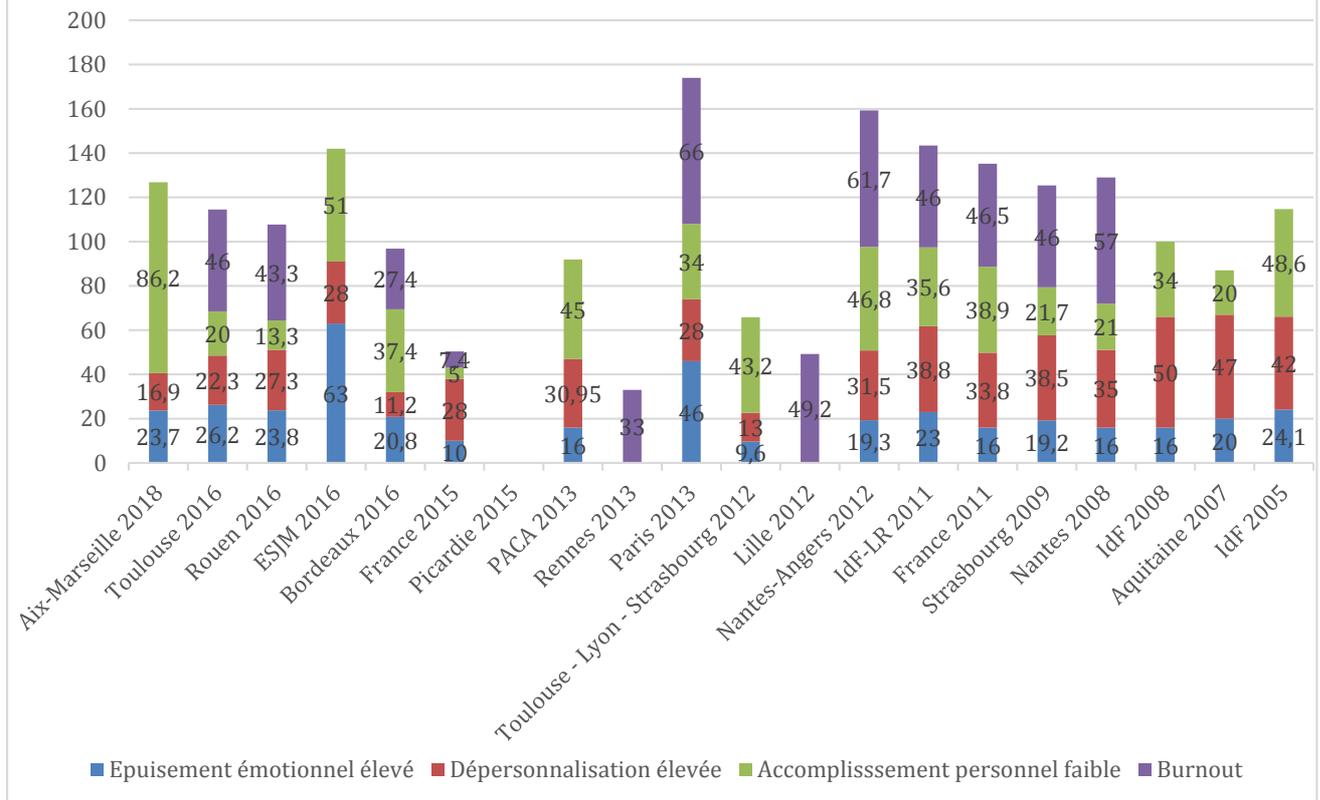
Concernant l'épuisement professionnel, les études réalisées sur la population médicale oscillait entre 23 -47,2%, et entre 9,6 - 63% parmi les internes !

A propos du sentiment de dépersonnalisation, entre 19,6 - 44,5% de la population médicale en souffrait, et entre 11,2 - 39,9% parmi les internes.

Concernant le sentiment d'accomplissement personnel, le taux d'accomplissement bas variait entre 10,6 - 49,2% parmi la population médicale, et entre 13,3 - 51,0% parmi les internes.

Les taux de burnout « avérés » dans les populations médicales et internes variaient beaucoup (de 5 - 60% environ) selon qu'était retenu comme nécessaire au diagnostic un seul ou les trois dimensions.

Tableau 20 : Répartition de burnout par critère & diagnostiqués, selon les facultés étudiées (%) (détails des chiffres en Annexe 20 bis)



Quelle consommation de psychotropes, l'impact psychologique de leur activité professionnelle, et les structures d'aides psychologiques

22,5% des répondants internes de la faculté d'Aix-Marseille déclaraient avoir consommé un/des psychotrope(s) durant l'année passée. Ce chiffre était difficilement comparable avec ceux de la population générale et médicale, qui détaillaient les différentes classes (anti-dépresseurs des anxiolytiques et des somnifères / hypnotiques), sans donner de chiffre de consommation totale.

Seule l'étude réalisée par le Conseil National de l'Ordre des Médecins (*SEJM, 2016*) (7) notait une consommation totale de psychotropes chez 33,6% de la population médicale, ce qui était supérieur de 10 points à notre étude (*Annexe 34*).

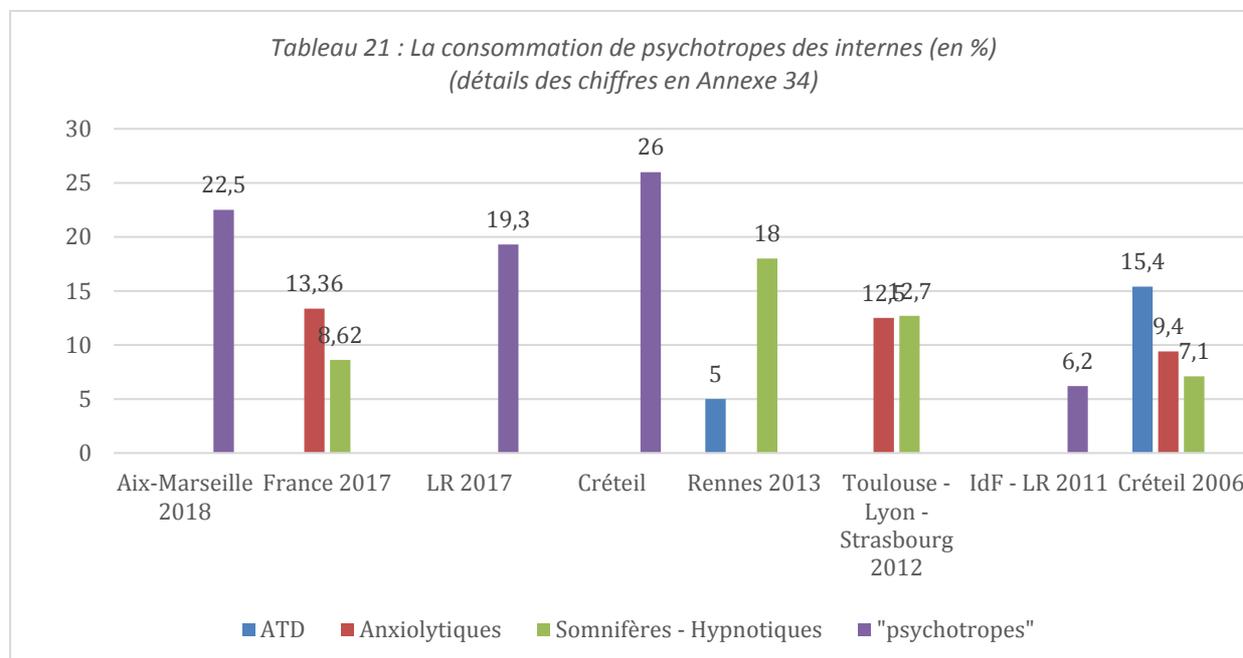
Un usage de psychotropes à la faculté d'Aix-Marseille qui semblait se situer dans la moyenne par rapport à *Montpellier 2017* (9) et *Créteil, 2014* (20). Mais ces scores étaient supérieurs autres facultés (*Annexe 34*).

Nous ne retrouvons pas de différence significative d'usage de psychotrope(s) selon l'état de santé psychologique déclaré. Dans notre étude, 35,9% des internes avait eu l'usage de psychotrope(s) durant l'année parmi ceux ayant un état de santé psychologique au mieux comme « Moyen » (*Annexe 9 ter*).

Des chiffres d'usage de psychotrope(s) un peu moindres étaient retrouvés à la faculté de *Montpellier, 2017* (9); 19,3% en moyenne, mais 32,8% parmi les internes à l'état de santé psychologique déclaré au mieux « Moyen ».

Une tendance à une augmentation de consommation de psychotropes selon l'état de santé aussi retrouvée dans l'étude *SEJM 2016* (7). Ainsi, on retrouvait chez les internes présentant un état de santé « Moyen / Mauvais » associé à des idées suicidaires; un usage d'anxiolytiques chez 17,0% d'entre eux, et d'ATD chez 39,0% (contre respectivement 9% et 21,1% des internes en général) (*Annexe 34*).

Nous ne retrouvons pas non plus de différence de consommation de psychotrope(s) selon le nombre d'heures hebdomadaires travaillées. La discordance temporelle entre la date de la question à propos de l'état de santé psychologique et la question de l'usage de psychotrope(s) portant sur l'année passée pouvait en être une des explications (**Annexe 9 ter**).



Les scores des internes à incriminer un impact négatif de leur activité professionnelle sur leur état de santé psychologique retrouvés à la faculté d'Aix-Marseille et Montpellier étaient similaires (environ 65%) (**Annexe 35**).

Mais parmi les internes à l'état de santé psychologique au mieux « Moyen » estimant un impact négatif de leur activité professionnelle sur leur état de santé psychologique, le taux à Aix-Marseille était de six points supérieur aux 83% de Montpellier, 2017 (9) à la même question (**Annexe 9 bis**).

Concernant les structures d'aides possibles en cas de situation de détresse psychologique, il était surprenant qu'1/5^{ème} des répondants à notre questionnaire n'en cite aucune. A l'inverse, la structure d'entraide mise en place par l'association des internes SAIHM « SOS SAIHM » était de loin la plus citée.

Nous n'avons pas exploré dans notre étude le nombre d'internes ayant eu recours à l'une ou l'autre de ces structures d'aides. C.SCHRECK dans son étude réalisée à la faculté de Rennes, 2013 (23) : indiquait que 13% des internes avaient déclaré avoir eu déjà recours durant leur internat à un psychologue/psychiatre, et parmi ceux n'ayant jamais consulté, 20% estimaient à posteriori qu'ils auraient dû le faire.

A.Le TOURNEUR, V.KOMLY dans leur étude Paris « Burnout des internes en Médecine Générale : Etat des lieux et perspectives en France Métropolitaine, 2011 (41), pointaient que les internes ayant eu recours à un psychothérapeute étaient une population à risque de burnout multiplié par deux, songeaient deux fois plus à quitter la médecine, et consommaient plus d'ATD/hypnotiques. Cela semblait donc aller dans le sens de l'idée que le fait d'aller consulter pour un interne, devait être perçu comme un véritable signal d'alarme avant un burnout / dépression.

Explications à cet état psychologique précaire

Les justifications apportées par les internes à propos de l'impact de leur activité professionnelle sur leur état de santé psychologiques ont été :

- Facteurs « environnementaux » : la charge de travail, les responsabilités importantes, relationnel difficile avec la hiérarchie, le manque de reconnaissance et la pression au travail, relationnel difficile avec les patients.
- Facteurs « personnels » : un stress important, gestion émotionnelle de la profession, le manque de sommeil.

Des justifications avancées par les internes, que l'on retrouvait dans les « contraintes » décrites par l'INSEE (**Annexe 48**). Or ce dernier rappelait aussi qu'à partir de la présence de quatre « contraintes », l'état de santé psychologique se dégradait.

La charge de travail tant qualitative que quantitative a déjà été abordé dans le chapitre « RESPECT OU NON-RESPECT DE LA REFORME DES 48 HEURES ».

Parmi les autres contraintes, le stress était très fréquemment cité. Normalement, le stress était un sentiment habituel et quotidien, ressenti en réaction face aux situations de la vie courante. Mais quand il était trop important (comme le dénonçaient les internes), il devenait générateur de pathologies, telle que l'anxiété ou le ressenti d'une humeur triste.

Or l'étude *SEJM 2016* (7) notait que les internes étaient une population fortement exposée. Dans son étude, 95,0 % des répondants avaient été exposés à des situations stressantes au cours des 3 mois précédents. Un score quasi-similaire (91,1%) retrouvé par A.SEJOURNE dans son étude *Souffrances psychologiques chez les internes : vulnérabilités et préconisations, 2012* (42), et 97,1% d'entre eux, le liaient avec leur activité professionnelle.

A ces ressentis pathologiques pouvaient en plus s'ajouter le manque de sommeil (et donc la fatigue en découlant) pointé du doigt par les internes. L'enquête *SPS 2017* (37). Indiquait que le personnel soignant dormait quantitativement moins que la population générale, mais il existait aussi une plus grande proportion à avoir une qualité de sommeil dégradée (60% des soignants faisaient des nuits inférieures de 6 heures en semaine (44,8% chez non-soignants). Le rythme irrégulier de travail et de vie décalé des internes (notamment à cause des gardes de nuit), semblait être une des raisons à cette dégradation. Une hypothèse renforcée par C.SCHRECK ; qui relevaient que les troubles du sommeil étaient apparus au cours de l'internat pour près de 60% des internes ayant déclaré mal dormir (23).

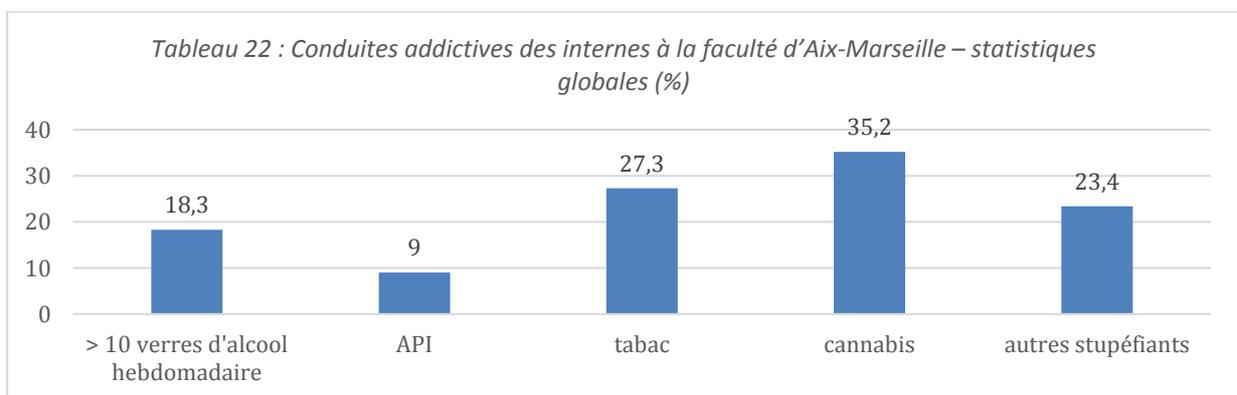
Cela expliquait en partie la forte prévalence de la fatigue dans notre étude. Nous rappelons d'ailleurs ici que la fatigue était la principale raison évoquée concernant l'impact professionnel sur l'état de santé physique (**Annexe 4**). Ce qui rappelait aussi que les états de santé physique et psychologique sont fortement intriqués.

IV.5. Conduites addictives

(Annexe 11)

Les données de notre travail montraient les résultats majeurs suivants :

- 90 (25,4%) internes se sont déclarés fumeurs de tabac.
- Concernant la consommation d'alcool, 97 internes (27,3%) ont signifié avoir un comportement à risque (pour rappel : consommation supérieure à 10 verres standards d'alcool par semaine, ou plus de quatre en une seule occasion). 65 internes (18,3%) ont dit avoir un usage supérieur aux dernières recommandations de l'OMS (10 unités d'alcool par semaine, quel que soit le sexe), et 32 internes (9,0%) ont indiqué un comportement d'alcoolisation ponctuelle importante (API).
- Comportements à risque vis-à-vis de l'alcool qui semblaient concerner plus les hommes (n= 39 ; 32,8%) les internes de médecine générale (n= 57 ; 33,3%) et les internes de première année (20 néointernes ; 32,3%), par rapport à leurs homologues féminines (n= 58 ; 24,8%) (p=0,13), de spécialités (n= 40 ; 21,7%) (p=0,019), et les internes des années supérieures (77 ; 26,3%) (p=0,42). Mais ces différences n'étaient pas statistiquement significatives.
- 125 (35,2%) internes indiquaient avoir consommé du cannabis au moins une fois durant l'année passée ; les **hommes (n=54 ; 45,4%) plus que chez les femmes (n=71 ; 30.1%) (p= 0,006)**, et les **internes de médecine générale (n= 74 ; 43,7%) plus que les internes de spécialités (n=51 ; 27,7%) (p= 0,003)**.
- 83 internes (23,4%) indiquaient avoir consommé au moins un produit stupéfiant autre que le cannabis durant l'année passée (MDMA, amphétamines, cocaïne, LSD, héroïne, kétamine ...). Une **consommation occasionnelle était plus forte chez les hommes (n= 36 ; 30,3%) que chez les femmes (n=35 ; 14,8%) (p=0.001)**. Une tendance d'une plus forte consommation semblait concerner les internes de médecine générale (46 internes ; 26,9%) contre 37 internes de spécialités (n= 37 ; 20,1%), mais sans que cela ne soit statistiquement significatif (p=0.17).
- Les consommations à risque des différentes substances addictives n'étaient pas influencées par l'état de santé psychologique déclaré. (**Annexe 12**)

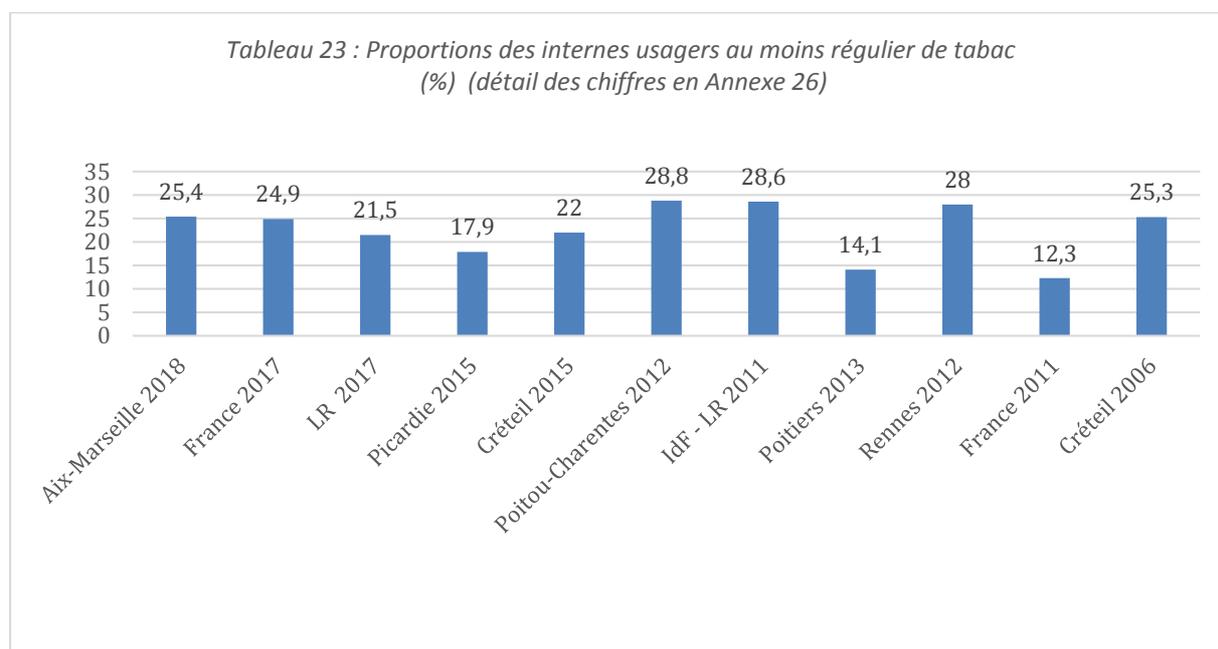


Un tabagisme encore important

L'usage du tabac à la faculté d'Aix-Marseille se situait de plus de 15 points inférieurs par rapport à la moyenne nationale ; 42,0% des 25-34 ans selon l'*ESPF 2015* (11), mais de 5 points inférieur aux taux retrouvés parmi les professions intellectuelles et cadres (29,0%) (*ESPF 2017*) (12).

Cependant, comparé au reste de la population médicale, notre étude se situait 10 points au-dessus des études récentes (17%) *SEJM 2016* (7), (12,2%) *CNOM 2017* (6) (*Annexe 36*).

Comparativement aux études réalisées parmi les autres facultés de médecine, la proportion de fumeur(se)s à la faculté d'Aix-Marseille semblait se dans la moyenne haute. Intervalle des données retrouvées qui allait de 12,3% (L.TOURNEUR, *France, 2011*) (41) à 28,8% (M.THEVENET, *IdF-LR, 2011*) (36) (*Annexe 36 bis*).



Des consommations d'alcool « raisonnables », comparés à ... (Annexes 37 & 3 bis)

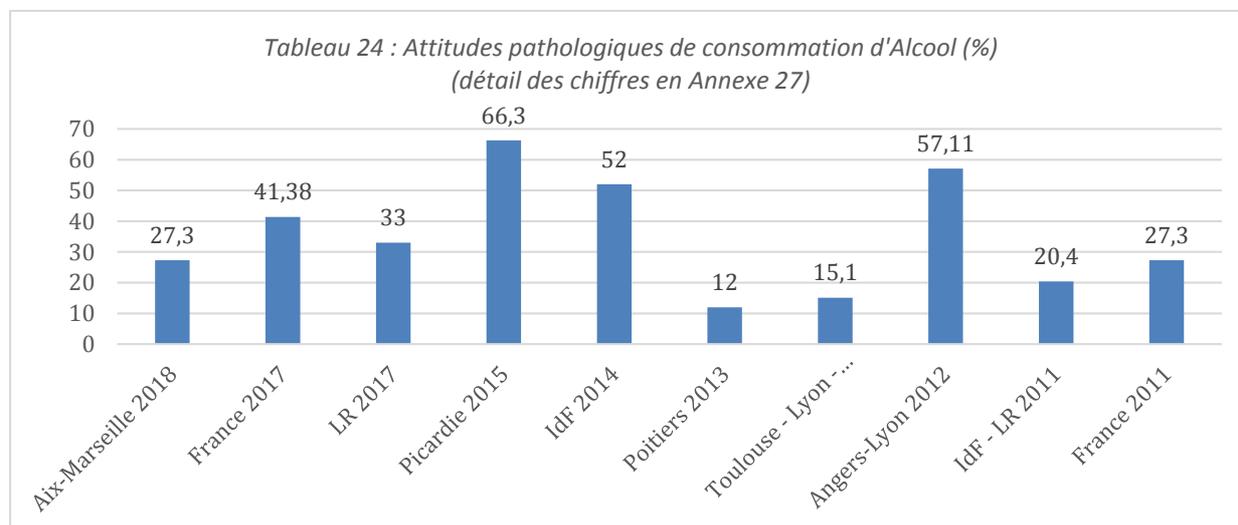
Le taux de consommateurs d'alcool réguliers à risque (hors API) concernait 65 internes (18,3%) dans notre étude, ce qui était comparable à la moyenne nationale des 18-75 ans (18,5%) (*ESPF 2017*) (12).

Cela semblait être néanmoins moins comparé à la consommation décrite par le *CNOM 2017* sur la population médicale (consommation pluri-hebdomadaire 27,6%, et 4,2% quotidienne) (*Annexe 37*).

Dans notre étude, parmi les 97 internes (27,3%) ayant indiqué un comportement à risque (API inclus), il y avait proportionnellement moins d'internes à présenter une consommation excessive régulière (> 20 verres / semaine : 2,8%) que d'attitudes d'API (n= 32 ; 9%).

La pratique d'API à Aix-Marseille était légèrement supérieur à celui donné par l'*INPES 2010* (43) : 7,8% des 15-75 ans. Mais très largement inférieur aux 37,0% d'API mensuelles parmi les 25-34 ans notés dans l'étude de l'*INPES 2014 Drogues et conduites addictives (INPES 2014)* (44).

Comparativement aux autres études menées dans les facultés françaises sur le sujet de comportements à risque vis-à-vis de la consommation d'alcool, la faculté d'Aix-Marseille semblaient se situer dans la moyenne. Une limite à la comparaison était dûe aussi à la modification des recommandations OMS en 2017, qui abaissait les quantités recommandées (de 21 verres/semaine (Hommes), et 15 (Femmes) à 10 pour tous), et statistiquement majoraient les scores de notre étude. **(Annexe 37 bis)**



Une « explosion cannabique » (Annexe 38)

Plus d'1/3 des internes de notre étude indiquaient avoir consommé du cannabis durant l'année passée ; cela concernait 45,4% des hommes et 30,1% des femmes.

Des chiffres très largement supérieurs comparés à ceux de la population générale. *L'OFDT 2015-2016* (45) notait un usage dans l'année de 25,0% chez les hommes et 9,0% chez les femmes de 25-34 ans. Et le *CNOM 2017* : 24,6% occasionnel parmi la population médicale (6).

Cette différence se minorait sur l'usage au moins « régulier » (7,6% des internes dans notre étude), mais restait encore plus du double de la population générale : 3,1% (3,6% en région PACA) selon *l'ESPF 2017* (12), et cinq fois l'usage régulier par la population médicale (1,5%) selon le *CNOM 2017*.

Comparé aux autres études réalisées auprès des internes, le taux d'usage de cannabis « occasionnel » était similaire à celle retrouvée à *Montpellier, 2017* (9) (environ 25%). Ce qui était d'ailleurs encore supérieur de 10 points par rapport aux autres facultés.

Une même supériorité semblait aussi exister concernant l'usage « régulier » (sauf à Créteil : 7,0%).

Une « euphorie » des autres stupéfiants

(Annexe 39)

Près d'1/4 des internes de notre étude indiquait avoir consommé un produit stupéfiant autre que le cannabis durant l'année passée (20,0% occasionnel, et 3,4% de manière plus régulière).

Ces scores étaient largement supérieurs à la moyenne nationale des adultes de la population générale des 15-64 ans, « entre 3 % et 5 % » (10), corroboré par *INPES 2015* (46) sur le niveau d'usage des drogues en France (9%) (**Annexe 39**)

Supérieurs aussi comparé à la population médicale : 0,7% d'usagers quotidiens, et 0,4% occasionnels moins d'une fois par mois (*CNOM 2017*) (16).

Des taux aussi très supérieurs comparés aux autres facultés de médecine. A Montpellier (9), aux mêmes questions, ces chiffres étaient respectivement 14,2% et 0,6%.

Une consommation occasionnelle de stupéfiant(s) qui était plus forte chez les hommes (n=36 ; 30,3%) que chez les femmes (n=35 ; 14,8%) (p=0.001). Une différence de genre retrouvée chez leurs confrères languedociens (♂ : 21,3% vs ♀ : 10,7%, p=0,002).

Une plus forte proportion (18,8%) de consommateurs réguliers/occasionnels de stupéfiants autre que cannabis plus nombreux se retrouvaient parmi le internes de médecine générale languedociens (9,% des internes de spécialité ; p=0,005) (9). Une tendance retrouvée mais de manière non significative à la Faculté d'Aix-Marseille (46 internes de médecine générale (26,9%) contre 37 internes de spécialités (20,1%),

Les raisons de tels rapports vis-à-vis des substances addictives

La première explication qui viendrait à l'esprit pour expliquer la moindre proportion de fumeurs chez les internes par rapport à la population générale serait que, par leur métier, ils étaient particulièrement sensibilisés aux méfaits du tabac sur la santé. Cependant, il était difficile de soutenir complètement cette théorie, puisque les internes étaient de grands consommateurs d'autres produits addictifs et néfastes pour la santé comme l'alcool, le cannabis et les produits stupéfiants.

Concernant l'usage du tabac, nous n'avons pas exploré le vapotage, ni l'impact des différentes mesures dans la lutte contre l'usage du tabac (paquets neutres, hausse du prix, remboursement des substituts nicotiques) (47). Cependant, Y.BRABANT dans son étude *Les internes en médecine et le tabac, 2012* (48), pointait quelques explications à cet usage tabagique persistant : la préparation à l'ECN et l'internat lui-même étaient deux périodes pendant lesquelles les internes avaient tendance à majorer leur consommation. Notamment dans les spécialités à nombreuses gardes. Il relevait aussi que le prétexte de la fameuse « pause cigarette » était aussi un motif pour « couper » sa journée de travail. Travailler un grand nombre d'heures était donc aussi un facteur de risque logiquement aussi retrouvé. (49).

Concernant le haut score de consommation à risque d'alcool, F.POISSANT dans son étude *Relations entre le genre, le stress, les stratégies de coping et la consommation d'alcool chez les internes de médecine générale (Bordeaux, 2016)* (50) indiquait que pour nombre d'entre eux, consommer de l'alcool s'inscrivait encore dans une notion de plaisir.

Mais il notait aussi que 10,5-18% des internes usaient de l'alcool comme un moyen de gestion de leur stress, avec une prévalence supérieure féminine (nous rappelons ici la plus forte proportion des femmes à ressentir de l'anxiété retrouvée dans notre étude, mais cela devrait être le sujet

d'une étude plus focalisée sur ce point, afin de mettre en lumière ou non un lien éventuel entre ces deux).

Il relevait par ailleurs aussi que cette pratique se majorait avec la progression des années d'internat. Ce que retrouvait aussi C.SPEICHER (51); une tendance à une plus grande consommation d'alcool avec les années et les responsabilités.

Elle notait par ailleurs que 0,4% des internes souffrant de dépendance à l'alcool (selon le test AUDIT) (51).

Par ailleurs, elle indiquait aussi qu'API et poly-consommation de substances addictives étaient fortement liés.

Une autre raison de l'usage plus important de cannabis et autres stupéfiants par les internes d'Aix-Marseille était peut-être fournie par E.ZURBACH dans son rapport *Phénomènes émergents liés aux drogues. Tendances récentes sur les usages de drogues à Marseille en 2016* (52) : qui notait une disponibilité très élevée sur Marseille du cannabis (résine/herbe) (**Annexe 49**)

Par ailleurs, une « démocratisation » globale des drogues (53) ces dernières années pouvait aussi concourir à une plus grande consommation.

D'un point de vue historico-sociologique, la tradition médicale était aussi une explication potentielle à ces données. La réputation des soirées organisées par le corps médical n'était plus à faire. La vie dans les différents internats à Marseille et ses périphériques, était émaillée de soirées entre internes quasi hebdomadaires. Soirées qui étaient souvent l'occasion de débordements et comportements à risques.

Enfin, la ville de Marseille offrait de nombreuses possibilités de sorties, son climat permettant une vie en extérieur permanente.

Une étude centrée sur ce point permettrait d'étayer cette hypothèse.

Si cette hypothèse devait se confirmer, elle proposerait également une explication potentielle à l'auto évaluation de l'état de santé plus sévère à la faculté d'Aix-Marseille, que dans les autres régions étudiées, la démocratisation de soirées associant alcool et substances psychoactives illicites à fréquence rapprochée impactant alors l'état de santé ressenti.

Nous n'avons pas exploré les dépendances aux substances citées., ni non plus exploré le/les éventuel(s) impact(s) de ces usages sur l'activité professionnelle des internes. Cela pourrait être l'objet d'études par les services de médecine du travail.

IV.6. Suivi Médical jugé insuffisant

Des couvertures vaccinales encore incomplètes (Annexe 40)

Les données de notre étude montraient les résultats majeurs suivants :

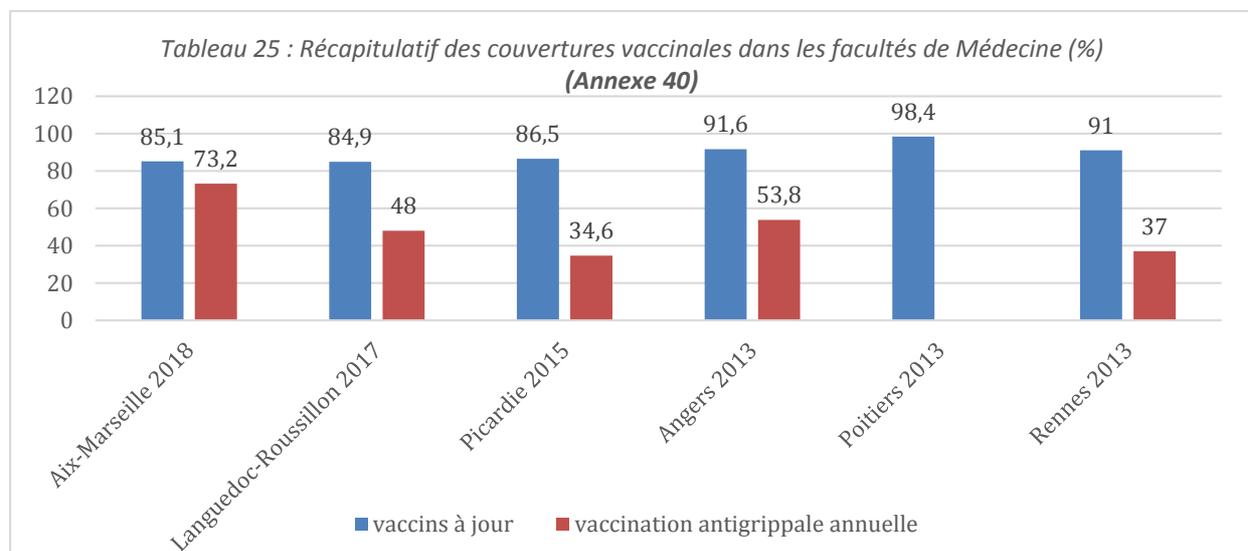
- 302 internes (85,1%) pensaient avoir leurs vaccinations à jour. 27 (7,6%) ont déclaré ne pas être à jour, et 26 (7,3%) ignoraient leur statut vaccinal.
- 95 internes (26,8%) déclaraient ne pas faire une vaccination antigrippale annuelle.

Le taux de vaccinations déclaré « à jour » par les internes de notre étude étaient meilleurs par rapport aux chiffres issus de la population générale. Le rapport sur la couverture vaccinale en France de 2014 indiquait une couverture vaccinale chez les adultes de 29,1% pour la diphtérie, 62,3% pour le tétanos et 36,1% pour la poliomyélite (en 2002) (17). La couverture du DTP chez les adolescents de 15 ans était de 80,5% en 2004. Chez les enfants de six ans, elle atteignait 96,4% en 2006 et 98,4% chez les enfants de deux ans en 2009, sachant que ce vaccin est obligatoire.

Toutefois, l'ignorance de leur statut vaccinal et la non vaccination cumulé de presque 15% des internes de notre étude était inquiétante et surprenante, puisque la vaccination contre le DTP et l'hépatite B était obligatoire selon l'arrêté du 06 mars 2007. Un contrôle du carnet vaccinal avait dû légalement être fait à la prise de poste de l'interne lors d'une visite médicale, avec un rattrapage des schémas si nécessaire, mais il était étonnant qu'une part si importante des internes ne s'en souviennent visiblement pas.

La vaccination contre la grippe était recommandée, avec comme objectif de santé publique, une couverture vaccinale de la grippe fixée à 75%. Cependant, depuis la saison 2009-2010, année de l'émergence du virus grippal pandémique H1N1, la couverture vaccinale a diminué de façon significative et a atteint 49% de la population générale en 2014.

La vaccination antigrippale obligatoire chez les professionnels de santé a été levée par le décret n°2006-1260 du 14 octobre 2006, mais elle demeurait fortement recommandée. Il était surprenant et problématique qu'encore 26,8% des internes ne se fassent pas vacciner annuellement contre la grippe, alors que le cursus était essentiellement hospitalier et obligeait le côtoiement de patients malades vulnérables. C'est toutefois plus de 20 points mieux comparativement aux autres facultés étudiées (tableau 25)



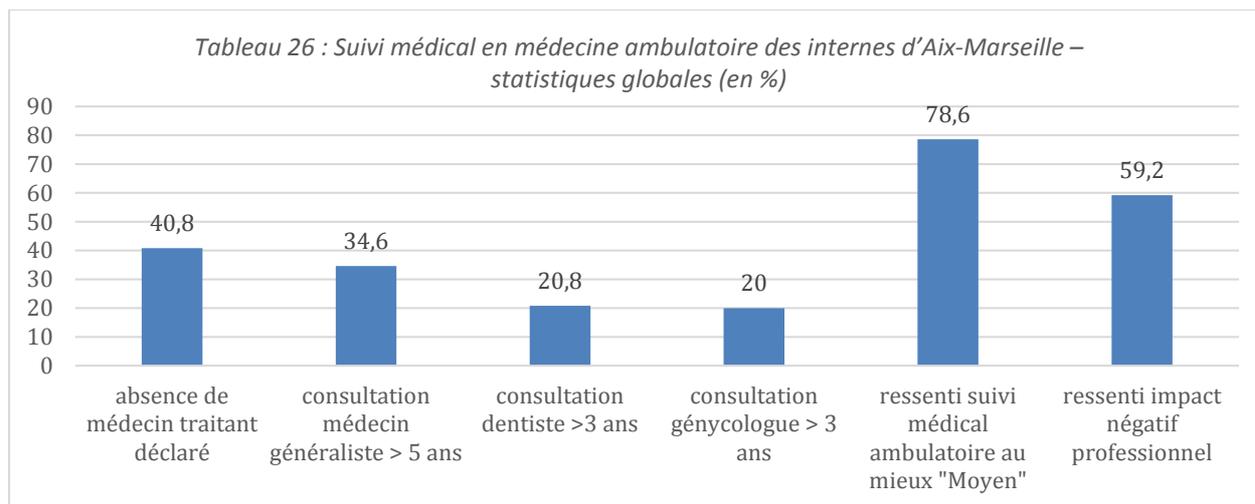
Les raisons possibles avancées à une non-vaccination étaient des réticences personnelles, un désintérêt, l'éloignement (maîtrise de stage / SASPAS), mais aussi le manque d'information. A noter que le passage depuis quelques années des services de la Médecine du Travail dans les services de l'Hôpital de l'AP-HM ait pu jouer en faveur d'une amélioration de ma couverture vaccinale antigrippale des internes.

Une des limites opposable de notre questionnaire concernait le changement du schéma du calendrier vaccinal depuis le 1^{er} janvier 2018 (11 vaccins désormais obligatoires) (54). Toutefois, ce changement ne concernant que les nouveaux-nés à partir du 1^{er} janvier 2018. Nous avons donc présumé donc que les internes ont répondu selon l'ancien schéma vaccinal appliqué (55).

Un suivi médical ambulatoire inégal ... (Annexes 41 & 42)

Les données de notre travail montraient les résultats majeurs suivants

- 210 internes (59,2%) indiquaient avoir un médecin traitant déclaré à l'Assurance Maladie. **Les internes de 1^{ère} année (47 internes, 75,8%) étaient significativement plus nombreux à en avoir déclaré un par rapport à leurs homologues des années supérieures (163 internes ; 55,6%) (p = 0,005).**
- Concernant la date de la dernière consultation chez un médecin généraliste, celle-ci datait de moins d'un an pour 56 internes (15,8%). Cela remontait entre 1-3 ans pour 98 internes (27,6%), entre 3-5 ans pour 78 (22,0%) internes. Enfin, 123 internes (34,6%) n'avaient pas vu de médecin généraliste depuis plus de cinq ans.
- Il n'y avait pas de différence de recours au médecin généraliste entre les internes au bon ou mauvais état de santé physique (p=0.039) ou psychologique (p = 0,2) (**Annexe 14**).
- 282 internes (79,2%) ont consulté un dentiste dans les trois dernières années, dont la moitié dans l'année passée (143 internes, 40,3%).
- 188 internes femmes (80,0%) ont consulté un gynécologue dans les trois dernières années.
- 279 internes (78,6%) jugeaient leur suivi médical ambulatoire comme au mieux « moyen », dont 57 internes (16,1%) le considéraient même complètement « inexistant ». Les internes de spécialité (n= 149 ; 81%) semblaient plus sévères que leurs homologues de médecine générale (130 ; 76%), sans toutefois qu'une différence statistiquement significative soit mise en évidence (p = 0,31).
- 210 (59,2%) des internes interrogés ont estimé que leur activité professionnelle avait un impact négatif sur leur suivi médical. **152 internes femmes (64,4%) étaient plus sévères comparativement aux hommes (n=58 ; 48,7%) (p= 0,006).**



Selon l'étude *SEJM 2016* (7), 58,0% des étudiants et jeunes médecins interrogés avaient déclaré un médecin traitant. Selon la même étude seuls 27,0% d'entre eux ont consulté un médecin généraliste au cours de la dernière année. (**Annexe 41**). Les motifs de non consultation retrouvés les plus fréquents étaient le fait de ne pas être malade (39,0%), le manque de temps (41,0%) et la possibilité de se prendre en charge soi-même (15,0%).

Nous retrouvons un taux casi-similaire d'internes ayant déclaré un médecin traitant (59,2%), mais bien plus faible pour la consultation de médecine générale dans l'année précédente (15,8% vs 27,0%) (**Annexe 41**).

On notait que l'état de santé déclaré (physique ou psychologique) n'avait pas influencé le fait de consulter ou non sur cette dernière année. Cette dernière donnée laissait penser que les internes n'envisageaient potentiellement pas la consultation en médecine générale comme un facteur potentiel de mieux être (**Annexe 14**).

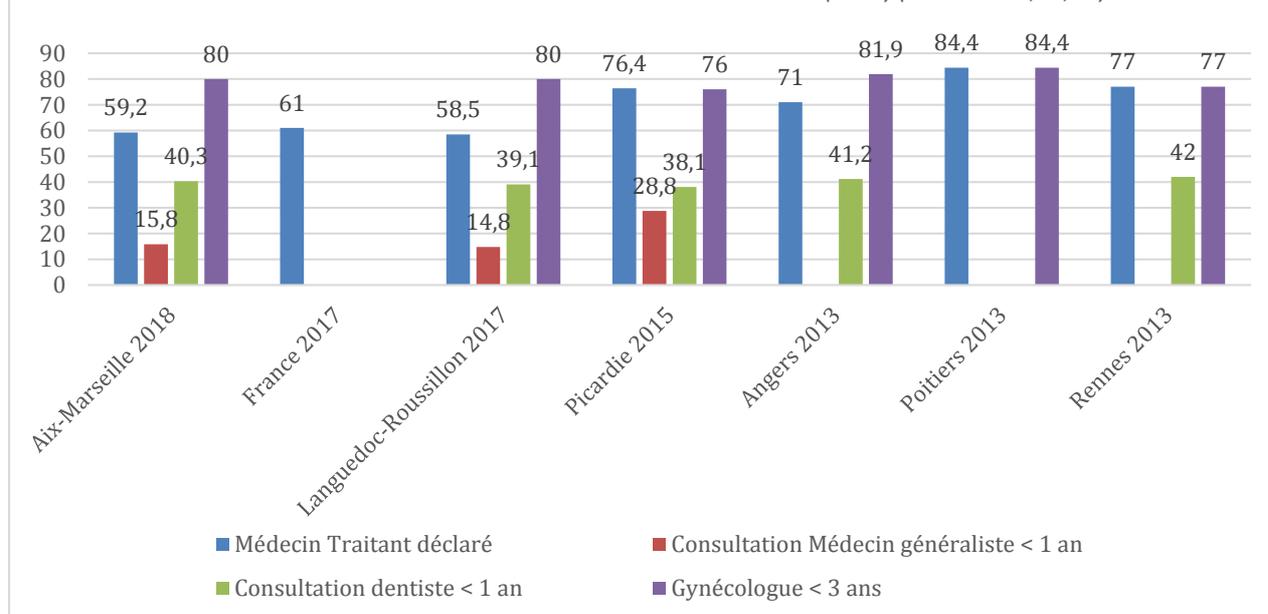
Selon un sondage *Les français, leur dentiste et l'accès aux soins bucco-dentaires, 2013 (IFOP, 2013)* (56) en population générale, 59% des Français étaient allés consulter un dentiste dans l'année passée, et 14% n'y étaient pas allés depuis au moins deux ans. Il semblait comparativement que les internes d'Aix-Marseille délaissent leur santé bucco-dentaire, mais ce taux était en réalité presque égal comparativement à la tranche d'âge 20-44 ans (41,4%), ainsi que parmi la population générale en PACA (42,3%) (données *ESPF 2017*) (12), et comparable aux autres facultés (**Annexe 42**).

Selon le baromètre santé 2010 (31), une femme sur deux (52,8%) parmi les 15-30 ans déclarait avoir consulté un gynécologue dans l'année, ce qui correspondait à 72,0% des 26-30 ans. La fréquentation d'un gynécologue au moins une fois dans l'année était plus élevée parmi les personnes les plus diplômées (OR=1,7, p<0,001).

Dans notre travail, nous observons que 45,1% des femmes avaient consulté leur gynécologue dans l'année, et 80,0% d'entre elles y étaient allées dans les trois années précédentes. (pour rappel, elles étaient 83,1% à avoir vu un médecin généraliste dans les trois dernières années). Des scores de frottis à jour élevés aussi dans les autres thèses (84,4% (Poitiers) (21), 81,9% (Angers) (22), 80,0% (Montpellier) (9), 77% (Rennes) (23) et 76% (Picardie)(19)). Des résultats de 20 points supérieurs à la moyenne française des femmes (**Annexe 43**).

Cette présence importante d'une dernière consultation pour les femmes dans les trois dernières années peut s'expliquer par l'existence d'une recommandation HAS pour les frottis, à faire tous les trois ans (31).

Tableau 27 : Les suivis médicaux ambulatoires des internes (en %) (Annexes 41,42,43)



Les résultats de notre étude, par rapport aux données des autres thèses, suggéraient une fréquence de déclaration du médecin traitant moindre que dans les autres facultés (entre 12,5 et 26 points de différence, sauf à Montpellier au score similaire). Pour les autres variables étudiées, les résultats semblaient comparables.

La présence plus importante de médecins traitants déclarés dans les autres facultés nous paraît imputable à une origine très diverse des internes à la faculté d'Aix-Marseille, loin de leur région d'origine et n'allant pas consulter des médecins qu'ils ne connaissaient pas ; ce que suggérait aussi C.SCHRECK *Rennes, 2013* (23), dans son étude dans laquelle elle relevait un écart de 23 points dans la déclaration d'un médecin traitant par les internes, selon s'ils réalisaient leur internat dans la même ville que leur externat.

Une des raisons aussi possibles au fait d'un faible nombre des internes à avoir consulté un médecin généraliste dans l'année passée, était que les internes n'envisageaient potentiellement pas la consultation en médecine générale comme un facteur potentiel de mieux être (physique ou psychologique).

Une hypothèse appuyée par J.LACHENAL *Montpellier, 2017* (9) ; dans son étude, parmi les internes ayant présenté une « santé moyenne ou mauvaise » et présenté des idées suicidaires ; 59,0% n'avaient pas consulté de médecin généraliste dans les 12 derniers mois.

L'étude *SEJM 2016* (7), apportait quelques éclaircissements à ce fait : « un manque de temps (63%), une auto prise en charge (14%), et 11% s'estimaient pas assez malade pour aller consulter ! »

C.METAIS dans son *Approche quantitative des freins perçus par les MG pour se faire aider par une structure dédiée en situation de burnout (Poitiers, 2017)*(57), y ajoutait aussi : la difficulté à se projeter comme patient, le déni, les doutes des capacités de son interlocuteur à proposer une aide significative, ne pas savoir à qui s'adresser. Enfin aussi, un sentiment d'échec « inhérent » au fait de demander de l'aide, une appréhension de la relation avec un autre professionnel de santé, la crainte du diagnostic, et la crainte d'un manque de confidentialité.

Au vu de ces statistiques, et malgré le désintéret soupçonné précédemment des internes envers le suivi de leur santé, les internes de la faculté d'Aix-Marseille semblaient tout de même avoir conscience du manque de qualité de leur suivi médical ambulatoire ; à cause de leur activité professionnelle décrite comme un frein, en raison des horaires, et de la possibilité d'auto-prescription.

Une pratique de l'auto prescription généralisée

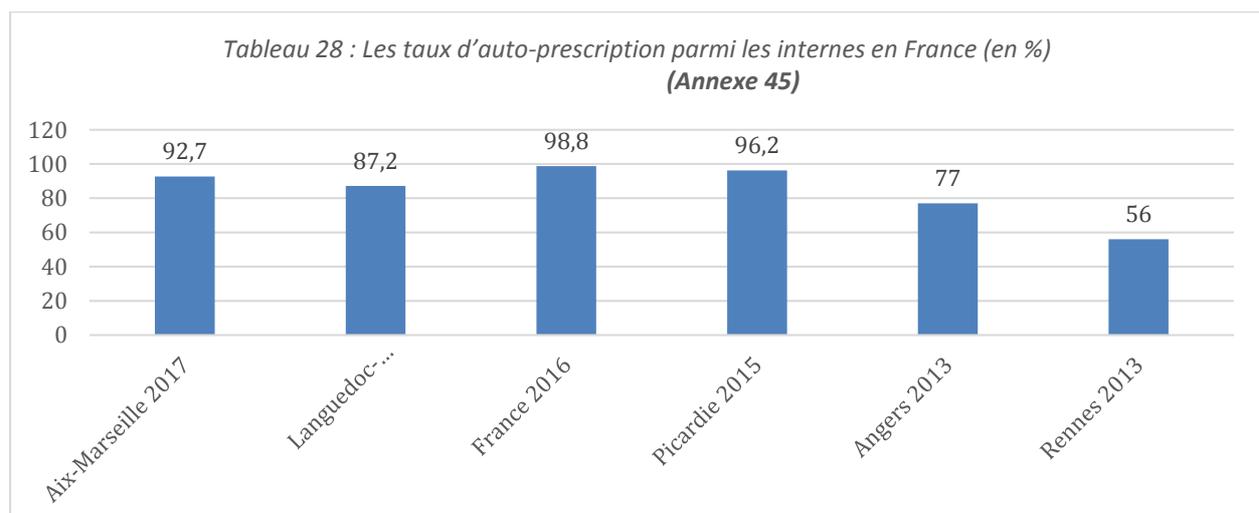
Les données de notre travail montraient les résultats majeurs suivants

- 329 internes (92.7%) de notre étude pratiquaient l'auto-prescription. Cela concernait en plus forte proportion **les internes des années supérieures (277 internes ; 94,5%) comparativement aux internes de 1^{ère} année (52 ; 83,9%) (p=0.007)**.
- Les médicaments auto-prescrits par ordre de fréquence étaient : les antalgiques (245 internes ; 69,0%) et la pilule contraceptive (158 internes féminines ; 66,9%). Venaient ensuite les antibiotiques et les anti-inflammatoires (environ 40% des internes). 78 internes (20,8%) s'autoprescrivaient d'autres choses (examens de radiologie, kinésithérapie et autres ordonnances paramédicales ...). L'auto-prescription de psychotropes concernait 36 internes (10,1%), sans différence selon le genre, la filière d'étude, ou l'année d'internat.

Le taux d'auto-prescription retrouvé à la faculté d'Aix-Marseille se situait dans la tranche haute parmi les autres facultés françaises, c'est-à-dire plus de 90% ! (**Annexe 45**).

L'auto-prescription était **moins fréquente parmi les internes de 1^{ère} année d'internat**. On ne retrouvait pas d'autre différence, contrairement à Montpellier, 2017 (9), où les Femmes et les IMG avaient plus recours à l'auto-prescription. Des différences confirmées dans la thèse de L.SIMON Les internes sont-ils conscients des risques de leur automédication ? 2016 (58). (On pouvait supposer que l'auto-prescription de la pilule par les femmes pouvait « fausser à la hausse » cette donnée). Une expérience professionnelle plus importante pouvaient aussi être des explications à la plus forte proportion des internes des années supérieures à y avoir recours, retrouvée dans notre étude.

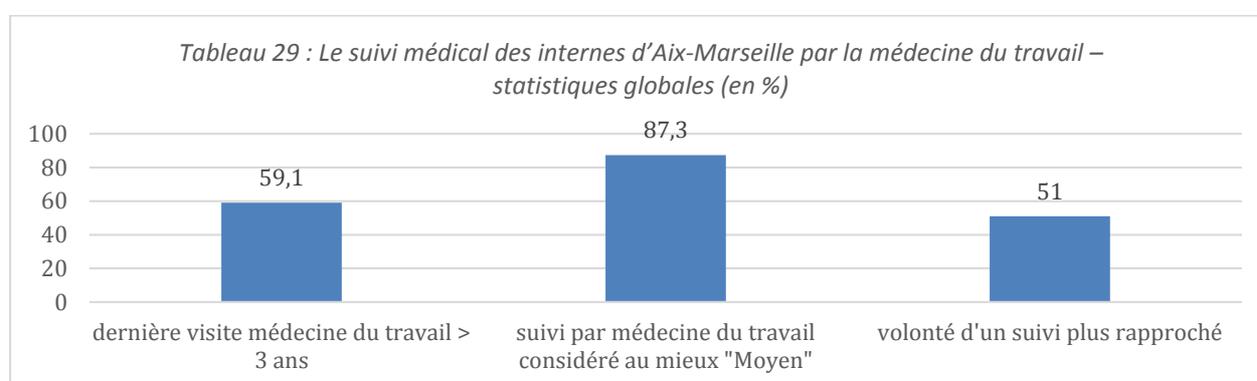
Ces scores étaient à mettre en relation avec le faible taux de consultation chez le médecin traitant, car pour beaucoup d'internes l'auto-prescription se justifiait par un manque de temps, la possibilité de se prendre en charge soi-même et la contrainte géographique due à la mobilité imposée.



Une place de la médecine du travail insuffisante (Annexe 46)

Les données de notre travail montraient les résultats majeurs suivants :

- 50 internes (14,1%) avaient déclaré avoir bénéficié d'une visite médicale par le service de Médecine du Travail dans l'année. Pour 95 (26,8%) d'entre eux celle-ci datait d'entre 1-3 ans, entre 3-5 ans pour 104 (29,2%). Enfin, 106 internes (29,9%) indiquaient ne jamais en avoir eu.
- Les internes jugeaient sévèrement leur suivi par le service de médecine du travail, puisque 310 internes (87,3%) ont considéré leur suivi par le service de la médecine du travail au mieux « Moyen », dont quasiment la moitié (46,2%) l'a déclaré « inexistant ».
- 181 internes (51,0%) souhaitaient un suivi plus rapproché par le service de la médecine du travail.



L'étude *SEJM 2016* (7) indiquait que 36,0% des répondants avaient vu un médecin du travail au cours des deux dernières années, ce qui est compatible avec nos résultats, qui ont été faits sur une base rétrospective de trois années. En effet, 59,1% n'avaient pas consulté en médecine du travail ces trois dernières années, quand les recommandations légales stipulait une visite d'information et de prévention (anciennement visite médicale d'embauche) dans un délai maximum de trois mois à partir de l'embauche, selon <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F34061> (32).

Le travail de thèse mené à *Angers, 2013* (22) constatait que 21,9% des répondants avaient déclaré n'avoir jamais bénéficié d'une consultation en médecine du travail, contre 29,9% dans notre étude. Enfin, 65,0% des internes de *Rennes, 2013* (23) avaient jugé le suivi par la médecine du travail insuffisant en termes de fréquence et 71,0% en termes de moyens déployés (envoi de convocations, réalisation d'examen complémentaires, etc.). Un chiffre d'insatisfaction qui montait à 76,7% à *Montpellier, 2017* (9). Cela allait dans le sens de notre travail et sous-tendait que les rapports entre les internes et la médecine du travail étaient en général insuffisants.

Il est intéressant de noter que les internes de la faculté d'Aix-Marseille étaient demandeurs d'un suivi plus rapproché en médecine du travail. Ce qui allait dans le sens d'une prise de conscience de la part des internes de leur médiocre suivi médical global.

Une tendance vers une plus forte demande semblait se dessiner selon leur état de santé ; 58,1% des internes à l'état de santé physique déclaré au mieux « Moyen » contre 45,4% « Excellent / Bon » ($p=0,03$) ou mauvais état de santé psychologique (58,2% contre 45,5%) ($p=0,02$) (**Annexe 15 bis**). Les demandes majoritaires étaient pour une amélioration de la prise en charge préventive spécifique aux internes (accidents d'exposition au sang ou tuberculeux, vaccinations,

etc ...), et une volonté de disposer d'un espace de soutien psychologique. Certains étaient même demandeur à ce que ce suivi puisse se substituer à leur suivi ambulatoire « classique ». Enfin, il existait une demande d'un travail ergonomique d'adaptation de poste.

Cette forte demande de renforcement nous a surpris, au vu des nombreux échos négatifs que nous avons eu, présentant la médecine du travail comme une contrainte superflue, et que dans notre étude, on constatait aussi qu'un mauvais état de santé physique ou psychologique n'influençait pas non plus la présence d'une consultation en médecine du travail cette dernière année (**Annexe 15 bis**).

On pouvait donc se demander ici si l'information concernant la possibilité de solliciter une consultation médicale en médecine du travail avait été correctement donnée aux internes. Il apparaissait également légitime de se demander si la médecine ambulatoire ou la médecine du travail étaient identifiées par les internes comme un moyen potentiel de mieux être. Les connaissances médicales des internes pouvant leur donner l'impression qu'un point de vue extérieur n'apporterait pas d'avantage. Une étude qualitative par entretien permettrait de confirmer ou d'infirmer ces hypothèses, et d'identifier d'autres freins à aller consulter s'ils existaient.

IV.7. Différences Hommes/ Femmes : moins bons états de santé physique et psychologique, mais meilleurs suivis

Concernant leur état de santé physique, seule une **proportion plus importante de Femmes en situation de « Maigreur » (11,9% contre 1,7% des hommes)** était retrouvée.

Sinon, les Hommes semblaient globalement un peu plus nombreux proportionnellement à se sentir dans un bon état de santé physique, à réaliser plus d'activité physique, malgré une alimentation moins équilibrée. Ils étaient aussi plus proportionnellement en situation de surpoids. (sans différence significative toutefois).

De la même manière globale, les internes Hommes présentaient un léger meilleur état de santé psychologique que leurs consœurs. **Les femmes étaient significativement plus sujettes à souffrir au moins « souvent » de l'anxiété (n=107 ; 45,3%), contre 36 hommes (30.2%), (p = 0.008).**

Paradoxalement, ce moins bien global d'état de santé psychologique ne se reflétait pas par un usage plus important d'anti-dépresseurs/anxiolytiques/somnifères (au contraire, très légère infériorité 22% des femmes, 23,5% des hommes). Certaines études expliquaient cette différence par un plus grand taux de consultation chez des psychothérapeutes de la part de la gente féminine, donc une moindre consommation médicamenteuse comme seul recours à leur détresse psychologique.

Ce qui se traduisait par un **jugement plus sévère concernant l'impact de leur activité professionnel sur leur état de santé psychologique (71.6% des Femmes, 57.1% des Hommes, p=0.008) (Annexe 9).**

L'étude de l'INSI 2017 (59), rappelait les problèmes que posaient la persistance d'un sexisme ambiant latent, voire harcèlement physique et / ou moral que les internes féminines subissaient dans le milieu hospitalier (sur 47% des internes déclarant en avoir été victime, 61% était des femmes).

De plus, la problématique que pouvaient poser une grossesse/vie familiale, au cours de l'internat pouvaient être des débuts d'explications, qu'il faudrait explorer qualitativement.

Concernant leur consommation d'alcool, la population d'internes féminins d'Aix-Marseille présentait des usages plus raisonnables dans l'ensemble, (notamment sur l'ensemble des conduites à risque qui concernait 24,8% des femmes, contre 32,8% des hommes ($p= 0,13$) mais sans différence significative toutefois. Une différence de genre était par contre retrouvée aussi dans la thèse de C.SPEICHER dans son étude *Les consommations d'alcool et de produits psychoactifs chez les internes de médecine en France, 2012* (51).

Concernant les autres addictions, elles avaient globalement des comportements moins pathologiques que leurs confrères, et cela de manière significative concernant des usages de cannabis et de stupéfiants.

Ainsi, les **hommes (45,4%)** avaient plus consommé du cannabis au moins une fois dans l'année passée que les femmes (30.1%) ($p= 0,006$). Une différence retrouvée chez J.HERAULT dans son étude *Consommation de substances psychoactives des internes en médecine, enquête auprès des facultés d'Angers et de Lyon, 2012* (49).

Une consommation occasionnelle de stupéfiants (autre que cannabis) était **plus forte chez les hommes (30,3%)** que chez les femmes (14,8%) ($p=0.001$). Une différence statistiquement significative aussi retrouvée chez J.LACHENAL (9) : 21,3% chez les hommes, contre 10,7% chez les femmes ($p=0.002$).

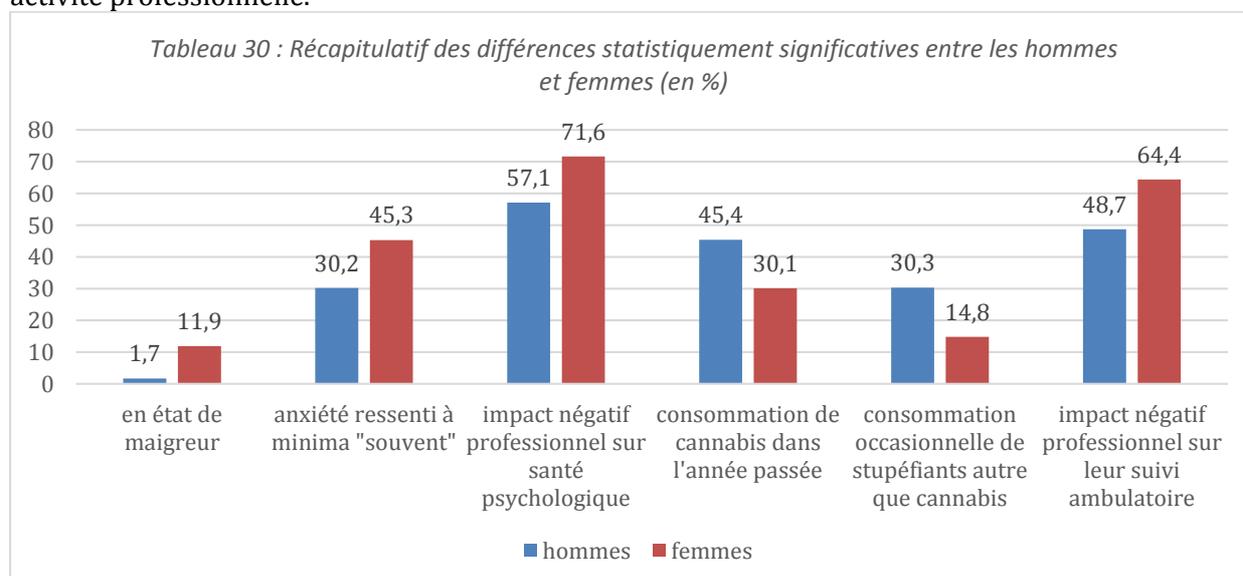
Sur le plan de leur suivi médical, les internes Femmes étaient globalement mieux suivies.

Encore une fois, elles étaient **plus sévères sur le jugement de l'impact de leur activité professionnelle sur leur suivi ambulatoire (64,4% des femmes, contre 48,7% des hommes, $p=0,06$)**.

Elles étaient un peu plus nombreuses proportionnellement à pratiquer l'auto-prescription (97,0% chez les femmes, 84,0% chez les hommes). Une différence (non significative statistiquement) que l'auto-prescription de pilule pouvait en partie expliquer.

On ne pouvait pas dégager de tendance concernant leur relation avec le service de la Médecine du Travail.

Pour conclure sur les internes de sexe féminin, on peut dire qu'il s'agit d'une population plus à risque, mais qui prend mieux soin d'elle, car peut être plus consciente de l'impact négatif de leur activité professionnelle.



IV.8. Des différences IMG / IS ?

Leurs états de santé physique ne présentaient pas de différence majeure. Que des nuances ; ainsi les internes de médecine générale paraissaient être un peu plus nombreux proportionnellement à pratiquer une activité physique et avoir une meilleure alimentation. Des nuances que l'on pouvait supposer être consécutives à des horaires et charge de travail un peu moins importants chez les IMG (puisqu'ils réalisent moins de stages au CHU que leurs homologues de spécialités). Une hypothèse que semblait corroborer un ressenti un peu plus négatif de la part des internes de spécialités quant à l'impact de leur travail sur leur état de santé physique.

Les internes de spécialité paraissaient présenter un état de santé psychologique globalement meilleur que leurs homologues de médecine générale.

Dans l'exploration du « burnout », les internes de spécialités semblaient être un peu plus nombreux proportionnellement à souffrir d'épuisement professionnel (28.9% contre 18.1% des IMG), et a contrario à peine plus à ressentir des critères d'épanouissement personnel dans leur travail.

La consommation d'anti-dépresseurs / anxiolytiques / somnifères étaient similaires à leurs homologues IMG.

De manière identique à leur ressenti concernant l'impact de leur activité professionnelle sur leur état de santé physique, les IS étaient à peine plus sévères (69,0%) contre 64.3% des IMG, sur l'aspect psychologique.

Une des hypothèses avancées était l'environnement des IS, qui effectuent la plupart de leurs stages d'internat au CHU. Une structure plus « stressante » que les stages des hôpitaux périphériques (à quelques exceptions près évidemment). Un stress tant par la charge de travail, l'exigence inhérente au CHU, la concurrence entre les internes en vue d'obtention d'un poste post-internat, et l'absence de visibilité sur l'avenir qui en découle. Toutefois, les internes de spécialités « résistent » mieux au stress, peut-être de par une « sélection » à l'ECN et leur choix de s'engager dans des filières de spécialités qu'ils savaient à l'avance difficiles à vivre, demandant un plus grand sacrifice sur le plan de leur vie personnelle.

Concernant les conduites addictives, les internes de spécialités paraissaient avoir moins d'attitudes pathologiques dans tous les domaines explorés (sans toutefois que cela ne soit statistiquement significatif là encore).

Vis-à-vis des attitudes à risque de consommation d'alcool, une tendance semblait concerner une plus grande proportion d'internes de médecine générale (33,3%) contre leurs homologues de spécialités (21,7%) ($p=0,019$).

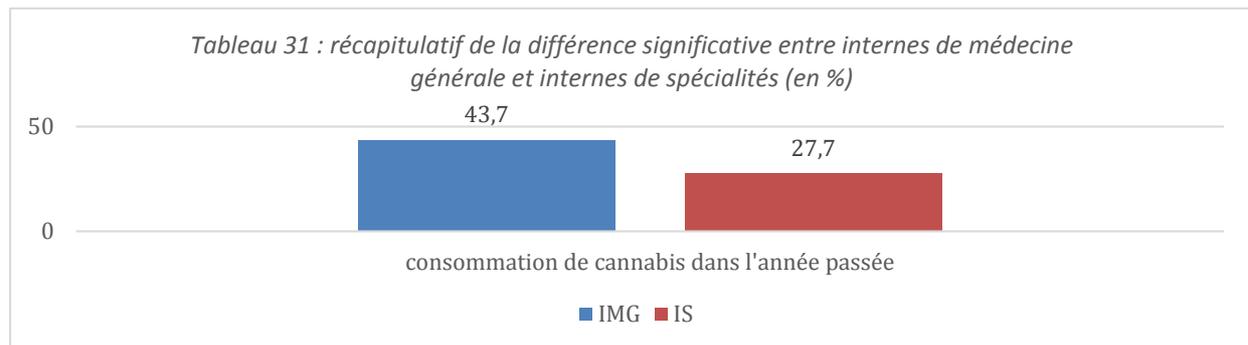
Par contre, il y avait clairement une consommation **d'au moins une fois dans l'année passée de cannabis plus importante chez les IMG (43,7%), contre 27,7% des IS ($p=0,003$)**.

Concernant les stupéfiants autres que cannabis, les internes de médecine générale (26,9%) semblaient présenter une consommation au moins « Occasionnelle » dans l'année passée plus forte que les internes de spécialités (20,1%). Une différence retrouvée mais de manière significative par J.LACHENAL (9) : 18,8% de consommateurs réguliers/occasionnels de stupéfiants autre que cannabis plus nombreux parmi les internes de médecine générale languedociens, contre 9,0% des internes de spécialité ($p=0,005$).

A propos de leur suivi médical, seules de discrètes nuances moins bonnes apparaissaient dans leur vaccination et déclaration de Médecin Traitant. Ils étaient légèrement « meilleurs » concernant la vaccination antigrippale annuelle (accès au vaccin plus facile ?).

Ils étaient à peine plus légèrement sévères aux questions de leur ressenti de leur suivi ambulatoire et par le service de la Médecine du Travail et l'impact de leur activité professionnelle. Sans toutefois être demandeur d'un plus grand rôle de la part dudit service de Médecine du Travail.

En conclusion, les internes de médecine générale semblaient présenter un léger meilleur état de santé physique. Les internes de spécialités paraissaient un peu plus « résistants » psychologiquement (impact de caractère et par choix assumé de spécialité hospitalière ?), et un peu plus sévères sur l'impact de leur activité professionnelle sur leur santé, leur suivi médical.



IV.9. Peu de différences entre 1ères années versus internes des années supérieures

Concernant leur état de santé physique, les seules tendances à se dégager étaient une plus importante pratique d'activité physique et un ressenti plus sévère quant à l'impact de leur activité professionnelle de la part des années supérieures (66.2% contre 37.1% pour les 1ères années, sans que cela ne soit statistiquement significatif).

Une hypothèse avancée par A.SEJOURNE (42) dans son étude était une meilleure gestion du temps de la part des internes plus âgés, leur permettant de se dégager un peu plus de temps pour leur vie personnelle par rapport aux néo-internes (42). Une moindre mobilité géographique des internes plus vieux pouvait aussi être une des raisons.

Pas de grande différence à propos de leur état de santé psychologique, si ce n'est un peu plus de troubles du sommeil et de fatigue chez les anciens internes. Sans doute une certaine lassitude inhérente à la durée des études, le rythme de travail, l'accumulation des gardes/astreintes y étaient un peu pour quelque chose.

Dans l'exploration du « burnout », 24.9% des vieux internes déclaraient avoir présenté des critères d'épuisement professionnel (contre 17.7% chez les néo-internes) ($p=2,42$), ainsi que des critères de dépersonnalisation (19.1% contre 6.5%) ($p=0,03$). Sans que cela ne soit statistiquement significatif. Par contre, **seuls 11.3% des internes des années supérieures montraient des critères d'accomplissement personnel, ce qui était nettement inférieur aux néo-internes (25.8%) ($p=0,009$).**

Les néo-internes consommaient un peu moins d'anti-dépresseurs/anxiolytiques/ somnifères que leurs homologues plus âgés.

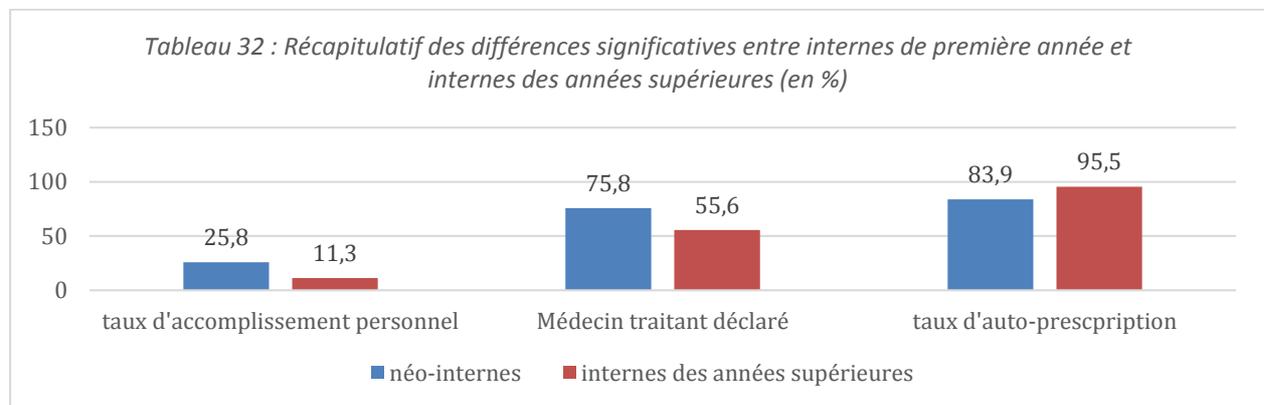
A la question de l'impact de leur activité professionnelle sur leur état de santé psychologique, comme pour le versant physique, les anciens internes semblaient porter un jugement plus sévère.

Les conduites addictives entre les néo-internes et ceux des années supérieures, aucune tendance ne semblait se dégager en dehors des attitudes consommations à risque d'alcool qui semblaient concerner plus les internes de première année (32,3%), par rapport, aux internes des années supérieures (26,3%) (p=0,42).

Vis-à-vis de leur suivi médical, les anciens internes avaient très légèrement moins consulté un Médecin Généraliste / Dentiste/Gynécologue / Médecine du travail, sur les 3 dernières années, et se faisaient moins vacciner annuellement. Une différence statistiquement significative apparaissait **dans la déclaration d'un Médecin Traitant (75.8% des néo-internes contre 55.6%, p=0.005).**

Une tendance à un moins bon suivi ambulatoire, qui paraissait être contrebalancé en partie par une **nette différence à l'auto-prescription de la part des anciens internes (95.5% contre 83.9% des néo-internes, p=0.007).**

Peut être conscients de leur mauvais suivi ambulatoire, les internes des années supérieures étaient un peu plus demandeurs d'un suivi plus rapproché par ladite Médecine du Travail (52.9% contre 41.9% des néo-internes).



IV.10 Différences entre les internes travaillant au plus 48 heures hebdomadaires et les autres ; Un impact plus physique que psychologique

211 (59,4%) internes ont indiqué le non-respect des 48 heures travaillées hebdomadaires maximum.

Parmi les 144 internes travaillant dans des services appliquant les 48 heures hebdomadaires, 82 internes (56,9%) internes estimaient un impact mélioratif sur leurs conditions de travail. (**Annexe 2**).

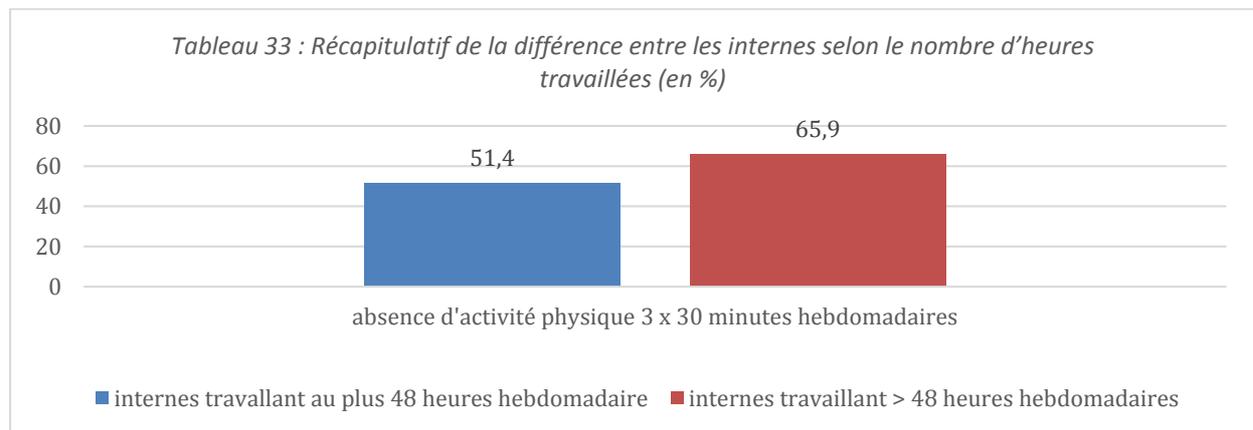
65,9% des internes travaillant plus de 48 heures hebdomadaires ne pratiquaient pas d'activité physique (au moins 3 fois 30 minutes par semaine), contre (51,4%) qui travaillaient dans des services appliquant la réforme des 48 heures hebdomadaires (p=0,008).

L'équilibre alimentaire semblait être moindre chez les internes travaillant plus de 48 heures hebdomadaires (57,3%), par rapport aux internes travaillant 48 heures hebdomadaires maximum (43,1%) (p=0,011).

Il n'y avait pas d'incidence sur le BMI selon le nombre d'heures travaillées hebdomadaires.

Le jugement de l'impact professionnel sur leur santé physique semblait être plus sévère par les internes travaillant plus de 48 heures hebdomadaires (71,1%) que ceux qui travaillaient 48 heures au plus (57,6%) ($p= 0,012$) (**Annexe 3 bis**)

Le nombre d'heures hebdomadaires travaillées (plus ou moins 48 heures) n'impactaient pas l'état de santé psychologique déclaré ni les différents critères étudiés (fatigue, humeur triste, anxiété, idées suicidaires, troubles du sommeil). (**Annexe 5 bis**), ni favoriser un usage plus important de psychotropes (**Annexe 9 ter**).



IV.11. Limites et Biais de l'étude

Biais de recrutement ;

- une diffusion limitée via les seuls réseaux sociaux, car refus de diffusion de la part de la SAIHM, et réponse du service de la scolarité de la faculté d'Aix-Marseille un mois après clôture de l'inclusion.

- Etude basée sur le volontariat : on peut supposer que seuls les internes intéressés et motivés « biais de volontariat », il entraîne un risque de non représentativité de l'échantillon analysé ; les caractéristiques des internes ayant décidé de répondre pouvant être différentes de celles de ceux ayant décidé de ne pas participer à l'étude.

- Majorité de réponses des internes les plus jeunes (de la 1^{ère} à la 3^{ème} année). Nous avons eu des réponses de la part d'internes de médecine générale en 4 et 5^{ème} année ; nous avons supposé que cela correspondait des internes ayant pris une disponibilité / réalisé une année MASTER / redoublé (nous n'avons pas demandé dans notre étude le détail de leur cursus). En regroupant les années 2 / 3 / 4 / 5 d'internat, cela nous a permis de passer outre ces disparités. Ce regroupement allait aussi dans le sens de notre étude, qui cherchait à mettre en relief d'éventuelles différences qui apparaîtraient au fur et à mesure de l'internat. En séparant les 1^{ères} années des années supérieures (et non pas 1^{ères}, 2^{ndes} et 3/4/5^{èmes} années), nous espérons ainsi mettre en valeur d'éventuelles disparités de manière plus prononcées.

- A noter qu'il n'y avait pas de doublons possibles dans les réponses fournies, car les internes n'avaient la possibilité de ne répondre qu'une seule fois au questionnaire, réalisé sur GOOGLEDOD.

Biais temporel ;

- Etude rétrospective : Biais de mémorisation : plusieurs questions posées concernent des faits s'étant déroulés sur une période des 3 dernières années. Les intérêts et vécus des sujets interrogés sur une question / thématique font que certains auront plus tendance à se souvenir que d'autres, ce qui amène à un manque de discernement

- Période de recueil des données à cheval sur la fin d'un semestre d'hiver / début semestre d'été. Les réponses données en fin de semestre peuvent être biaisées par un filtre plus négatif, dû à une possible lassitude/épuisement global de fin de semestre. Alors qu'à l'inverse, l'entrée dans un nouveau stage, plus d'expérience pour les néo-internes, le début des « beaux jours » ont pu influencer positivement.

- La temporalité du questionnaire ne permettait pas non plus de discerner un impact franc sur la qualité de vie des internes, entre ceux travaillant 48 heures hebdomadaires et ceux travaillant plus. Car certains internes pouvaient être dans des services respectant la réforme des 48 heures que depuis peu (et inversement).

Biais d'interprétation ;

- Utilisation de concepts « flous » peu ou pas assez bien définis. Tels que l'anxiété, une humeur triste, burnout, harcèlement, ... laissées à l'appréciation personnelle subjective de chaque répondant.

- Certaines questions étaient posées sans date / période associée. Ainsi certaines questions interrogeaient sur un ressenti lors du questionnaire même, alors que d'autres pouvaient recourir à des périodes plus longues (telle que « durant l'année passée »). Il en résultait de possibles biais dans l'interprétation des réponses fournies ; raison pour laquelle nous n'avons pas par exemple tenté de calculer le nombre d'internes en situation de dépression.

Biais de comparaison ;

- Comparaison avec d'autres études elles aussi observationnelles. Leurs paramètres d'échantillonnage, recueil des données sont différentes. Et la plupart d'entre elles comportaient un questionnaire ad hoc comme notre étude. Elles ont enfin été réalisées sur différentes années. Elles sont donc ininterprétables de façon absolument certaines.

- comparaison avec des résultats d'études aux questionnaires validés.

IV.12. Et ensuite ?

Des études supplémentaires à mener

Notre étude n'est qu'un aperçu limité dans le temps, explorant les différents aspects de santé de manière globale, non exhaustif de l'ensemble des internes de la faculté d'Aix-Marseille. Il pourrait être complété par les études plus approfondies suivantes :

- Une étude prospective sur une période de trois ans (durée d'un internat de Médecine Générale), avec un relevé précis des durées de temps de travail, gardes et astreintes, et l'exploration de l'impact de ce volume horaire professionnel, sur leur ressenti comparés à des critères validés objectifs explorant leur santé physique et psychologique.
- Une étude sur la prévalence des accidents, leurs conditions de survenue, leurs facteurs précipitants telle que la fatigue et la charge de travail, fortement incriminés dans notre étude. Et l'étude du suivi par le service de la Médecine du Travail.
- Une étude quantitative sur le burnout, la dépression des internes de la faculté d'Aix-Marseille. Les deux principaux maux retrouvés et décrits parmi les différentes études. Toutefois, comme le fait remarquer M.LESAGE dans sa thèse *Pourquoi le trouble bipolaire, pathologie psychiatrique sévère, est-il mal repéré et difficilement pris en charge en soins primaires ?* (60), la prévalence des troubles bipolaires est largement mésestimée quantitativement et qualitativement, et pourrait aussi faire aussi l'objet d'une étude centrée sur la population médicale.
- Une étude quantitative plus approfondie sur la consommation des psychotropes des internes de la faculté d'Aix-Marseille, le suivi ou non psycho-psychiatrique associé. Le retentissement sur la qualité de travail des internes usagers.
- Une étude quantitative des motifs de consultation des internes en médecine ambulatoire, la quantification des raisons de non-consultation ambulatoire.
- Une étude sur les l'état des connaissances des internes à propos des missions du service de Médecine du Travail, les raisons de leurs réticences et défiance envers celle-ci.

Et quelles solutions ?

Il apparaît nécessaire encore une fois de rappeler l'importance de la mise en application de la réforme des 48 heures hebdomadaires maximales travaillées.

Nous estimons que des visites inopinées de l'inspection du travail permettraient de favoriser le respect de ces obligations. Il est néanmoins évident que le temps de travail des internes est directement corrélé à la charge de travail à réaliser dans les services hospitaliers, et qu'une diminution de leur temps de travail impacterait de fait le temps de travail des médecins exerçant dans ce service. Une législation contraignante sans augmentation des effectifs apparaît donc comme une mesure incomplète et difficilement réalisable de la part des gouvernants. Par ailleurs, sanctionner financièrement ou fermer les mauvais terrains de stage ? Dans les deux cas, il semble que les principales victimes en seraient le personnel soignant dans son ensemble, et au final les patients.

Aussi, seule une augmentation conséquente des médecins, internes ET séniors, paraît être une réponse la plus médicalement adaptée.

Au sujet de la santé physique des internes, il paraît difficilement envisageable d'imposer aux internes de pratiquer une physique régulière, encore moins d'imposer un temps dédié sur les temps de stage. D'autant plus que le physique est considéré comme ressortant de la responsabilité individuelle, à pratiquer sur son temps libre. Tout comme le fait de se préoccuper ou non de son équilibre alimentaire.

Toutefois, un des moyens possibles pour améliorer l'état de santé physique global des internes serait de préserver les internats, qui ne sont pas qu'un lieu de passage quotidien quelconque pour quelques jeunes étudiants, mais pour certains le lieu de six mois de leur vie. Ce sont des espaces de vie qui leur évitent des temps de trajet parfois fastidieux, de la fatigue, et évitent leur isolement social. Ce sont aussi des lieux d'échanges informels, et bien d'autres arguments qui ne sont pas « cotables financièrement ». Ce sont notamment les endroits où les internes (et pour encore nombre d'hôpitaux, les médecins séniors aussi) se restaurent, à toute heure du jour et de la nuit. Possibilité que n'offrent pas les « selfs du personnel ». Ceci, même si sur la question alimentaire, ces internats ne jouissent pas d'une grande réputation. L'internat de la Timone en est malheureusement un exemple nationalement connu...

Une autre piste pour améliorer la qualité de vie des internes pourrait donc aussi passer par une véritable amélioration de la qualité des repas proposés.

Concernant l'état de santé psychologique des internes, il apparaît évident qu'une amélioration de leur état de santé induirait aussi celle de leur santé mentale.

Les scores sur ce sujet retrouvés dans notre étude et les autres enquêtes réalisées auprès des internes (et de la population médicale dans son ensemble) reflétaient à mon sens 2 choses : le (très) mauvais état de santé psychologique global et son urgence afin d'éviter son explosion épidémiologique. Comment aborder des pistes de solutions tant le problème est complexe ! Car à l'inverse du problème de l'état de santé physique, les sources des problèmes psychologiques relevés étaient le plus souvent systémiques (administration, universitaires, place et rôle de l'interne mal définis dans certains services, difficultés relationnelles interservices, « chantage » pour l'obtention d'un poste post-internat...), ancrés voire même encore transmis de génération en génération (« machisme » latent, cooptation par l'épreuve, humiliation ...). Des problèmes systémiques d'autant plus importants dans les grands centres hospitaliers, synonymes d'anonymat (surtout pour les internes de médecine générale, qui n'y font généralement qu'un stage ou deux).

Toutefois, quelques tentatives d'amélioration sont tentées, comme à la faculté d'Aix-Marseille, où un enseignement aux internes des techniques de « méditation pleine conscience » devrait être mis en place. L'étude *No Burnout* de M.BAILLARGEAT, *Poitiers, 2015* (61) mettait en effet en relief une réelle amélioration de la dimension « Accomplissement Personnel », du MBI en général, ainsi qu'une diminution de l'anxiété et des symptômes dépressifs.

D'autres propositions proposent la mise en place de groupe de parole, copiés sur le modèle BALINT.

Nous soulignons aussi l'importance du rôle à jouer par le service de Médecine du travail. Elle doit améliorer son image très altérée auprès du corps médical. Cela passera par une affirmation de ses prérogatives, notamment le passage systématique des internes à leur prise de poste, avec un temps dédié. Il nous semble important de souligner que cette visite ne doit pas/plus être réalisée pendant un temps libre, devrait disposer au minimum d'une heure entière. Ceci afin d'être la plus exhaustive possible et dépasser la « superficialité » dont elle a la triste réputation. Notamment une surveillance plus rigoureuse des statuts vaccinaux, des maux physiques inhérents à l'activité professionnelle des internes, et pour assurer de meilleurs suivis si besoin (par exemple, après des AES).

Elle doit pouvoir explorer les aspects psychologiques, afin d'assurer un meilleur dépistage et prévention des situations de fragilité / détresse psychologique. Cela a été une des demandes formulées par les internes. Il nous semble également pertinent d'envisager des créneaux de consultations spécialisées, notamment d'addictologie et de soutien psychologique, disponibles pour les internes sur le lieu de leur activité professionnelle.

Il apparaît par ailleurs bienvenu d'accentuer la prévention auprès des internes et de leur hiérarchie. Une action de prévention pourrait être réalisée par prospectus ou affiches déposées dans les bureaux des internes en abordant plusieurs thèmes : le premier relevant l'importance de s'occuper convenablement de son suivi médical, le deuxième étant un rappel sur les risques à court, moyen et long terme des conduites addictives. Enfin, il apparaît important de proposer un rappel sur les dangers de l'autodiagnostic et de l'auto-prescription, comme le soulignait L.SIMON dans sa thèse *Les internes sont-ils conscients des risques de leur automédication ?* (58).

Enfin, un suivi nous semblerait nécessaire là encore une plus grande application de la loi : une consultation à l'embauche, puis une fois tous les deux ans).

Par ailleurs, parce qu'il nous semble difficile que les services de médecine du travail puisse faire face à tous ces besoins et demandes, il nous semble nécessaire de favoriser la création ou le développements des structures d'aides déjà en place. Parmi ce qui existe déjà (cela permet d'ailleurs de relever toutes les facultés françaises ne sont pas pourvues loco-régionalement de structures d'aides dédiées à leurs internes) :

- nationaux : AAPML, CFAR, MOTS, SPS (34)

- locaux : EIAS (Montpellier), ASRA (Rhônes-Alpes), BIPE (Paris VI), IMHOTEP (Haute-Normandie). Rappelons que le CNOM, dans *Le Médecin Malade 2008* (62) préconisait la « mise en place au niveau de chaque conseil départemental d'une commission de dépistage du médecin en difficulté », associée à « une cellule de soutien composée de médecins extérieurs au conseil » ;

- SOS internes : SOS IBA 33 (Bordeaux), sos.internescaen@gmail.com (Caen), sos.intgre@gmail.com (Grenoble), SOS SAIHM (Marseille), SOS SILR (Montpellier), SOS AMIN (Nancy), SOS IHN (Nice), SOS SIHP (Paris), sos.med.rouen@gmail.com (Rouen), sos.inrennes@gmail.com (Rennes)

Des exemples à l'étranger qui peuvent servir aussi de sources d'inspirations ;

- le PAINMM (Programa d'Atenció Integral al Metge Malalt), programme intégral de soins créé conjointement par l'ordre des médecins de Barcelone et la Generalitat (gouvernement de la Catalogne) en septembre 1998, s'adresse aux médecins généralistes de Catalogne en activité souffrant d'une maladie mentale ou de dépendance. Une unité de traitement de 22 lits et 15 places d'hôpital de jour était disponible. Gratuit et anonyme. 1606 médecins ont été traités de 1998 à 2010.
- la PAMQ (Programme d'Aide aux Médecins du Québec), créé en 1990, vient en aide aux médecins et étudiants en médecine présentant des troubles de la santé mentale, des troubles addictifs, ou des troubles du comportement sexuel. Il était possible de joindre un médecin conseil tous les jours, les consultations ont lieu en semaine
- à Londres, le NHS Practitioner Health Programm (PHP), était un service gratuit destiné aux médecins et dentistes présentant des problèmes de santé mentale ou addictifs, en particulier si ceux-ci étaient susceptibles d'affecter leur activité professionnelle. Les conditions d'accès étaient l'absence de suivi en cours et l'impossibilité de suivi en ambulatoire en raison de l'activité professionnelle du soignant. Suite à un entretien téléphonique vérifiant l'éligibilité du soignant au programme, un rendez-vous d'environ deux heures permet la mise en place du suivi.

V. Conclusion

"Tout bien portant est un malade qui s'ignore",

Jules ROMAIN, "Knock ou le Triomphe de la médecine" (1923)

Notre étude montrait un état de santé médiocre tant physiquement que psychologiquement. L'activité professionnelle semblait avoir un impact négatif marqué sur leur état de santé ; le stress, la charge et le rythme de travail, étant largement incriminés.

L'interne n'appliquait pas à lui-même les principes d'une bonne santé tout au moins physique, qu'il connaissait pourtant. Parfois même, nous trouvons des habitudes autodestructrices, notamment concernant les substances addictives. Les campagnes de médecine préventive étaient considérées comme très insuffisantes ; les internes, en plus de laisser paraître un certain désintérêt pour le suivi de leur santé, présentaient un suivi en médecine ambulatoire élastique, leur état de santé n'influençant pas leur fréquence de consultation. Ce faible suivi ambulatoire n'était pas compensé par un suivi en médecine du travail largement insuffisant, semblant bien en deçà des obligations légales. L'état de santé, bien qu'impacté par l'activité professionnelle, n'influençait pas non plus la fréquentation de la médecine du travail.

L'auto-prescription était la règle. La comparaison des données aux autres facultés semblait montrer un état de santé physique plus précaire et des consommations de toxiques plus importantes à la faculté d'Aix-Marseille. Le suivi médical semblait équivalent.

Comparé à la population générale de la tranche d'âge équivalente en France, l'état de santé paraissait considéré comme moins bon et la consommation de psychotropes, de cannabis et de drogues dures plus importante chez les internes. En revanche, la consommation de tabac semblait mieux contrôlée.

La prise de conscience d'un suivi médical insuffisant apparaissait présente dans une certaine mesure ; néanmoins, se posait la question de savoir si la consultation auprès d'un médecin généraliste ou d'un médecin du travail était associée dans l'esprit des internes à une possibilité de mieux être. Il semblait donc nécessaire d'instaurer un suivi obligatoire des internes en médecine dans un but de prévention, de détection précoce des états de fragilité physique ou mentale, et enfin de prise en charge adaptée.

Car comme le soulignait le docteur D.MARRA dans son rapport : « *Le bien-être des étudiants en santé et des soignants était un enjeu prioritaire de santé publique, ayant un impact direct sur l'ensemble de la population, en termes de qualité des soins, de risques d'erreurs médicales, d'insatisfaction des patients, et d'augmentation des coûts du système de santé* » (2). Des propos appuyés aussi par V.GHADI (directrice de la qualité de l'accompagnement social et médico-social) dans une interview (janvier 2015) sur l'importance de revenir à une notion de qualité de vie au travail, car « *on passe d'un modèle où le travail est considéré comme une source de risques, de souffrances et un sujet d'experts, à un modèle où le travail apparaît comme une ressource, une manière de se construire* » (63).

Et pourtant, depuis 2006, la loi rendait l'employeur responsable d'évaluer les risques au travail, risques psychosociaux inclus, et responsable de mettre en œuvre les moyens pour préserver la santé physique ET mentale (Article L.230-2 du Code du Travail) (63).

Nous finissons en rappelant cette statistique de la CARME ; en 2014, les causes psychiatriques étaient la première cause d'invalidité définitive des Médecins toutes spécialités confondues (41.21%) (64), et citant M.GUINAUD dans son Evaluation du burn out chez les internes de médecine générale et étude des facteurs associés ; 41.8% des internes avaient déjà envisagé une réorientation (65).

« Les maux du corps sont les mots de l'âme, ainsi on ne doit pas chercher à guérir le corps sans chercher à guérir l'âme »

PLATON

VI. Références

1. Buzyn A. Les 15 engagements annoncés par la Ministre Agnès Buzyn [Internet]. 04/2018. 2018 [cited 2018 Jul 4]. Available from: https://i.f1g.fr/media/eidos/805x1007_crop/2018/04/03/XVM9a7901b4-3729-11e8-85ee-f92b22a66fc4-805x1007.jpg
2. MARRA D. Rapport du Dr Donata Marra sur la Qualité de vie des étudiants en santé - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. 2018 [cited 2018 May 21]. Available from: <http://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/rapport-du-dr-donata-marra-sur-la-qualite-de-vie-des-etudiants-en-sante>
3. Ministère des Solidarités et de la Santé. Risques psychociaux des internes, chefs de clinique et assistants (médecine, pharmacie et odontologie) Guide de prévention, repérage et prise en charge. 2017;
4. Buzyn A. 15 mesures pour le bien-être des étudiants en santé - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. 2018 [cited 2018 May 21]. Available from: <http://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/dossiers-de-presse/article/dossier-de-presse-15-mesures-pour-le-bien-etre-des-etudiants-en-sante>
5. Le Monde. 66 % des futurs et jeunes médecins souffriraient d'anxiété [Internet]. 2017 [cited 2018 May 21]. Available from: http://www.lemonde.fr/sante/article/2017/06/13/66-des-futurs-et-jeunes-medecins-souffriraient-d-anxiete_5143429_1651302.html
6. Santé LA, Médecins DES, National C, Des DELO. LA SANTÉ DES MÉDECINS : UN ENJEU MAJEUR DE SANTÉ PUBLIQUE DU DIAGNOSTIC AUX PROPOSITIONS. 2018;
7. Mourgues J-M, Le Breton-Lerouillois G. La santé des étudiants et jeunes médecins [Internet]. 2016 [cited 2018 Apr 21]. Available from: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/sante_et_jeunes_medecins.pdf
8. Legrand G. Marseille : le cri d'alarme des internes de la Timone [Internet]. BEFORE CLASS; 2018 [cited 2018 Apr 21]. Available from: <https://beforeclass.eu/longform/marseille-le-cri-dalarme-des-internes-de-la-timone/>
9. LACHENAL J. ETAT DE SANTE ET SUIVI MEDICAL des internes du Languedoc Roussillon. 2017.
10. François Beck C, Díaz-Gómez C, Cadet-Tairou A, Gandilhon M, Gauduchon T, Le Nézet O, et al. Addictions en Nord-Pas-de-Calais Consommations de substances psychoactives et offre médicosociale. Portrait Territ [Internet]. 2016 [cited 2018 Apr 20]; Available from: <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxcpx5.pdf>
11. Direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques. L'état de santé de la population en France. Rapport 2015. 2015.
12. Fourcade N, von Lennep F, Grémy I, Bourdillon F, Luciano L, Rey S, et al. L'état de santé de la population en France - RAPPORT 2017. 2017;434. Available from: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/esp2017.pdf>
13. OBEPI. Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité. 2012.
14. INSERM. Médicaments psychotropes Consommations et pharmacodépendances. 2012;
15. Richard, N., Collin, C., Cavalié P et al. État des lieux de la consommation des benzodiazépines en France (décembre 2013). Rev Geriatr. 2014;39(3):193-7.

16. Beck F, Richard J-B, Guignard R, Le Nézet O, Spilka S. Les niveaux d'usage des drogues en France en 2014. 2014 [cited 2018 Apr 21]; Available from: <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxfbv3.pdf>
17. Elisabeth NICAND. Couverture vaccinale en France en 2014 : un bilan contrasté [Internet]. 2014 [cited 2018 Apr 21]. Available from: <https://www.mesvaccins.net/web/news/6140-couverture-vaccinale-en-france-en-2014-un-bilan-contraste>
18. Grichy L. Troubles anxio-dépressifs chez les internes en médecine. Prévalence, facteurs de risques et prévention. A propos d'une étude nationale. Présidente. 2017;(94).
19. Delahaye V. Comment les internes Picards prennent-ils en charge leur santé en termes de prévention, de dépistage et d'auto-médication ? 2015;
20. KOYADINOVITCH C. L'ÉTAT DE SANTÉ PHYSIQUE ET MENTALE DES INTERNES EN MÉDECINE GÉNÉRALE : ÉTAT DES LIEUX EN ILE-DE-FRANCE. creteil; 2014.
21. Olivia RIDET. Comment les internes en médecine générale prennent-ils en charge leur propre santé ? [Internet]. Poitiers; 2013 [cited 2018 Apr 21]. Available from: <http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/9c2e791a-c7b4-4245-981e-6eabab92c9f9>
22. Thibaud LE QUINTREC. LE SUIVI MEDICAL DES ETUDIANTS EN DIPLOME D'ETUDES SPECIALISEES (DES) DE MEDECINE A LA FACULTE D'ANGERS [Internet]. 2013 [cited 2018 Apr 21]. Available from: <http://dune.univ-angers.fr/fichiers/20096569/2013MCEM670/fichier/670F.pdf>
23. Claire SCHRECK. Comment les Internes de Rennes prennent - ils en charge leur santé, sur le plan préventif, physique et psychique [Internet]. 2013 [cited 2018 Apr 21]. Available from: <http://www.aimger.com/images/these-claire-schreck.pdf>
24. Robert J, Garceran N. Évaluation des facteurs de décompensation des internes en région Centre. 2010;21:10-4.
25. SAIHM. détails internes SAIHM. 2018.
26. CAMPUS France. Campus France - Médecine. 2016;3-4.
27. ANSES. Infographie Activités Physiques - Adultes [Internet]. 2017 [cited 2018 Jul 4]. Available from: <https://www.anses.fr/fr/content/infographie-activites-physiques-adultes>
28. Lequotidiendumedecin.fr. Les internes travaillent toujours 60 heures par semaine en moyenne [Internet]. 2016 [cited 2018 Jul 5]. Available from: https://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2016/05/07/les-internes-travaillent-toujours-60-heures-par-semaine-en-moyenne_809326
29. LEGIFRANCE. Décret n° 2015-225 du 26 février 2015 relatif au temps de travail des internes [Internet]. 2015 [cited 2018 Jul 5]. Available from: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000030295642&categorieLien=id>
30. Burn out syndrome: échelle MBI [Internet]. [cited 2018 Jul 17]. Available from: <http://www.masef.com/scores/burnoutsyndromeechellembi.htm>
31. Haute Autorité de Santé. Recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France. 2010;6. Available from: www.has-sante.fr
32. Public.fr S. Médecine du travail [Internet]. 2018 [cited 2018 Apr 21]. Available from: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F2211>
33. ISNIH. Gardes , Astreintes et Temps de travail. 2012;

34. Solidarites-sante.gouv.fr. Prévention, repérage et prise en charge des risques psychosociaux [Internet]. 2017 [cited 2018 Jul 11]. Available from: <http://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/ameliorer-les-conditions-d-exercice/qualite-de-vie-au-travail/article/prevention-reperage-et-prise-en-charge-des-risques-psychosociaux>
35. ANSES. Actualisation des repères du PNNS - Révisions des repères relatifs à l'activité physique et à la sédentarité. 2016;420.
36. THEVENET marie. ANALYSE DU BURN OUT CHEZ LES INTERNES DE MEDECINE GENERALE SUR LA BASE D'UNE ETUDE COMPARATIVE ENTRE L'ILE-DE-FRANCE ET LE LANGUEDOC ROUSSILLON [Internet]. 2011 [cited 2018 Apr 25]. Available from: http://www.theseimg.fr/1/sites/default/files/TheseMThevenet_final%5B1%5D.pdf
37. SPS. L'association Soins aux Professionnels de Santé (SPS) s'intéresse au sommeil des soignants et annonce les nouveaux résultats de l' enquête du Réseau Morphée. 2017;
38. ISNI, ISNAR-IMG, ANEMF, ISNCCA. Enquete santé mentale des jeunes médecins (juin 2017). 2017;1-12.
39. Chee CC, Beck F, Sapinho D, Guilbert P. La dépression en France - Enquête Anadep 2005. 2005 [cited 2018 Apr 21]; Available from: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1210.pdf>
40. CNOM. La Santé Des Étudiants Et Jeunes Médecins. 2017;
41. Antoine Le Tourneur VK. Burn out des internes en médecine générale : état des lieux et perspectives en France métropolitaine. 2010;
42. Séjourné A. SOUFFRANCES PSYCHOLOGIQUES CHEZ LES INTERNES : VULNÉRABILITÉS ET PRÉCONISATIONS. 2012;
43. INPES. Atlas des usages de substances psychoactives 2010 [Internet]. 2010 [cited 2018 Apr 21]. Available from: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1479.pdf>
44. INPES. Drogues et conduites addictives [Internet]. 2014. 228 p. Available from: <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/detaildoc.asp?numfiche=1573>
45. OFDT. ODICER - Drogues en régions - Cartographies, évolutions statistiques [Internet]. [cited 2018 Jul 8]. Available from: <https://odicer.ofdt.fr/mobile.php#listindics>
46. INPES. Actualités 2015 - Usages de psychoactifs illicites en France : les résultats du Baromètre santé Inpes 2014 [Internet]. 2015 [cited 2018 Jul 10]. Available from: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/30000/actus2015/023-drogues-illicites.asp>
47. Ameli.fr. Arrêt du tabac : quelle prise en charge pour les substituts nicotiques [Internet]. 2018 [cited 2018 Jul 4]. Available from: <https://www.ameli.fr/bouches-du-rhone/assure/remboursements/rembourse/medicaments-vaccins-dispositifs-medicaux/prise-charge-substituts-nicotiques>
48. Yann BRABANT. Les internes en médecine et le tabac Enquête auprès de 406 internes de Poitou-Charentes [Internet]. 2012 [cited 2018 Apr 25]. Available from: <http://www.theseimg.fr/1/sites/default/files/BRABANT Yann.pdf>
49. Julien HERAULT. CONSOMMATION DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES DES INTERNES EN MEDECINE, ENQUETE AUPRES DES FACULTES D'ANGERS ET DE LYON [Internet]. 2012 [cited 2018 Apr 25]. Available from: http://www.theseimg.fr/1/sites/default/files/Thèse_Julien_0.pdf
50. POISSANT F. Relations entre le genre , le stress , les stratégies de coping et la consommation d' alcool chez les internes de médecine générale. 2016;
51. SPEICHER C. LES CONSOMMATIONS D'ALCOOL ET DE PRODUITS PSYCHOACTIFS CHEZ

- LES INTERNES DE MEDECINE EN FRANCE Recherche d'un lien avec l'existence de symptômes de burn-out. 2012;
52. Zurbach E. Phénomènes émergents liés aux drogues Tendances récentes sur les usages de drogues à Marseille en 2016. 2017.
 53. Etienne ZURACH CD. Substances psychoactives, usagers et marchés : les tendances récentes (2016-2017) :Tendances récentes et nouvelles tendance (Marseille). 2017 [cited 2018 Apr 21]; Available from: https://www.ofdt.fr/ofdt/fr/trend/syntheseTREND2016_Marseille.pdf
 54. INPES. Calendrier des vaccinations [Internet]. 2018 [cited 2018 Jul 7]. Available from: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/vaccination/calendrier/calendrier-vaccination.asp>
 55. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Vaccination VHB des étudiants des prof. médicales et paramédicales [Internet]. 2017 [cited 2018 Apr 21]. Available from: <https://www.conseil-national.medecin.fr/node/2287>
 56. Kraus F, Dubrulle J-P. Les Français, leur dentiste et l'accès aux soins bucco -dentaires. 2013 [cited 2018 Apr 21]; Available from: http://www.ifop.com/media/poll/2415-1-study_file.pdf
 57. METAIS Charles. Approche quantitative des freins perçus par les médecins généralistes pour se faire aider par une structure dédiée en situation de burn out. 2017 [cited 2018 Apr 21]; Available from: <http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/41e0be6e-5bde-4444-9269-b33216875535>
 58. Laura SIMON. Les internes sont-ils conscients des risques de leur automédication ? [Internet]. Paris Descartes; 2016 [cited 2018 Apr 25]. Available from: http://www.theseimg.fr/1/sites/default/files/THESE_0.pdf
 59. Libération. Un syndicat d'internes en médecine s'attaque au «tabou» du sexisme à l'hôpital [Internet]. 2017 [cited 2018 Jul 18]. Available from: http://www.liberation.fr/france/2017/11/17/un-syndicat-d-internes-en-medecine-s-attaque-au-tabou-du-sexisme-a-l-hopital_1610738
 60. Lesage M. pourquoi le trouble bipolaire, pathologie psychiatrique sévère, est-il mal repéré et difficilement pris en charge en soins primaires ? 2016;
 61. Maude BAILLARGEAT. Etude Noburnout : Évaluation de l'impact d'un programme en ligne et en autoformation de méditation pleine conscience de huit semaines sur le syndrome d'épuisement professionnel des étudiants en médecine de la quatrième à la sixième année, des internes de [Internet]. 2015 [cited 2018 Apr 21]. Available from: <http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/56b51388-b0fd-4501-8cd4-18982ba064f4>
 62. Leriche B. Le Médecin Malade. 2008; Available from: www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/lemedecinmalade.p
 63. Ropert L. Qualité de vie au travail des médecins à l' AP -HM Impacts des organisations sur l' activité de travail des internes en équipe pluridisciplinaire, axes d'amélioration. 2017;
 64. CARMF. Médecins bénéficiaires du régime invalidité-décès [Internet]. 2015 [cited 2018 Jul 9]. Available from: <http://www.carmf.fr/chiffrescles/stats/2015/nature-affections.htm>
 65. Guinaud M. Evaluation du burnout chez les internes de médecine générale et étude des facteurs associés. Univ Créteil (Paris XII) [Internet]. 2006;1-80. Available from: <http://doxa.u-pec.fr/theses/th0240093.pdf>
 66. Goronflot L. Syndrome d' épuisement professionnel chez les internes de médecine générale. 2012;

67. ANSES. Etude INCA 3 - juin 2017 : consommations et modes de vie des français. Statut pondéral et activité physique. 2017;2017.
68. Le Monde. Humiliation, exploitation... le calvaire des étudiants à l'hôpital [Internet]. 2017 [cited 2018 May 21]. Available from: http://www.lemonde.fr/campus/article/2017/03/02/un-livre-denonce-les-maltraitements-dont-sont-victimes-les-etudiants-en-sante-a-l-hopital_5087849_4401467.html
69. Le Monde. La maltraitance des étudiants de santé, « une problématique ancienne » [Internet]. 2017 [cited 2018 May 21]. Available from: http://www.lemonde.fr/campus/article/2017/03/02/maltraitance-des-etudiants-de-sante-une-problematique-ancienne_5087916_4401467.html
70. Association MOTS. Accompagnement de médecins en difficulté à Toulouse [Internet]. 2018 [cited 2018 Jul 4]. Available from: <https://www.association-mots.org/>
71. Guillaume PICQUENDAR. BURNOUT DES MEDECINS GENERALISTES HAUTS - NORMANDS : PREVALENCE ET FACTEURS ASSOCIES [Internet]. 2016 [cited 2018 Apr 25]. Available from: <http://www.theseimg.fr/1/sites/default/files/theseburnoutdesmedecins-generaliste-prevalence-et-facteurs-associes.pdf>
72. Robert M., Léon C. DRE. Comportements suicidaires en France métropolitaine : résultats du baromètre santé 2014. 2016;1-8.
73. SPS. Suicide et professionnels de santé : une nouvelle enquête SPS. 2017;
74. OFDT. Usages en régions - OFDT [Internet]. [cited 2018 Apr 21]. Available from: <https://www.ofdt.fr/regions-et-territoires/autres-ressources/>
75. François Beck C, Díaz-Gómez C, Cadet-Taïrou A, Gandilhon M, Le Nézet O, Lermenier-Jeannet A, et al. Addictions en Grand-Est Consommations de substances psychoactives et offre médicosociale. 2017 [cited 2018 Apr 21]; Available from: <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxcpx5.pdf>
76. Christophe Palle. Synthèse de la revue de littérature sur les consommations de substances psychoactives en milieu professionnel. 2015 [cited 2018 Apr 21]; Available from: http://www.drogues.gouv.fr/sites/drogues.gouv.fr/files/atoms/files/jnpcamp_151022_revue_litterature_ofdt.pdf
77. Pasquereau A, Gautier A, Andler R, Guignard R, Richard J-B, Nguyen-Thanh V, et al. TABAC ET E-CIGARETTE EN FRANCE : NIVEAUX D'USAGE D'APRÈS LES PREMIERS RÉSULTATS DU BAROMÈTRE SANTÉ 2016. 2017 [cited 2018 Apr 21]; Available from: http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/12/pdf/2017_12_1.pdf
78. François, Beck, Ivana, Obradovic, Christophe, Palle, et al. Usages de drogues et conséquences : quelles spécificités féminines ? 2017 [cited 2018 Apr 21]; Available from: <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxfbx3.pdf>
79. Richard J-B, Palle C, Guignard R, Nguyen- V, Arwidson P. La consommation d'alcool en France en 2014. Evolutions [Internet]. 2015 [cited 2018 Apr 21];(32):399. Available from: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1632.pdf>
80. François, Beck, Stanislas, Spilka, Viêt, Nguyen-, et al. Cannabis : usages actuels en population adulte. Résultats de l'enquête Baromètre santé 2016. 2016 [cited 2018 Apr 21]; Available from: <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxfbx6.pdf>
81. MesVaccins.net. Mon carnet de vaccination électronique, pour être mieux vacciné, sans défaut ni excès [Internet]. [cited 2018 Apr 21]. Available from: <https://www.mesvaccins.net/>

VII. Abréviations

AAPML : Association d'Aide aux Professionnels de Santé et Médecins Libéraux

ANEMF

ANSES : Agence Nationale de Sécurité Sanitaire de l'Alimentation, de l'Environnement et du Travail

ANX : Anxiolytique

APHM : Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille

API : Alcoolisation Ponctuelle Importante = Binge-Drinking

APSS : Association Pour les Soins aux Soignants

ARS : Agence Régionale de Santé

ASBO : Association Stop Burnout

AT : Arrêt de Travail

ATCD : Antécédent(s)

ATD : Anti-Dépresseurs

AVP : Accident de la Voie Publique

BMI : indice de poids corporel, exprimé en kg/m².

BZD : Benzodiazépines

CAARUD : Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues

CCA : Chefs de Clinique / Assistants

CFAR : Collège Français des Anesthésistes-Réanimateurs

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

DPC : Développement Professionnel Continu

EDM : Episode Dépressif Majeur

EPU : soirées d'Enseignements Post-Universitaires

ESMJM : Enquête Santé Mentale des Jeunes Médecins

ESPF : Etat de Santé de la Population Française

FFI : Faisant Fonction d'Internes

GEP : Groupes d'Echange de Pratique

HAS : Haute Autorité de Santé

F ou ♀ : Femmes

H ou ♂ : Hommes

HYP : Hypnotique

IdF : Ile-de-France

Idf-LR : Ile-de-France et Languedoc-Roussillon

IMG : internes de Médecine Générale

INCA3 : Etude Individuelle Nationale des Consommations Alimentaires 3 (2014-2015)

INVS : Institut de Veille Sanitaire

IS : internes de Spécialités autres que Médecine Générale

ISNAR-MG : InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale

ISNCCA : Inter Syndicat National des Chefs de Clinique et Assistants

ISNI : InterSyndicale Nationale des Internes

LQdM : Le Quotidien du Médecin

MBI : Maslash Burnout Inventory

Mg : Médecine Générale

MdT : Médecine du Travail

MOTS : Médecin Organisation Travail Santé

MT : Médecin Traitant

NSP : Ne se prononce pas

OBEPi : Obésité Epidémiologie

OFDT : Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies

PACA : Provence-Alpes-Côte d'Azur

PEC : Prise en charge

SAIHM : Syndicat Autonome des Internes des Hôpitaux de Marseille

SAP : score d'accomplissement personnel

SD : score de dépersonnalisation

SDRH : Service de la Direction des Ressources Humaines

SEP : score d'épuisement personnel

SEJM : La Santé des Jeunes Médecins

SPS : Association Soins aux Professionnels de Santé

TAG : Trouble Anxieux Généralisé

TCA : Troubles des Conduites Alimentaires

TS : Tentatives de Suicide

VIII. Annexes

Annexe 1

Répartition de la population de l'étude

(n= 355) (%)	Hommes	Femmes	1ère	2nde	3ème	4ème	5ème	2+3+4+5 années
IMG : 171 (48,2)	53 (31,0)	118 (69,0)	27 (15,8)	41 (24,0)	88 (51,5%)	4 (2,3)	11 (6,4)	144 (84,2)
IS : 184 (51,8)	66 (35,9)	118 (64,1)	35 (19,0)	28 (15,2)	38 (20,7%)	59 (32,1)	24 (13,0)	149 (81,0)
total	119 (33,5)	236 (66,5)	62 (17,5)	69 (19,40)	126 (35,5%)	63 (17,7)	35 (9,9)	
	p= 0,39		p= 0,50					

Annexe 2

Evaluation des conditions de travail

Réforme des 48 heures appliquée dans le service actuel ? (n=355) (%)	
- Oui	144 (40,6)
- Partiellement / En cours	87 (24,5)
- Pas du tout	124 (34,9)
Impression que cela ait amélioré les conditions de travail ? (n=112) (%)*	
- Oui	82 (73,2%)
- Non	20 (17,9%)
- NSP	10 (8,9%)

(*) n'ont été retenus pour cette question que les internes des années supérieures

Annexe 3

Santé Physique des internes des internes d'Aix-Marseille

	Total (%) (n=355)	Hommes (%) (n=119)	Femmes (%) (n=236)	IMG (%) (n=171)	IS (%) (n=184)	1 ^{ère} année (%) (n=62)	Autres années (%) (n=293)
Comment considérez-vous votre état de santé PHYSIQUE ?							
- Excellent / Bon	185 (52,1)	72 (60,5)	113 (47,9)	89 (52,0)	96 (52,2)	33 (53,2)	152 (51,9)
- Moyen	136 (38,3)	41 (34,5)	95 (40,3)	69 (40,4)	67 (36,4)	23 (37,1)	113 (38,6)
- Mauvais / Très mauvais	34 (9,6)	6 (5,0)	28 (11,9)	13 (7,6)	21 (11,4)	6 (9,7)	28 (9,5)
Pratiquez-vous de l'exercice physique AU MOINS 30 minutes 3 fois par semaine ?							
- Oui	142 (40,0)	54 (45,4)	88 (37,3)	71 (41,5)	71 (38,6)	18 (29)	124 (42,3)
- Non	213 (60,0)	65 (54,6)	148 (62,7)	100 (58,5)	113 (61,4)	44 (71)	169 (57,7)
Considérez-vous avoir une alimentation équilibrée (au moins 3 portions de fruits/légumes par jour) ?							
- Oui	172 (48,5)	54 (45,4)	118 (50,0)	84 (49,1)	88 (47,8)	31 (50)	141 (48,1)
- Non	183 (51,5)	65 (54,6)	118 (50,0)	87 (50,9)	96 (52,2)	31 (50)	152 (51,9)
Quel est votre indice de poids corporel (BMI) ?							
- < 18,5 kg/m ²	30 (8,5)	2 (1,7)¹	28 (11,9)¹	13 (7,6)	17 (9,2)	9 (14,5)	21 (7,2)
- Entre 18,5-25	287 (80,8)	101 (84,9)	186 (78,8)	137 (80,1)	150 (81,5)	47 (75,8)	240 (81,9)
- > 25 kg/m ²	38 (10,7)	16 (13,4)	22 (9,3)	21 (12,3)	17 (9,2)	6 (9,7)	32 (10,9)
Pensez-vous que votre activité professionnelle ait (ou ait eu) un impact NEGATIF sur votre santé physique (notamment si vous êtes sujet(e) d'une pathologie chronique) ?							
- Oui	233 (65,6)	71 (59,7)	162 (68,6)	107 (62,6)	126 (68,5)	23 (37,1)	194 (66,2)
- Non	122 (34,4)	48 (40,3)	74 (31,4)	64 (37,4)	58 (31,5)	39 (62,9)	99 (33,8)

(1) $p = 0.003$; test exact de Fisher = 11.32

Annexe 3 (bis)

Répartition de l'état de santé physique des internes selon le nombre d'heures hebdomadaires travaillées (%)

	< 48 heures hebdomadaires (n= 144)	> 48 heures hebdomadaires (n = 211)	
Etat de santé « Excellent / Bon »	- Oui : 84 (58,3) - Non : 60 (41,7)	- Oui : 101 (47,9) - Non : 110 (52,1)	$p = 0,37$
Pratique d'exercice physique au moins 3 fois 30 minutes par semaine	- Oui : 70 (48,6) - Non : 74 (51,4)	- Oui : 72 (34,1) - Non : 139 (65,9)	$p = 0.008^1$
Alimentation « équilibrée » (au moins 3 portions de fruits / légumes par jour)	- Oui : 82 (56,9) - Non : 62 (43,1)	- Oui : 90 (42,7) - Non : 121 (57,3)	$p = 0.011$
BMI cible (18,5-25 kg/m ²)	- Oui : 115 (79,9) - Non : 29 (20,1)	- Oui : 172 (81,5) - Non : 39 (18,5)	$p = 0,8$
activité professionnelle ait (ou ait eu) un impact NEGATIF sur votre santé physique ?	- Oui : 83 (57,6) - Non : 61 (42,4)	- Oui : 150 (71,1) - Non : 61 (28,9)	$P = 0.012$

(1) : Khi^2 corrigé de Yates = 6,89, $p = 0,008$

Annexe 3 (ter)

Répartition des internes selon leur réponse, à la question d'un impact négatif de leur activité professionnelle, selon leur état de santé physique déclaré (%)

Etat de santé physique ...	« Excellent / Bon » (n= 185)	Au mieux « Moyen » (n=170)	
Internes (n=355)	- Oui : 86 (46,5) - Non : 99 (53,5)	- Oui : 147 (86,5) - Non : 23 (13,5)	
Hommes (n=119)	- Oui : 32 (44,4) - Non : 40 (55,6)	- Oui : 39 (83,0) - Non : 8 (17,0)	p= 0,11
Femmes (n=236)	- Oui : 54 (47,8) - Non : 59 (52,2)	- Oui : 108 (87,8) - Non : 15 (12,2)	
IMG (n=171)	- Oui : 39 (43,8) - Non : 50 (56,2)	- Oui : 68 (82,9) - Non : 14 (17,1)	p=1
IS (n=184)	- Oui : 47 (49,0) - Non : 49 (51,0)	- Oui : 79 (89,8) - Non : 9 (10,2)	
Néo-internes (n=62)	- Oui : 14 (42,4) - Non : 19 (57,6)	- Oui : 25 (86,2) - Non : 4 (13,8)	P=1
Internes des années supérieures (n=293)	- Oui : 72 (47,4) - Non : 80 (52,6)	- Oui : 122 (86,5) - Non : 19 (13,5)	

Annexe 4 :

Justifications divisées en 7 catégories principales : (118 réponses) (plus de réponses que répondants, car réponses multiples)

Horaires à rallonge, difficulté à supporter le rythme d'alternance jour/nuit, à cause des gardes : 23 (19,5%)

Charge de travail : 39 (33,1%)

Temps libre pour soi insuffisant : 24 (20,3%)

Fatigue / manque de sommeil : 17 (14,4%)

Stress : 31 (26,3%)

Temps de repas trop court, saut de repas, impossibilité de se constituer un repas équilibré : 10 (8,5%)

Postures / conditions au travail : 7 (5,9%)

Inclassable : 23 (19,5%)

Annexe 5

Etat de santé PSYCHOLOGIQUE des internes d'Aix-Marseille

	Total (%) (n=355)	Hommes (%) (n=119)	Femmes (%) (n=236)	IMG (%) (n=171)	IS (%) (n=184)	1 ^{ère} année (%) (n=62)	Autres années (%) (n=293)
Comment considérez-vous votre état de santé PSYCHOLOGIQUE ?							
- Excellent / Bon	202 (56,9)	74 (62,2)	128 (54,3)	93 (54,4)	109 (59,2)	33	169 (57,7)
- Moyen	117 (33,0)	36 (30,3)	81 (34,3)	59 (34,5)	58 (31,5)	(53,2)	92 (31,4)
- Mauvais / Très mauvais	36 (10,1)	9 (7,5)	27 (11,4)	19 (11,1)	17 (9,2)	3 (4,8) 26 (41,9)	32 (10,9)
Ressentez-vous une humeur triste ?							
- Jamais	56 (15,8)	24 (20,2)	32 (13,6)	26 (15,2)	30 (1,3)	7 (11,3)	49 (16,7)
- Quelques fois par mois	220 (62,0)	74 (62,2)	146 (61,9)	105 (61,4)	115 (62,5)	38 (61,3)	182 (62,1)
- 1 à plusieurs fois par semaine	63 (17,7)	17 (14,3)	46 (19,5)	28 (16,4)	35 (19,0)	14	49 (16,7)
- Tous les jours	16 (4,5)	4 (3,4)	12 (5,1)	12 (7,0)	4 (2,2)	(22,6) 3 (4,8)	13 (4,4)
Vous sentez-vous anxieux ?							
- Jamais	22 (6,2)	15 (12,6)¹	7 (3,0)¹	13 (7,6)	9 (4,9)	2 (3,2)	20 (6,8)
- Quelques fois	190 (53,5)	68 (57,1)¹	122 (51,7)¹	97 (56,7)	9 (50,5)	35	155 (52,9)
- Souvent	107 (30,1)	26 (21,8)¹	81 (34,3)¹	47 (27,5)	60 (32,6)	(56,5)	88 (30,0)
- Tous les jours	36 (10,1)	10 (8,4)¹	26 (11,0)¹	14 (8,2)	22 (12,0)	19 (30,6) 6 (9,7)	30 (10,2)
L'année passée, avez-vous eu des idées suicidaires ?							
- Jamais	302 (85,1)	99 (83,2)	203 (86)	146 (85,4)	156 (84,8)	53	249 (85,0)
- Quelques fois par mois	39 (11,0)	14 (11,8)	25 (10,6)	16 (9,4)	23 (12,5)	(85,5) 7 (11,3)	32 (10,9)
- 1 à plusieurs fois par semaine	11 (3,1)	6 (5,0)	5 (2,1)	8 (4,7)	3 (1,6)	1 (1,6)	10 (3,4)
- Tous les jours	3 (0,8)	0 (0,0)	3 (1,3)	1 (0,6)	2 (1,1)	1 (1,6)	2 (0,7)
Avez-vous des troubles du sommeil ?							
- Jamais	93 (26,2)	34 (28,6)	59 (25,0)	38 (22,2)	55 (29,9)	20	73 (24,9)
- Quelques fois par mois	190 (53,5)	61 (51,3)	129 (54,7)	95 (55,6)	95 (51,6)	(32,3) 33	157 (53,6)
- 1 à plusieurs fois par semaine	55 (15,5)	18 (15,1)	37 (15,7)	28 (16,4)	27 (14,7)	(53,2)	47 (16,0)
- Tous les jours	17 (4,8)	6 (5,0)	11 (4,7)	10 (5,8)	7 (3,8)	8 (12,9) 1 (1,6)	16 (5,5)
Vous sentez-vous fatigué ?							
- Jamais	1 (0,3)	0 (0,0)	1 (0,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,3)
- Quelques fois	156 (43,9)	61 (51,3)	95 (40,3)	84 (49,1)	72 (39,1)	32	124 (42,3)
- La plupart du temps	159 (44,8)	50 (42)	109 (46,2)	73 (42,7)	86 (46,7)	(51,6) 24	135 (46,1)
- Tous les jours	39 (10,9)	8 (6,7)	31 (13,1)	13 (7,6)	26 (14,1)	(38,7) 6 (9,7)	33 (11,3)

(¹) p = 0,0007, Khi² = 16,91

Plus précisément cette différence se situait sur le ressenti d'une anxiété à minima « souvent » p= 0.008 ; X² corrigé de Yates= 6.87

Annexe 5 (bis)

Répartition de l'état de santé psychologique des internes selon le nombre d'heures hebdomadaires travaillées (%)

	< 48 heures hebdomadaires (n= 144)	> 48 heures hebdomadaires (n = 211)	
Etat de santé psychologique ressenti comme « Excellent/Bon »	- Oui : 91 (63,2) - Non : 53 (36,8)	- Oui : 111 (52,6) - Non : 100 (47,4)	p= 0,06
Ressenti une humeur triste ≥ 1 fois /semaine	- Oui : 28 (19,4) - Non : 116 (80,6)	- Oui : 51 (24,2) - Non :160 (75,8)	p= 0,35
Anxiété à minima « souvent »	- Oui : 57 (36,6) - Non : 87 (60,4)	- Oui : 86 (40,8) - Non : 125 (59,2)	p= 0,91
Idées suicidaires ≥ 1 fois / semaine	- Oui : 5 (3,5) - Non : 139 (96,5)	- Oui : 9 (4,3) - Non : 202 (95,7)	p= 0,92
Présence d'idées suicidaires dans l'année passée	- Oui : 21 (14,6) - Non : 123 (85,4)	- Oui : 32 (15,2) - Non : 179 (84,8)	P= 1
Troubles du sommeil ≥ 1 fois / semaine	- Oui : 22 (15,3) - Non : 122 (84,7)	- Oui : 50 (23,7) - Non : 161 (76,3)	p= 0,07
Fatigué(e) à minima « la plupart du temps »	- Oui : 61 (42,4) - Non : 83 (57,6)	- Oui : 137 (64,9) - Non : 74 (35,1)	p= 4,22

Annexe 6

Répartition des réponses évaluant l'épuisement professionnel

	Total (%) (n=355)	Hommes (%) (n=119)	Femmes (%) (n=236)	IMG (%) (n=171)	IS (%) (n=184)	1 ^{ère} année (%) (n=62)	Autres années (%) (n=293)
Avez-vous déjà eu l'impression pendant l'internat d'être émotionnellement vidé(e) par votre travail ?							
- Oui	214 (60,3)	62 (52,1)	152 (66,1)	103 (60,2)	111 (60,3)	34 (54,8)	180 (61,4)
Avez-vous déjà eu l'impression pendant l'internat de vous sentir à bout à la fin de votre journée de travail ?							
- Oui	264 (74,4)	81 (68,1)	183 (77,5)	125 (73,1)	139 (75,5)	44 (71)	220 (75,1)
Avez-vous déjà eu l'impression pendant l'internat de vous sentir fatigué(e) dès le matin pour aller au travail ?							
- Oui	249 (70,1)	80 (67,2)	169 (71,6)	115 (67,3)	134 (72,8)	44 (71)	205 (70)
Avez-vous déjà eu l'impression pendant l'internat que de travailler avec des gens tout au long de la journée vous demandait beaucoup d'effort ?							
- Oui	103 (29)	29 (24,4)	74 (31,4)	46 (26,9)	57 (31)	15 (24,2)	88 (30)
Avez-vous déjà eu l'impression pendant l'internat que vous craquez à cause du travail ?							
- Oui	112 (34,3)	20 (16,8)	92 (39)	55 (32,2)	57 (31)	17 (27,4)	95 (32,5)
Avez-vous déjà eu l'impression pendant l'internat de vous sentir frustré(e) au travail ?							
- Oui	158 (44,5)	57 (47,9)	101 (42,8)	65 (38)	93 (50,5)	25 (40,3)	133 (45,4)
Avez-vous déjà eu l'impression pendant l'internat de travailler « trop dur » au travail ?							
- Oui	125 (35,2)	38 (31,9)	87 (36,9)	50 (29,2)	75 (40,8)	20 (32,3)	105 (35,8)
Avez-vous déjà eu l'impression pendant l'internat que travailler en contact direct avec des gens vous stresse ?							
Oui	56 (15,8)	14 (11,8)	42 (17,8)	22 (12,9)	34 (18,5)	8 (12,9)	48 (16,4)
Avez-vous déjà eu l'impression pendant l'internat de vous sentir « au bout du rouleau » ?							
Oui	127 (35,8)	26 (21,8)	101 (42,8)	62 (36,3)	65 (35,3)	20 (32,3)	107 (36,5)
≥ 6 réponses							
	84 (23,7)	23 (19,3)	61 (25,8)	31 (18,1)	53 (28,9)	11 (17,7)	73 (24,9)
1-5 réponses							
	258 (72,7)	90 (75,6)	168 (71,2)	133 (77,8)	125 (67,9)	48 (77,4)	210 (71,7)
0 réponse							
	13 (3,7)	6 (5)	7 (3)	7 (4,1)	6 (3,3)	3 (4,8)	10 (3,4)

Annexe 7

Répartition des réponses évaluant la dépersonnalisation

	Total (%) (n=355)	Hommes (%) (n=119)	Femmes (%) (n=236)	IMG (%) (n=171)	IS (%) (n=184)	1 ^{ère} année (%) (n=62)	Autres années (%) (n=293)
Avez-vous déjà eu l'impression pendant l'internat de ressentir que vous vous occupiez de certains patients de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets ?							
- Oui	173 (48,8)	6 (5,5)	107 (45,3)	87 (50,9)	86 (46,7)	30 (48,3)	143 (48,8)
Avez-vous déjà eu l'impression pendant l'internat d'être devenu plus insensible aux gens depuis que vous êtes interne ?							
- Oui	154 (43,4)	53 (44,5)	101 (42,8)	78 (45,6)	76 (41,3)	27 (43,5)	127 (43,3)
Avez-vous déjà eu l'impression pendant l'internat de craindre de vous endurcir émotionnellement à cause de votre travail ?							
- Oui	157 (44,2)	50 (42)	107 (45,3)	85 (49,7)	72 (39,1)	26 (41,9)	131 (44,7)
Avez-vous déjà eu l'impression pendant l'internat de moins vous soucier de ce qui peut arriver à vos patients ?							
- Oui	120 (33,8)	42 (35,3)	78 (33,1)	61 (35,7)	59 (32,1)	22 (35,5)	98 (33,4)
Avez-vous déjà eu l'impression pendant l'internat que vos patients vous rendaient responsables de certains de leurs problèmes ?							
- Oui	80 (22,5)	29 (24,4)	51 (21,6)	42 (24,6)	38 (20,7)	14 (22,6)	56 (19,1)
≥ 4 réponses							
	60 (16,9)	21 (17,6)	39 (16,5)	29 (17)	31 (16,8)	4 (6,5)	56 (19,1)
1-3 réponses							
	244 (68,7)	84 (70,6)	160 (67,8)	124 (72,5)	120 (65,2)	45 (72,6)	199 (67,9)
0 réponse							
	51 (14,4)	14 (11,8)	37 (15,6)	18 (10,5)	33 (17,9)	11 (17,7)	40 (13,7)

Annexe 8

Répartition des réponses évaluant l'accomplissement personnel

	Total (%) (n=355)	Hommes (%) (n=119)	Femmes (%) (n=236)	IMG (%) (n=171)	IS (%) (n=184)	1 ^{ère} année (%) (n=62)	Autres années (%) (n=293)
Avez-vous déjà eu l'impression pendant l'internat de pouvoir comprendre facilement ce que vos patients ressentent ?							
- Oui	215 (60,6)	65 (54,6)	150 (63,6)	110 (64,3)	105 (57,1)	41 (66,1)	174 (59,4)
Avez-vous déjà eu l'impression pendant l'internat de pouvoir vous occuper facilement des problèmes de vos patients ?							
- Oui	113 (31,8)	44 (40)	69 (29,2)	51 (29,8)	62 (33,7)	15 (24,2)	98 (33,4)
Avez-vous déjà eu l'impression pendant l'internat d'avoir une influence positive sur les gens via votre travail ?							
- Oui	242 (68,2)	82 (68,9)	160 (67,8)	120 (70,2)	122 (66,3)	46 (74,2)	196 (66,9)
Avez-vous déjà eu l'impression pendant l'internat de vous sentir plein(e) d'énergie ?							
- Oui	151 (42,5)	56 (47,1)	95 (40,5)	73 (42,7)	78 (42,4)	27 (43,5)	124 (42,3)
Avez-vous déjà eu l'impression pendant l'internat de pouvoir créer une atmosphère détendue avec vos patients ?							
- Oui	230 (64,8)	80 (67,2)	150 (63,6)	121 (70,8)	109 (59,2)	45 (72,6)	185 (63,1)
Avez-vous déjà eu l'impression pendant l'internat de vous sentir ragailardi(e) lorsque vous avez été proche de vos patients dans votre travail ?							
Oui	176 (49,6)	42 (35,3)	134 (56,8)	86 (50,3)	90 (48,9)	33 (53,2)	143 (48,8)
Avez-vous déjà eu l'impression pendant l'internat d'avoir accompli beaucoup de choses qui en valaient la peine dans votre travail ?							
Oui	211 (59,4)	63 (52,9)	148 (62,7)	103 (60,2)	108 (58,7)	38 (61,3)	173 (59)
Avez-vous déjà eu l'impression pendant l'internat de traiter dans votre travail, les problèmes émotionnels très calmement ?							
Oui	111 (31,3)	36 (30,3)	75 (31,8)	58 (33,9)	53 (28,8)	21 (33,9)	90 (30,7)
≥ 7 réponses							
	49 (13,8)	18 (15,1)	31 (13,1)	23 (13,5)	26 (14,1)	16 (25,8)¹	33 (11,3)¹
1 - 6 réponse(s)							
	291 (82,0)	90 (75,6)	201 (85,2)	139 (81,3)	152 (82,6)	44 (71)¹	247 (74,3)¹
0 réponse							
	15 (4,2)	11 (9,2)	4 (1,7)	9 (5,2)	6 (3,3)	1 (1,6)¹	14 (4,8)¹

⁽¹⁾ $p = 0.009$; Test exact de Fisher

Annexe 9

Consommation Médicamenteuse et impact professionnel psychologique

	Total (%) (n=355)	Hommes (%) (n=119)	Femmes (%) (n=236)	IMG (%) (n=171)	IS (%) (n=184)	1 ^{ère} année (%) (n=62)	Autres années (%) (n=293)
Avez-vous consommé des anti-dépresseurs, anxiolytiques ou somnifères lors de l'année passée d'internat ?							
- Oui	80 (22,5)	28 (23,5)	52 (22,0)	39 (22,8)	41 (22,3)	12 (19,4)	68 (23,2)
- Non	275 (77,5)	91 (76,5)	184 (78,0)	132 (77,2)	143 (77,7)	50 (80,6)	225 (76,8)
Pensez-vous que votre activité professionnelle ait (ou ait eu) un impact négatif sur votre état de santé PSYCHOLOGIQUE ?							
- Oui	237 (66,8)	68 (57,1)¹	169 (71,6)¹	110 (64,3)	127 (69)	37 (59,7)	200 (68,3)
- Non	118 (33,2)	51 (42,9)¹	67 (28,4)¹	61 (35,7)	57 (31)	25 (40,3)	93 (31,7)

(1) $p = 0.008$; X^2 corrigé Yates = 6.82

Annexe 9 (bis)

Répartition des internes selon leur réponse, à la question d'un impact négatif de leur activité professionnelle, selon leur état de santé psychologique déclaré (%)

Etat de santé psychologique ...	« Excellent / Bon » (n= 202)	Au mieux « Moyen » (n = 153)	
Internes (n=355)	- Oui : 95 (47,0) - Non : 107 (53,0)	- Oui : 142 (92,8) - Non : 11 (7,2)	p= 3,42
Hommes (n=119)	- Oui : 28 (37,8) - Non : 46 (62,2)	- Oui : 40 (88,9) - Non : 5 (11,1)	p= 0,94
Femmes (n=236)	- Oui : 67 (52,3) - Non : 61 (47,7)	- Oui : 102 (94,4) - Non : 6 (5,6)	
IMG (n=171)	- Oui : 40 (43,0) - Non : 53 (57,0)	- Oui : 70 (89,7) - Non : 8 (10,3)	p= 0,34
IS (n=184)	- Oui : 55 (50,5) - Non : 54 (49,5)	- Oui : 72 (96,0) - Non : 3 (4,0)	
Néo-internes (n=62)	- Oui : 11 (33,3) - Non : 22 (66,7)	- Oui : 26 (89,7) - Non : 3 (10,3)	p= 0,22
Internes des années supérieures (n=293)	- Oui : 84 (49,7) - Non : 85 (50,3)	- Oui : 116 (93,5) - Non : 8 (6,5)	

Annexe 9 ter

Incidence de l'usage des psychotrope(s) durant l'année passée selon l'état de santé psychologie déclaré par les internes de la faculté d'Aix-Marseille (en %)

Usage de psychotropes dans l'année passée	Etat de santé psychologique « Excellent / Bon » (n=202)	Etat de santé psychologique au mieux « Moyen » (n= 153)	
Oui	25 (12,4)	55(35,9)	p=2,81
Non	177 (87,6)	98 (64,1)	

Incidence de l'usage des psychotrope(s) durant l'année passée selon le nombre d'heures travaillées hebdomadaires déclarées par les internes de la faculté d'Aix-Marseille (en %)

Usage de psychotropes dans l'année passée	< 48 heures hebdomadaires (n=144)	> 48 heures hebdomadaires (211)	
Oui	37	43	p= 0,29
Non	107	168	

Annexe 10

Répartition des réponses concernant les structures d'aides possibles

	(n = 355) (%)	IMG (n=171)	Spécialités (n=184)
SOS SAIHM	223 (62,8)	123 (71,9)	100 (54,3)
La Psychologue du Personnel	19 (5,4)	8 (4,7)	11 (6)
La Cellule d'écoute	17 (4,8)	1 (0,6)	16 (8,7)
La Médecine du Travail	127 (35,8)	63 (36,8)	64 (34,8)
La CUMP (Cellule d'Urgence Médico-Psychologique)	34 (9,6)	23 (13,5)	11 (6)
La QVT (Qualité de Vie au Travail)	3 (0,8)	0 (0)	3 (1,6)
Médecin ou Psychiatre extérieur de l'AP-HM	139 (39,2)	75 (43,9)	64 (3,5)
Aucun	76 (21,4)	28 (16,4)	48 (26,1)

Annexe 11

Les conduites addictives des internes de Médecine D'Aix-Marseille

	Total (%) (n=355)	Hommes (%) (n=119)	Femmes (%) (n=236)	IMG (%) (n=171)	IS (%) (n=184)	1 ^{ère} année (%) (n=62)	Autres années (%) (n=293)
Êtes-vous fumeur(se) ?							
- Oui	90 (25,4)	35 (29,4)	55 (23,3)	51 (29,8)	39 (21,2)	16 (25,8)	74 (25,3)
- Non	226 (63,7)	70 (58,8)	156 (66,1)	98 (57,3)	128 (69,6)	41 (66,1)	185 (63,1)
- Sevré	39 (11,0)	14 (11,8)	25 (10,6)	22 (12,9)	17 (9,2)	5 (8,1)	34 (11,6)
Nombre de Paquets-Année (PA) ? (6 non répondants parmi les réponses « OUI / Sevré »)							
- < 5	60	18	42	39	21	9 (14,5)	51 (17,4)
- 5 -10	51	22	29	25	26	9 (14,5)	42 (14,3)
- 10-15	11	5	6	5	6	0 (0,0)	11 (3,8)
- >15	1	1	0	1	0	1 (1,6)	0 (0,0)
En moyenne, vous consommez ... verre(s) d'alcool ... ?							
- Jamais	33 (9,3)	13 (10,9)	20 (8,5)	15 (8,8)	18 (9,8)	3 (4,8)	30 (10,2)
- 0 - 10 / semaine	225 (63,4)	67 (56,3)	158 (66,9)	99 (57,9)	126 (68,5)	39 (62,9)	186 (63,5)
- 10 -20 / semaine	55 (15,5)	19 (16,0)	36 (15,3)	29 (17,0)	26 (14,1)	11 (17,7)	44 (15,0)
- > 20 / semaine	10 (2,8)	6 (5,0)	4 (1,7)	9 (5,3)	1 (0,5)	2 (3,2)	8 (2,7)
- «binge-drinking*»	32 (9,0)	14 (11,8)	18 (7,6)	19 (11,1)	13 (7,1)	7 (11,2)	25 (8,5)
Au cours de l'année passée, avez-vous consommé du cannabis ?							
- Jamais	230 (64,8)	65 (54,6) ¹	165 (69,9) ¹	97 (56,7) ²	133 (72,3) ²	40 (64,5)	190 (64,8)
- A l'occasion	98 (27,6)	38 (31,9) ¹	60 (25,4) ¹	56 (32,7) ²	42 (22,8) ²	18 (29,0)	80 (27,3)
- Régulièrement	20 (5,6)	10 (8,4) ¹	14 (8,2) ²	14 (8,2) ²	42 (22,8) ²	1 (1,6)	19 (6,5)
- (presque) tous les jours	7 (2,0)	6 (5,0) ¹	10 (4,2) ¹	4 (2,3) ²	6 (3,3) ²	3 (4,8)	4 (1,4)
			1 (0,4) ¹		3 (1,6) ²		
Au cours de l'année passée, avez-vous consommé d'autres produits stupéfiants que le cannabis ? (MDMA, amphétamines, cocaïne, LSD, héroïne, kétamine ...)							
- Jamais	272 (76,6)	76 (63,9) ³	196 (83,1) ³	125 (73,1)	147 (79,9)	49 (79)	223 (76,1)
- A l'occasion	71 (20,0)	36 (30,3) ³	35 (14,8) ³	37 (21,6)	34 (18,5)	10 (16,1)	61 (20,8)
- Régulièrement	3 (0,8)	2 (1,7) ³	1 (0,4) ³	3 (1,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (1,0)
- 1-2 fois / mois	8 (2,3)	4 (3,4) ³	4 (1,7) ³	5 (2,9)	3 (1,6)	3 (4,8)	5 (1,7)
- > 2 fois / mois	1 (0,3)	1 (0,8) ³	0 (0,0) ³	1 (0,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,3)

* attitudes de « binge-drinking » = API = Consommation très ponctuelle, mais très importante à chaque épisode

(¹) p = 0.0018, test exact de FISHER,

la différence significative se situe sur la consommation ou non de cannabis chez les hommes (n=54 ; 45,4%) que chez les femmes (n=71 ; 30,1%) (p= 0,006), Khi² corrigé de Yates = 7,45

(²) p = 0.012, test exact de FISCHER

la différence significative se situe sur la consommation ou non de cannabis chez les internes de médecine générale, usagers plus importants de cannabis (n= 74 ; 43,7%), par rapport aux internes de spécialités (n=51 ; 27,7%) (p= 0,003), Khi² corrigé de Yates = 8,73

(³) p = 0.0004, test exact de FISCHER

la différence significative se situe sur la consommation occasionnelle de produits stupéfiants autre que cannabis chez les hommes (n=36 ; 30,3%) que chez les femmes (n=35 ; 14,8%) (p= 0,001), Khi² corrigé de Yates = 10,81

Annexe 12

Tableau : Lien entre état de santé PSYCHOLOGIQUE et consommations pathologiques d'alcool ou cannabis ou autre(s) stupéfiant(s) au cours de l'année passée (%)

	Etat de santé psychologique		
	« Moyen / Mauvais / Très mauvais » (n= 153)	« Excellent/bon » (n = 252)	
Consommation à risque d'alcool	- Oui : 44 (28,8) - Non : 109 (71,2)	- Oui : 52 (25,7) - Non : 150 (74,3)	p= 0,61
Consommation à minima « Régulier » de cannabis	- Oui : 15 (9,9) - Non : 138 (90,1)	- Oui : 12 (5,9) - Non : 190 (94,1)	p= 0,25
Consommation de stupéfiant(s) autre(s) que cannabis à minima « Régulier »	- Oui : 9 (5,9) - Non : 144 (94,1)	- Oui : 3 (1,5) - Non : 199 (98,5)	p= 0,05

Annexe 13

Suivis Médicaux et Auto-prescriptions des internes d'Aix-Marseille

	Total (%) (n=355)	Hommes (%) (n=119)	Femmes (%) (n=236)	IMG (%) (n=171)	IS (%) (n=184)	1 ^{ère} année (%) (n=62)	Autres années (%) (n=293)
Êtes-vous à jour dans vos vaccinations ?							
- Oui	302 (85,1)	99 (83,2)	203 (86)	153 (89,5)	149 (81,0)	53 (83,5)	249 (85,0)
- Non	27 (7,6)	10 (8,4)	17 (7,2)	11 (6,4)	16 (8,7)	4 (6,5)	23 (7,8)
- Ne sait pas	26 (7,3)	10 (8,4)	16 (6,8)	7 (4,1)	19 (10,3)	5 (8,0)	21 (7,2)
Pratiquez-vous la vaccination antigrippale annuelle ?							
- Oui	260 (73,2)	84 (70,6)	176 (74,6)	123 (71,9)	137 (74,5)	51 (82,3)	209 (71,3)
- Non	95 (26,8)	35 (29,4)	60 (25,4)	48 (28,1)	47 (25,5)	11 (17,7)	84 (28,7)
Avez-vous un Médecin traitant ?							
- Oui	210 (59,2)	70 (58,8)	140 (59,3)	105 (61,4)	105 (57,1)	47	163
- Non	145 (40,8)	49 (41,2)	96 (40,7)	66 (38,6)	79 (42,9)	15	130
						(24,2)²	(44,4)²
A quand remonte votre dernière consultation chez le médecin généraliste ?							
- < 1 an	56 (15,8)	20 (16,8)	36 (15,3)	27 (15,8)	29 (15,8)	21 (33,9)	35 (11,9)
- 1-3 ans	98 (27,6)	30 (25,2)	68 (28,8)	47 (27,5)	51 (27,7)	19 (30,6)	79 (27)
- 3-5 ans	78 (22,0)	28 (23,5)	50 (21,2)	39 (22,8)	39 (21,2)	12 (19,4)	66 (22,5)
- > 5 ans	123 (34,6)	41 (34,5)	82 (34,7)	58 (33,9)	65 (35,3)	10 (16,1)	113 (38,6)
A quand remonte votre dernière consultation chez le dentiste ?							
- < 1an	143 (40,3)	42 (35,3)	101 (42,8)	62 (36,3)	81 (44)	24 (38,7)	119 (40,6)
- 1-3 ans	139 (39,2)	44 (37,0)	95 (40,3)	74 (43,3)	65 (35,3)	28 (45,1)	111 (37,9)
- 3-5 ans	35 (9,9)	13 (10,9)	22 (9,3)	17 (9,9)	18 (9,8)	5 (8,1)	30 (10,2)
- > 5 ans	38 (10,7)	20 (16,8)	18 (7,6)	18 (10,5)	20 (10,9)	5 (8,1)	33 (11,3)
Si vous êtes une femme ; à quand remonte votre dernière consultation chez le gynécologue ? (n =235 réponses, 1 non répondante ; 118 IMG, 117 IS ; 44 1^{ères} années, 191 années supérieures)							
- < 1 an	106	-	106	50 (42,4)	56 (47,9)	24 (54,5)	82 (42,9)
- 1-3 ans	82	-	82	45 (38,1)	37 (31,6)	13 (29,5)	69 (36,1)
- 3-5 ans	26	-	26	13 (11,0)	13 (11,1)	3 (6,8)	23 (12)
- > 5ans	21	-	21	10 (8,5)	11 (9,4)	4 (9,1)	17 (8,9)
Comment considérez-vous votre suivi médical ambulatoire ?							
- Adapté	76 (21,4)	22 (18,5)	54 (22,9)	41 (24,0)	35 (19,0)	17 (27,4)	59 (20,1)
- Moyen	125 (35,2)	36 (30,3)	89 (37,7)	60 (35,1)	65 (35,3)	25 (40,3)	100 (34,1)
- Insuffisant	97 (27,3)	32 (26,9)	65 (27,5)	46 (26,9)	51 (27,7)	13 (21,0)	84 (28,7)
- Inexistant	57 (16,1)	29 (24,4)	28 (11,9)	24 (14,0)	33 (17,9)	7 (11,3)	50 (17,1)

Pensez-vous que votre activité professionnelle soit un frein à votre suivi ambulatoire ? (notamment si vous êtes sujet(te) d'une pathologie chronique)							
- Oui	210 (59,2)	58 (48,7)¹	152 (64,4)¹	98 (57,3)	112 (60,9)	36 (58,1)	174 (59,4)
- Non	145 (40,8)	61 (51,3)¹	84 (35,6)¹	73 (42,7)	72 (39,1)	26 (41,9)	119 (40,6)
L'année passée, avez-vous eu recours à l'auto-prescription ?							
- Oui	329 (92,7)	100 (84,0)	229 (97,0)	160 (93,6)	169 (91,9)	52 (83,9)³	277
- Non	26 (7,3)	19 (16,0)	7 (3,0)	11 (6,4)	15 (8,2)	10 (16,1)³	(94,5)³
							16 (5,4)³
Si OUI, cette prescription concernait quelle(s) classe(s) de médicament(s) ?							
- Antibiotiques	134 (37,7)	42 (35,3)	92 (39)	70 (43,8)	64 (37,9)	16 (25,8)	118 (40,3)
- Antidouleurs	245 (69,0)	81 (68,1)	164 (69,5)	125 (78,1)	120 (71)	38 (61,3)	207 (70,6)
- Anti-inflammatoires	161 (45,4)	55 (46,2)	106 (36,2)	86 (3,8)	75 (45,2)	23 (37,1)	138 (47,1)
- Pilule	159 (44,8)	1 (0,8)	158 (66,9)	76 (47,5)	83 (49,1)	35 (56,5)	124 (42,3)
- Psychotropes	36 (10,1)	13 (10,9)	23 (9,7)	17 (10,6)	19 (11,2)	6 (9,7)	30 (10,2)
- autres	74 (20,8)	25 (21)	49 (20,8)	28 (17,5)	46 (27,2)	10 (16,1)	64 (21,8)
De quand date votre dernière visite médicale du travail ?							
- < 1 an	50 (14,1)	13 (10,9)	37 (15,7)	23 (13,5)	27 (14,7)	16 (25,8)	34 (11,6)
- 1-3 ans	95 (26,8)	37 (31,1)	58 (24,6)	49 (28,7)	46 (25)	11 (17,7)	84 (28,7)
- 3-5 ans	104 (29,2)	37 (31,1)	67 (28,4)	39 (22,8)	65 (35,3)	14 (22,6)	90 (30,7)
- jamais	106 (29,9)	32 (26,9)	74 (31,4)	60 (35,1)	46 (25)	21 (33,9)	85 (29)
Considérez-vous que votre suivi médical au sein de votre travail est ... ?							
- Adapté	45(12,7)	13 (10,9)	32 (13,6)	27 (15,8)	18 (9,8)	9 (14,5)	36 (12,3)
- Moyen	78 (22)	29 (24,4)	46 (20,8)	33 (19,3)	45 (24,5)	20 (32,3)	58 (19,8)
- Insuffisant	68 (19,2)	31 (26,1)	37 (15,7)	25 (14,6)	43 (23,4)	9 (14,5)	59 (20,1)
- Inexistant	164 (46,2)	46 (38,7)	118 (50)	86 (50,3)	78 (42,4)	24 (38,7)	140 (47,8)
Souhaiteriez-vous un suivi plus rapproché au travail ?							
- Oui	181 (51)	61 (51,3)	120 (50,8)	90 (52,6)	91 (49,5)	26 (41,9)	155 (52,9)
- Non	174 (49)	58 (48,7)	116 (49,2)	81 (47,4)	93 (50,5)	36 (58,1)	138 (47,1)

⁽¹⁾ p = 0.006 ; X^2 corrigé de Yates = 7.40

⁽²⁾ p 0.005 ; X^2 corrigé de Yates = 7.8

⁽³⁾ p= 0.007, OR = 0.3017 avec IC à 95% [0.1208 : 0.7873], test exact de FISCHER

Annexe 14

Nombre des internes ayant consulté un Médecin Généraliste < 1 an (n=56), selon leur état de santé déclaré (%)

Etat de santé PHYSIQUE ...		
- ≥ « Bon »	28 (15,1)	X^2 corrigé de Yates = 0,039 ; p = 0,84
- ≤ « Moyen »	28 (16,5)	
Etat de santé PSYCHOLOGIQUE ...		
- ≥ « Bon »	27 (13,4)	X^2 corrigé de Yates = 1,64 ; p= 0,2
- ≤ « Moyen »	29 (19)	

Annexe 15

Nombre des internes ayant consulté le service de la médecine du travail < 1 an (n=50), selon leur état de santé déclaré (%)

Etat de santé PHYSIQUE ...		
- ≥ « Bon »	28	X^2 corrigé de Yates = 0,19 ; p = 0,65
- ≤ « Moyen »	22	
Etat de santé PSYCHOLOGIQUE ...		
- ≥ « Bon »	29	X^2 corrigé de Yates = 0,0002 ; p= 0,98
- ≤ « Moyen »	21	

Annexe 15 (bis)

Volonté d'un plus grand suivi médical par le service de la médecine du travail en fonction de l'état de santé déclaré (%)

Volonté suivi médical par médecine du travail	Etat de santé physique		Etat de santé psychologique	
	« Excellent / Bon » (n=185)	Au mieux « Moyen » (n=170)	« Excellent / Bon » (n=202)	Au mieux « Moyen » (n=153)
Oui	84 (45,4)	97 (57,1)	92 (45,5)	89 (58,2)
non	101 (54,6)	73 (42,9)	110 (54,5)	64 (41,8)
	X^2 corrigé de Yates = 4,35 ; p=0,03		X^2 corrigé de Yates = 5,05 ; p=0,02	

Annexe 16

Justifiez : 23 réponses, divisées en 4 catégories :

- la demande d'une médecine préventive avec notamment bilan biologiques, sérologies, contrôle des vaccinations, conduite à tenir devant les accidents d'exposition au sang, conduite à tenir en cas de contact avec une tuberculose maladie, conseil radioprotection, contrôle de la tension artérielle, etc. : 8
- le désir d'un soutien psychologique : 5
- la substitution à un suivi ambulatoire ardu à maintenir ou délaissé par les internes : 4
- la nécessité d'adapter le poste de travail, dont deux concernaient des problèmes survenus dans le cadre d'une grossesse : 3
- inclassable : 3

Annexe 17

Questionnaire utilisé pour la réalisation de notre étude

Population étudiée

Q1- Etes-vous ?

- Homme
- Femme

Q2- interne de ...

- Médecine Générale
- De Spécialité

Q3- En quelle année d'internat êtes-vous ?

- 1^{ère} année d'internat
- 2nde année d'internat
- 3^{ème} année d'internat
- 4^{ème} année d'internat
- 5^{ème} année d'internat

Evaluation des conditions de travail

Q4- La réforme des 48h est-elle appliquée dans votre service actuel ?

OUI

Partiellement ou en cours d'application

NON

Q5- Avez-vous l'impression que cela ait amélioré vos conditions de travail ?

OUI

NON

Ne se prononce pas (notamment les internes de 1^{ère} année)

Justifiez (réponse libre)

Etat de Santé PHYSIQUE

Q6- Comment considérez-vous votre état de santé PHYSIQUE ?

Excellent

Bon

Moyen

Mauvais

Très mauvais

Q7- Pratiquez-vous de l'exercice physique AU MOINS 30 minutes 3 fois par semaine ?

OUI

NON

Q8- Considérez-vous avoir une alimentation équilibrée ? (au moins 3 portions de fruits / légumes par jour)

OUI

NON

Q9- Quel est votre indice de poids corporel (BMI) ?

< 18,5 kg/m²

Compris entre 18,5 – 25 kg/m²

> 25 kg/m²

Q10- Pensez-vous que votre activité professionnelle ait (ou ait eu) un impact NÉGATIF sur votre santé physique ? (notamment si vous êtes sujet(e) d'une pathologie chronique)

OUI

NON

Justifiez (réponse libre)

Etat de Santé PSYCHOLOGIQUE

Q11- Comment considérez-vous votre état PSYCHOLOGIQUE ?

Excellent

Bon

Moyen

Mauvais

Très mauvais

Q12- Ressentez-vous une humeur triste ?

- Jamais
- Quelque(s) fois par mois
- Une à plusieurs fois par semaine
- Tous les jours

Q13- Vous sentez-vous anxieux ?

- Jamais
- Quelque(s) fois
- Souvent
- Tous les jours

Q14- L'année passée, avez-vous eu des idées suicidaires ?

- Jamais
- Quelque(s) fois par mois
- Une à plusieurs fois par semaine
- Tous les jours

Q15- Avez-vous des troubles du sommeil ?

- Jamais
- Quelque(s) fois par mois
- Une à plusieurs fois par semaine
- Tous les jours

Q16- Vous sentez-vous fatigué(e) ?

- Jamais
- Quelques fois
- La plupart du temps
- Tous les jours

Q17- Avez-vous déjà eu l'impression pendant l'internat... (plusieurs réponses possibles)

- D'être émotionnellement vidé(e) par votre travail
- De vous sentir à bout à la fin de votre journée de travail ?
- De vous sentir fatigué(e) dès le matin pour aller au travail ?
- Que travailler avec des gens tout au long de la journée vous demandait beaucoup d'effort ?
- Que vous craquez à cause du travail ?
- De vous sentir frustré(e) au travail ?
- De travailler « trop dur » au travail ?
- Que travailler en contact direct avec des gens vous stresse ?
- De vous sentir « au bout du rouleau » ?

Q18- Avez-vous déjà eu l'impression pendant l'internat ... (plusieurs réponses possibles)

- De ressentir que vous vous occupiez de certains patients de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets ?
- D'être devenu plus insensible aux gens depuis que vous êtes interne ?
- De craindre de vous endurcir émotionnellement à cause de votre travail ?
- De moins vous soucier de ce qui peut arriver à vos patients ?
- Que vos patients vous rendaient responsables de certains de leurs problèmes ?

Q19- Avez-vous déjà eu l'impression pendant l'internat... (plusieurs réponses possibles)

- De pouvoir comprendre facilement ce que vos patients ressentaient ?
- De pouvoir vous occuper facilement des problèmes de vos patients ?
- D'avoir une influence positive sur les gens via votre travail ?
- De pouvoir créer une atmosphère détendue avec vos patients ?

De vous sentir ragaillardi(e) lorsque vous avez été proche de vos patients dans votre travail ?

D'avoir accompli beaucoup de choses qui en valaient la peine dans votre travail ?
De traiter au travail, les problèmes émotionnels très calmement ?

Q20- Avez-vous consommé des anti-dépresseurs, anxiolytiques ou somnifères lors de l'année passée d'interne ?

OUI
NON

Q21- Pensez-vous que votre activité professionnelle ait ou ait eu) un impact négatif sur votre état de santé PSYCHOLOGIQUE ?

OUI
NON

Justifiez (réponse libre)

Q22- En cas de problème psychologique, connaissez-vous une ou plusieurs des structures suivantes que vous pouvez appeler ? (plusieurs choix possibles)

SOS SAIHM
La Psychologue du Personnel
La Cellule d'écoute
La Médecine du Travail
La CUMP (Cellule d'Urgence Médico-Psychologique)
La QVT (Qualité de Vie au Travail)
Médecin ou Psychiatre extérieur de l'AP-HM
Aucun

Conduites addictives

Q23- Etes-vous fumeur(se) ?

OUI
NON
Sevré

Q24- nombre de Paquets-Année (PA)

< 5 PA
5 – 10 PA
10 – 15 PA
> 15 PA

Q25- En moyenne, vous consommez ... verre(s) d'alcool ...

Jamais
0 – 10 verres par semaine
Entre les deux
> 20 verres par semaine
J'ai une consommation très ponctuelle, mais très importante à chaque épisode

Q26- Au cours de l'année passée, avez-vous consommé du cannabis ?

Jamais
A l'occasion
Régulièrement
(presque) tous les jours

Q27- Au cours de l'année passée, avez-vous consommé d'autres produits stupéfiants que le cannabis (MDMA, amphétamines, cocaïne, LSD, héroïne, kétamine ...) ?

- Jamais
- A l'occasion
- Régulièrement
- 1 à 2 fois par mois
- > 2 fois par mois

Suivi Médical

Q28- Etes-vous à jour dans vos vaccinations ?

- OUI
- NON
- Ne sait pas

Q29- Pratiquez-vous la vaccination antigrippale annuelle ?

- OUI
- NON

Q30- Avez-vous un médecin traitant ?

- OUI
- NON

Q31- A quand remonte votre dernière consultation chez le médecin généraliste ?

- < 1 an
- 1 – 3 ans
- 3 – 5 ans
- > 5 ans

Q32- A quand remonte votre dernière consultation chez le dentiste ?

- < 1 an
- 1 – 3 ans
- 3 – 5 ans
- > 5 ans

Q33- Si vous êtes une femme ; à quand remonte votre dernière consultation chez le gynécologue ?

- < 1 an
- 1 – 3 ans
- 3 – 5 ans
- > 5 ans

Q34- Comment considérez-vous votre suivi médical ambulatoire ?

- Adapté
- Moyen
- Insuffisant
- Inexistant

Q35- Pensez-vous que votre activité professionnelle soit un frein à votre suivi ambulatoire ? (notamment si vous êtes sujet(e) d'une pathologie chronique)

- OUI
- NON

Q36- L'année passée, avez-vous eu recours à l'auto-prescription ?

- OUI
- NON

Q37- si OUI, cette prescription concernait quelle(s) classe(s) de médicaments ?

- Antibiotiques
- Antidouleurs
- Anti-inflammatoires
- Pilule
- Psychotropes
- Autres

Médecine du Travail

Q38- De quand date votre dernière visite médicale du travail ?

- < 1 an
- 1 – 3 ans
- 3 – 5 ans
- Jamais

Q39- Considérez-vous que votre suivi médical au sein de votre travail est ...

- Adapté
- Moyen
- Insuffisant
- Inexistant

Q40- Souhaiteriez-vous un suivi plus rapproché au travail ?

- OUI
- NON

Justifiez (réponse libre)

Annexe 18

Repérage Précoce et l'Intervention Brève » (RIPB)



Outil d'aide au repérage précoce et à l' intervention brève

ALCOOL, CANNABIS, TABAC CHEZ L'ADULTE

Alcool, tabac et cannabis sont les 3 substances psychoactives les plus consommées en France. Le repérage précoce accompagné d'une intervention brève constitue une réponse individuelle à des consommations à risque de dommages physiques, psychiques ou sociaux.

REPÉRAGE PRÉCOCE



Substance	Questions	Consommation à risque	Action en cas de consommation à risque	Action en cas d'absence de consommation à risque
Alcool et fréquence	Combien de verres standard par jour et par semaine ?	<ul style="list-style-type: none"> > 3 verres standard/jour, soit > 21 verres standard/semaine 	Évaluation du risque	Renforcement des conduites favorables à la santé
	Combien de verres standard par occasion ?	<ul style="list-style-type: none"> > 2 verres standard/jour, soit > 14 verres standard/semaine 		
	Fumez-vous du cannabis ?	OUI	Évaluation du risque	Voir cas particuliers
	Fumez-vous du tabac ?	OUI		

À quelle fréquence repérer ?

- Au moins une fois par an si possible, et/ou à un moment opportun (tout changement bio-psychosocial).
- En cas de **risque situationnel**: grossesse, précarité, conduite de véhicules, poste de sécurité, conditions de stress psychosocial (choc scolaire, examens, changement de travail, retraite, divorce, deuil, etc.).

Plus les consommations sont précoces, intenses, régulières, multiples et en solitaire et plus le risque de dommages augmente. De nombreux outils spécifiques sont disponibles sur les sites de l'Inpes et de la Fédération Addiction.

REPÉRAGE PRÉCOCE



Questionnaire FACE (Formule pour approcher la consommation d'alcool par entretien)

- À quelle fréquence consommez-vous des boissons contenant de l'alcool ?
Jamais = 0 ; Une fois par mois ou moins = 1 ; Deux à 4 fois par mois = 2 ; Deux à 3 fois par semaine = 3 ; Quatre fois par semaine ou plus = 4 ; **Score :**
- Combien de verres standard buvez-vous, les jours où vous buvez de l'alcool ?
1 ou 2 = 0 ; 3 ou 4 = 1 ; 5 ou 6 = 2 ; 7 à 9 = 3 ; 10 ou plus = 4 ; **Score :**
- Est-ce que votre entourage vous a fait des remarques concernant votre consommation d'alcool ?
Non = 0 ; Oui = 4 ; **Score :**
- Vous est-il arrivé de consommer de l'alcool le matin pour vous sentir en forme ?
Non = 0 ; Oui = 4 ; **Score :**
- Vous est-il arrivé de boire et de ne plus vous souvenir le matin de ce que vous avez pu dire ou faire ?
Non = 0 ; Oui = 4 ; **Score :**

*Interprétation du score total : hommes (H) / femmes (F)
Risque faible ou nul : H moins de 5 ; F moins de 4 ; renforcement de conduites favorables à la santé
Consommation excessive probable : H 5 à 8 ; F 4 à 8 ; intervention brève
Dépendance probable : H et F plus de 8 ; proposer une consultation d'addictologie*



Verre standard = 10 grammes d'alcool pur soit :
10 cl de vin à 12° ; 25 cl de boissons à 5° (bière, sodas alcoolisés (alcopops - palmis)), 7 cl de vin ou à 18° ; 3 cl d'alcool à 40° (whisky, pastis ou digestif).

Situations particulières entraînant une majoration du risque de dommages

- Toute consommation pendant la grossesse est à risque.
- Risque fatal lié à la consommation d'alcool chez les femmes jeunes.
- Toute consommation régulière d'alcool en dessous de 25 ans est à risque.
- Interactions alcool-médicaments.
- Maladies chroniques et précautions par rapport à l'alcool.
- Consommation d'alcool par les patients âgés, affectés de troubles psychiatriques ou prenant des médicaments psychotropes.

Pratiques à risque majorant les dommages

- Consommation épisodique massive (binge drinking, bière expresso, messe rigole) : à partir de 6 verres standard (soit 60g d'alcool) par occasion.
- Association avec le cannabis ou d'autres substances psychoactives.



Annexe 19

Burn out syndrome ou syndrome d'épuisement professionnel : échelle MBI (Maslach Burn Out Inventory)

	Jamais	Quelques fois	Une fois	Quelques fois	Une fois	Quelques fois	Chaque fois
1-Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail	0	1	2	3	4	5	6
2-Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail							
3-Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail							
4-Je peux comprendre facilement ce que mes patients/clients/élèves ressentent							
5-Je sens que je m'occupe de certains patients/clients/élèves de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets							
6-Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort							
7-Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes patients/clients/élèves							
8-Je sens que je craque à cause de mon travail							
9-J'ai l'impression, à travers mon travail, d'avoir une influence positive sur les gens							
10-Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail							
11-Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement							
12-Je me sens plein(e) d'énergie							
13-Je me sens frustré(e) par mon travail							
14-Je sens que je travaille « trop dur » dans mon travail							
15-Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes patients/clients/élèves							
16-Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop							
17-J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes patients/clients/élèves							
18-Je me sens ragaillard(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes patients/clients/élèves							
19-J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail							
20-Je me sens au bout du rouleau							
21-Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement							
22-J'ai l'impression que mes patients/clients/élèves me rendent responsable de certains de leurs problèmes							
Total épuisement professionnel							
Total dépersonnalisation							
Total accomplissement personnel							
RESULTATS:							
Le MBI explore trois versants: l'épuisement, la dépersonnalisation, l'accomplissement personnel							
Epuisement professionnel : questions 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20							
-total inférieur à 17: burn out bas							
-total compris entre 18 et 29: burn out modéré							
-total supérieur à 30: burn out élevé							
Dépersonnalisation : questions 5, 10, 11, 15, 22							
-total inférieur à 5: burn out bas							
-total compris entre 6 et 11: burn out modéré							

-total supérieur à 12: burn out élevé

Accomplissement personnel : questions 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21

-total supérieur à 40: burn out bas

-total compris entre 34 et 39: burn out modéré

-total inférieur à 33: burn out élevé

Un score élevé aux deux premières échelles et un score faible à la dernière signe un épuisement professionnel

Annexe 20

Etudes sur le burnout parmi les Médecins en France depuis 2001 (en %)

Année de l'étude, lieu et auteur		EP élevé	DP élevé	AP bas	Burn out (¹) ≥ 1 dimension pathologique (²) les 3 dimensions pathologiques
2001 Bourgogne (n=393)	MG et spé	47,2	32,8	29,2	
2002 Champagne-Ardennes (n=407)	MG et spé	42,3	44,5	37,4	
2003 Loire (n=307)	MG	26	34	19	
2004 Poitou-Charentes	MG	40,3	43,7	43,9	
2004, Loire, P.cathebras (n=480)	MG				5 ²
2005 Indre & Loire (n=496)	MG	25	29	25	
2006 Corse et réseau sentinelle INSERM (n=221)	MG	27,1	32,6	27,1	
2007, France, C.Vaquin (n=221)	MG du réseau sentinelle				51,5
2007 PACA (n=511)	MG	23	19,6	10,6	
2010 Nord Pas de Calais (n=451)	MG	18,6	26,4	49,2	56
2014, Limousin	MG				53,1
2016, La Réunion, C.Gaboulaud	MG				3,6 ²

Annexe 20 (bis)

Etudes sur le burnout parmi les Internes en France depuis 2001 (en %)

Année de l'étude, lieu & auteur	Population étudiée (nombre)	Taux d'épuisement émotionnel élevé	Taux de dépersonnalisation élevée	Taux d'accomplissement personnel faible	Burn out (¹) ≥ 1 dimension pathologique (²) 3 dimensions pathologiques
2018, Aix-Marseille	IMG & IS (355)	« 23,7% »	« 16,9% »	« 13,8% »	6,7 ²
2016 Toulouse E.Bontoux	MG (130)	26,2	22,3	20,0	46,0
2016, Rouen, G.Piquendar	MG (497)	23,8	27,3	13,3	43,3 ¹ 4,1 ²
2016, France, <i>ESJM</i>	IMG & IS (7858)	3 ^{ème} cycle : 63,0 Fin cursus : 57,0	3 ^{ème} cycle : 28,0 Fin cursus : 25,0	3 ^{ème} cycle : 51,0 Fin cursus : 53,0	-
2016, Bordeaux, G.Conteau	IMG (113/87/58)	20,8	11,2	37,4	27,4
2015, France, Sabbagh	IMG (714)	10,0	28,0	5,0	7,4
2015 Picardie	(318)	-	-	-	39,1% ♂ / 44,8% ♀
2013, PACA, C.Mani	IMG (168)	16,0	30,95	45,0	-
2013, Rennes, C.Schreck	IMG & IS (315)	-	-	-	En burn out ? - 5% « oui » - 28% « plutôt oui » - 19% « non »
2013, Paris Vauloup-Soupault	IMG	46,0	28,0	34,0	61,0 ¹ à la fin de T1 66,0 ¹ à la fin T2
Toulouse – Lyon – Strasbourg 2012, C.Speicher	internes	9,6	13,0	43,2	-
2012, Lille, A.Faille	Nord pas de calais	-	-	-	49,2
2012, Nantes & Angers, Sejourne	IMG (112)	19,3	31,5	46,8	61,7 ¹
2011, Ile -de-France & Languedoc-Roussillon, M.Thevenet	IMG & IS (404)	23,0 25,8 IdF 13,1 LR	38,8 39,9 IdF 35,1 LR	35,6 33,2 IdF 43,9 LR	46,0 « menacés » 7,1 ²
2011, France, Le Tourneur-Komly	IMG (4050)	16,0	33,8	38,9	46,5 « menacés » 7,0 ²
2009, Strasbourg, M.Ernst	IMG (161)	19,2	38,5	21,7	46,0 ¹ 4,0 ²
2008, Nantes, B.Barbabin (n=114)	IMG (114)	16,0	35,0	21,0	57,0 ¹ 3,5 ² 44,7 « menacés »
2008, Ile-de-France, M.Pittaco	internes aux urgences (205)	16,0	50,0	34,0	-
2007, Aquitaine	IMG	20,0	47,0	20,0	-
2006, Ile-de-France, M.Guinaud	IMG (692)	24,1	42,0	48,6	-

Annexe 21

Critères diagnostiques d'un épisode dépressif majeur (DSM-V)

Les critères suivants sont ceux du DSM-V tel que proposés par l'American Psychiatric Association. Ceux-ci diffèrent principalement des critères retrouvés dans le DSM-IV-tr par le retrait du critère d'exclusion du deuil.

1. Au moins cinq des symptômes suivants doivent avoir été présents pendant une même période d'une durée de deux semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir.
NB. Ne pas inclure des symptômes qui sont manifestement imputables à une affection générale.
 1. Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (sentiment de tristesse ou vide) ou observée par les autres (pleurs).
 2. Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours.
 3. Perte ou gain de poids significatif (5%) en l'absence de régime, ou diminution ou augmentation de l'appétit tous les jours.
 4. Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.
 5. Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours.
 6. Fatigue ou perte d'énergie tous les jours.
 7. Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).
 8. Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).
 9. Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.
2. Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
3. Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance ou d'une affection médicale générale.
4. L'épisode ne répond pas aux critères du troubles schizoaffectif et ne se superpose pas à une schizophrénie, à un trouble schizophréniforme, à un trouble délirant ou à une autre trouble psychotique.
5. Il n'y a jamais eu d'épisode maniaque ou hypomaniaque.

Références : *American Psychiatric Association: DSM-V development, Major depressive episode. [Internet] [cité le 5 juillet 2012]. Disponible au: www.dsm5.org/ProposedRevisions/Pages/proposedrevision.aspx?rid=427*

Annexe 22

Tableau des populations des études utilisées dans notre étude (%)

	Aix-Marseille 2018 (n=355)	France 2017 LGrichy (n= 8756) (18)	Languedoc-Roussillon, 2017, J.Lachenal (n=480) (9)	Picardie, 2015, V.Delahaye (n=318) (19)	Créteil 2014, C.Koyadinovitch (n=379) (20)	Poitiers, 2013, O.Ridet (n=128) (21)	Rennes, 2012, C.Schreck (n=315) (23)	Angers, 2013, T.Le Quintrec (n=119) (22)	Tours 2010, J.Robert, N.Garceran (n=110) (24)
Nombre	355 (22,65)	8756 (25,0)	480 (43,1)	318 (46,4)	279 (25,0)	128 (37,6)	315 (44,2)	119 (80,9)	110 (90,9)
Qui ?	Toutes spécialités	Toutes spécialités	Toutes spécialités	Toutes spécialités	MG	MG	Toutes spécialités	Toutes spécialités	MG
Période	Avril – mai 2018	Janvier – avril 2017	Mai – octobre 2015	Octobre – Décembre 2014	Octobre 2012 – Février 2013	Décembre 2012 – Février 2013	Avril – Juillet 2012	Septembre – Novembre 2012	2 nd semestre année 2007-2008

Annexe 23

Proportions des internes travaillant plus de 48 heures hebdomadaires selon les études (en %)

ISNI 2012 (33)	Aix-Marseille 2018 (n=355)	LOdM 2016 (28)	SEJM, 2016 (n=7765) (7)	Picardie 2013 (n=318) (19)	Rennes, 2013 (n=315) (23)	Nantes 2012 (n=114) (66)	Tours 2010 (n=110) (24)
60	59,4 % > 48 h	60	35-48 (27,0 %) 48-60 (40,0 %) 60-70 (16,0 %) > 70 (8,65 %)	53,3	49.4 (> 60h pour 24,0 %)	52.4 56.3 ¹ 35 ²	> 10h / jour (25.0 %)

(1) En stage hospitalier

(2) En stage ambulatoire

Annexe 24

Ressenti d'un état de Santé Physique ≥ « BON » parmi les études en France, la population médicale, et les études réalisées auprès des facultés de médecine (chiffres en %)

ESPF 2017, DRESS (12)	SEJM, 2016 (n=7765) (7)	Aix-Marseille, 2018 (n=355)	LR 2017 (n=480) (9)	Picardie, 2015, (n=318) (19)	Créteil 2014, (n=379) (20)	Poitiers, 2013, (n=128) (21)
87.8 * des ♂						
83.5 * des ♀	75,6	52,1	79,9	90,0	62,0	93,7

* parmi la tranche d'âge 25-34 ans.

Annexe 25

Pourcentages d'internes pratiquant une activité physique régulière hebdomadaire en France, la population médicale, et les études réalisées auprès des facultés de médecine (chiffres en %)

ESPF 2017, DRESS (12)	Aix-Marseille 2018 (n=355)	LR 2017 (n=480) (9)	Picardie, 2015, (n=318) (19)	Créteil 2014, (n=379) (20)	Poitiers, 2013, (n=128) (21)	Rennes, 2013, (n=315) (23)	Paris Créteil 2006 (n=708) (65)
52,3	40	38,6					
55,5 des ♂	45,4 ♂	47,2 ♂	48,0	48,0	50,0	52,0	47,3
48,7 des ♀	37,3 ♀	34,4 ♀					

Annexe 26

Facteurs influençant la pratique ou non d'une activité physique régulière. Enquête réalisée par l'INCA3 ANSES (35)(67)

Facteurs favorisants	Facteurs défavorisants
<ul style="list-style-type: none"> - population jeune, - sexe masculin, - niveau d'éducation élevé, - origine ethnique caucasienne, - sans ou avec peu de surpoids, - perception de l'effort comme peu pénible, - disposer de soutiens sociaux, - être en bon état de santé, 	<ul style="list-style-type: none"> - manque de temps, - les troubles de l'humeur, symptômes dépressifs, - une faible satisfaction de la vie,

Annexe 27

Ressenti individuel d'une alimentation équilibrée ? Etudes de la population française et les études réalisées auprès des facultés de médecine (en %)

ESPF	Aix-Marseille 2018 (n=355)	LR 2017 (n=480) (9)	Picardie, 2015, (n=318) (19)	Créteil 2014, (n=379) (20)	Rennes, 2013, (n=315) (23)
- 2015 (11) : 45,0 - 2017 (12) : 40,0	48,5	44,7	52,8	58,0	59,0

Annexe 28

Proportion de la population française, et internes en état de surpoids & obésité ou situation de maigreur (en %)

	ESPF 2017 DRESS (12)	INCA3 ANSES 2017 (67)	OBEPI 2012 (13)	Aix-Marseille 2018 (n=355)	LR 2017 (n=480) (9)	Créteil 2014, (n=379) (20)	Poitiers, 2013, (n=128) (21)
- > 25kg/m ²	49,3 (52 ♂ / 40 ♀)	51,0	47,3	10,7	7,7	16,0	12,5
- maigreur	-	3,0	3,5	8,5	5,1	5,0	7,0

Annexe 29

Ressenti de la Fatigue parmi les internes (en %)

Aix-Marseille 2018 (n=355)	LR 2017 (n=480) (9)
10,9 « Tous les jours »	8,2 « en permanence »
44,8 « La plupart du temps »	51,9 « souvent »

Annexe 30

Proportion de ressenti d'anxiété parmi la population générale, médicale, internes (en %)

INPES (2) Pop° générale 18-30 ans	ANADEP 2005 (n=4042) (39)	ESJM 2017 (38)	SEJM 2016 (7)	Aix-Marseille 2018 (n=355)	LR 2017 (n=480) (9)	France 2017 (n=8756) (18)
12,0 ♂ 30,0 ♀	TAG : 5,1 3,2 ♂ / 6,8 ♀	62,0	66,0	30,1 « Souvent », 10,1 « Tous les jours »	38,3 permanence / souvent 43,4 ♀ / 28,1 ♂	33,5 -59,7

Annexe 30 (bis)

Tableau récapitulatif des facteurs de Risque / Protecteurs d'anxiété

Facteurs de risque d'anxiété	Facteurs protecteurs
<ul style="list-style-type: none">- ATCD personnels psychiatriques,- femme,- fatigue,- pression /agressions / violences psychologiques (68)- insuffisance d'encadrement / mise en situation professionnalisante rapide (2)- absence soutien / relation difficile hiérarchique- environnement hospitalier / abus de pouvoir- difficultés relationnelles- confrontation et sentiment d'impuissance face à la mort et la douleur- compétition- exigence d'excellence et performance- charge de travail importante- violences physiques- « omerta » du milieu médical (69)- sentiment d'être responsable d'une erreur médicale grave ou léthale	<ul style="list-style-type: none">- soutien des pairs,- ressources matérielles suffisantes,- visite chez MT ou Médecin < 1 an,- centre hospitalier,- temps d'échange dédiés.

Annexe 31

Proportion des internes et Médecins présentant des troubles du sommeil « régulièrement » (en %)

MOTS (70)	Aix-Marseille 2018 (n=355)	LR 2017 (n=480) (9)	Picardie 2015 (n=318) (19)	Haute-Normandie 2016 (71)	Rennes 2013 (n=315) (23)	IdF-LR 2011 (n=404)(36)
30,8 des IMG	15,5 « Une à plusieurs fois par semaine 4,8 « Tous les jours »	16,9 permanent / souvent	51,0	64,0 des IMG	50,0	57,1

Annexe 32

Ressenti de dépression, idées suicidaires, taux de mortalité par suicide et tentatives de suicide en France (en %)

	Dépression	Idées suicidaires	Taux mortalité par suicide	TS
Population générale	<p>- <u>ESPF 2015</u> (11): 10,1 % 20-34 ans (7,0 ♂ / 13,2 ♀)</p> <p>- <u>ANADEP 2005</u> (39) : parmi les 25 – 34 ans :</p> <p>EDM léger / moyen 5,0 ♂ / 3,5 ♀</p> <p>EDM majeur : 5,4 ♂ / 2,6 ♀</p>	<p>- <u>INPES 2010</u> (43) : 4,0 population générale</p> <p>10,5 population active</p> <p>- <u>Evolutions 2017</u> (72) : 4,8 des 25-34 ans (4,2 ♂ / 5,6 ♀)</p>	<p>- <u>ESMJM 2016</u> (38): 33,4/100 000</p> <p>- <u>ESPF 2017</u> (12): 22,4 en PACA</p> <p>- <u>Evolutions 2017</u> (72) : 46,0 ♂ / 54 ♀</p>	<p>5,5 des 15-85 ans</p> <p>- <u>Evolutions 2017</u> (72) : 1,0 des 25-34 ans (0,6 ♂ / 0,9 ♀)</p>
Etudes / articles médicaux		<p>- <u>SPS 2017</u> (73) : 25,0 des professionnels de santé</p> <p>- <u>SEJM 2016</u> (7) : 14,0</p>	<p>- <u>ESMJM 2017 ISNI ISNAR- MG ANEMF ISNCCA, Ordre des Médecins</u> (38) (n=21768) : 34,4 / 100 000, (risque population médicale = 2x plus que la population générale)</p> <p>- <u>SEJM 2016</u> (7) : ¼ état santé « Moyen/Mauvais »</p>	

Annexe 32 (bis)

Tableau récapitulatif des facteurs de Risque et Protecteurs de Dépression

Facteurs de Risque de dépression (38)	Facteurs protecteurs (38) (33)
<ul style="list-style-type: none"> - fatigue - stage en laboratoire / unité de recherche - violences psychologiques - ATCD psychiatriques / psychologiques - Hommes - être en couple - avoir des enfants 	<ul style="list-style-type: none"> - Soutien des pairs - soutien hiérarchique - temps d'échanges - ressources matérielles suffisantes / respect des 48 h hebdomadaires et des repos de garde - revalorisation des gardes - majoration de traitement de garde au-delà du nombre de garde normal - limitation du nombre de gardes /astreintes par mois ou période de 5 semaines - modification des astreintes (opérationnelles / de sécurité) et de leur rémunération - respect des conditions d'hébergement et de restauration - respect du nombre minimum de 5 médecins pour réaliser un planning de garde

Annexe 33

Proportions des internes selon les facultés, ressentant une Humeur triste, dépression, idées suicidaires par facultés (en %)

	Humeur triste	Dépression	Idées suicidaires	TS
Aix-Marseille 2018 (n=355)	22,2 > 1 fois / semaine (17,7 ♂ / 24,6 ♀)	« 6,8 » par extrapolation	14,9	-
ESMJM 2017 (38)		27,7 des internes	23,7 des internes	-
France 2017 (n=8756) Grichy (18)	8,4 dépression certaine, et 22,8 douteux		24,0	3,53
Languedoc-Roussillon, 2017, (n=480) (9)	9,4 souvent	-	-	-
Créteil 2014, (n=379) (20)	-	34,0 des IMG (autoDG)	- 8,0 - 2x plus chez IMG 3 ^{ème} année que les 1 ^{ères} / 2 ^{nde} années !	2 TS
Grenoble	-	-	6,5	
Rennes, 2012, (n=315) (23)	-	-	11,0 +/- 2	
France, 2011, (=4050) (41)	-	-	6,1	1,4
IdF-LR, 2011 (36)	-	-	-	0,99
Paris creteil 2006 (n=708) (65)	-	-	-	3,5

Annexe 34

Consommation Anti-Dépresseurs / Anxiolytiques / Somnifères en France

	psychotropes		
	Anti-Dépresseurs	Anxiolytiques	Somnifères / Hypnotiques
Population générale	INSERM 2012 (14) : 6,0 %	- INSERM 2012 (14) : 18,0 % population générale - ANSM 2014 : ANX : 5,0 % ♂ / 9,0 % ♀ & BZD : 2,0 % ♂ / 4,0 % ♀ - ANSM 2013 : Parmi 18-35 ans (en 2012) : 13.5% ANX, 10.4% HYP	
SEJM 2016 (7) (santé moyenne / mauvais)	9,0 % (39,0 %)	23,0 % (17,0 %)	21,1 % (31,4 %)
	4,0 % de la population totale de l'étude consommait des psychotropes de façon quotidienne ou plusieurs fois par semaine		
CNOM 2017 (6)	psychotropes : 8,2 % > 1 fois/mois - 18,2 % plurimensuel - 2,1 % ≥ 1 fois / semaine - 5,2 % quotidien		
Aix-Marseille LR 2017 (9)	Psychotropes 22,5 % Psychotropes : 19,3 %		
France L.Grichy 2017 (18)	-	13,36 % dans l'année	8,62 %
Créteil (n=279) (20)	26 % régulier (12 % 1 / an - 7 % 1/mois - 14 % 1/mois-semaine - 2 % 1/ semaine - 4 % ≥ 1 fois / semaine)		
Haute normandie	8,0 % des IMG		
Rennes 2013 (n=315) (23)	5,0 %	-	Total : 18,0 % - 11,0 % ANX/HYP 1 fois / an - 6,0 % 1 fois / mois - 1,0 % 1 fois / semaine - 0,0 % > 1 fois /semaine

Toulouse – Lyon – Strasbourg 2012 (n=292) (42)		7,0 % occasionnel 2,8 % 1 fois / mois 1,7 % 1 fois / semaine	13,4 % conso hypnotiques : 7,9 % occasionnel 3,1 % 1 fois / mois 0,6 % 1 / semaine 1,7 % plurihebdomadaire
Tourneur 2011 (n=4050) A.Le Tourneur (41)	3,9 % IMG > 1 / semaine - 6,5 % IMG pdt l'internat		
IdF – LR 2011 M.Thevenet (36)	8,6 % au moins 1 / an - 3,2 % au moins 1 / mois – 2,9 % au moins 1 /semaine		
Paris creteil 2006 (n=708) (65)	> 1 fois mois : ATD 15,4 %	> 1 fois mois : ANX 9,4 %	> 1 fois mois : HYP 7,1 %

Annexe 35

Ressenti de l'impact négatif de l'activité professionnelle sur la Santé Psychologique (en %)

	Aix-Marseille (n=355)	LR 2017 (n=480) (9)
Impact négatif activité professionnel	66,8	64,7

Annexe 36

Usages du Tabac parmi les populations générales et médicales en France (en %)

Etudes populations médicales	Etudes population générale
<p>- <u>OFDT 2001</u> (74) : 36,0 internes (31,4 ♂ / 27,0 ♀)</p> <p>- <u>SEJM 2016</u> (7) : 17,0</p> <p>- <u>CNOM 2017</u> (6) : 12,2</p>	<p>- <u>INPES 2010</u> (43) : quotidien 29,1 des 15-75 ans,</p> <p>- <u>OFDT & ARS (mai 2017)</u> (75) : en 2014 : 29,0 des 18-75 ans (33,0 ♂ / 25,0 ♀)</p> <p>- <u>ESPF 2015</u> : 42,0 des 25-34 ans, 29,0 parmi étudiants, 24,0 chez cadre / professions intellectuelles</p> <p>- <u>C.PALLE</u> (2015) (76) : 30,4 parmi population active</p> <p>- <u>Baromètre Santé 2016</u> (77) : quotidien 41,4 ♂ / 33,3% ♀. Vapotage quotidien en 2016 des 25-34 ans : 3,2%, dont 41,2% ex-fumeurs.</p> <p>- <u>ESPF 2017</u> (12) : 29,0 chez professions intermédiaires & cadres (32,9% ♂ / 24,6% ♀), avec une diminution de l'écart H/F.</p> <p>- <u>OFDT mars 2017</u> (78) : 25,0 occasionnel / quotidien chez ♀ de moins de 75 ans.</p>

* usage régulier : > 10 fois / mois

Annexe 36 (bis)

Consommation des internes de tabac parmi les facultés françaises (en %)

Aix-Marseille (n=355)	France 2017 (n = 8756)	LR 2017 (n=480)	Picardie 2015 (n=318)	Créteil 2015 (n=279)	Poitou-Charentes 2012 (n=406)	IdF-LR 2011 M.Thevenet	Poitiers (n=128)	Rennes (n=315)	L.tourneur 2011 (n=4050)	Paris creteil 2006 (n=708)
25.4%	24,9%	21,5%	17,9%	22%	28,8%	28,6%	14,1%	28% 43% ♂ / 22 % ♀	12,3%	25,3%

Annexe 37

Usage de l'Alcool dans la population française et médicale (en %)

Population générale
<p>- <u>INPES 2010</u> (43) : OH quotidien : 11,0 des 15-75 ans (12,0 en PACA) Usage à risque de dépendance * : 8,9 des 18-75 ans (10,0 en PACA) API des 15-75 ans : 7,8 (17,0 en PACA)</p> <p>- <u>Evolutions avril 2015</u> (79) : Parmi les 18-75 ans : 5,5 ♂ / ♀ 2,8 consommation ≥ 1 fois / semaine 9,7 consommation quotidienne (14,6 ♂/ 4,9 ♀). API dans l'année : 38,3 (53,2 ♂ / 24,2 ♀) API mensuelle : 17,4 (26,2% ♂ / 8,9% ♀) API hebdomadaire : 5,0 (8,2 ♂ / 2,0 ♀)</p> <p>Parmi les 25-34 ans : recherche ivresse dans l'année (9,8), mensuelle (3,5)</p> <p>- <u>INPES 2014</u> (44) : API mensuelles chez les 25-34 ans : 37,0</p> <p>- <u>C.Palle 2015</u> (76) : 7,3 OH quotidien population active, 7,3 ivresses répétées, 9,5 API mensuelle, 7,3 consommation chronique à risque</p> <p>- <u>ESPF 2017</u> (12): 18-75 ans : 18,5 consommation régulière (> 10 fois / mois), 10,0 quotidienne (15,1 ♂ / 5,2 ♀)</p>
Etudes sur la population médicale
<p>- <u>CNOM 2017</u> (n=10000) : 4,2 quotidien (6) 27,6 ≥ 1 fois / semaine</p>

* anciens critères OMS : consommation > 21 verres hebdomadaire (H), > 14 (F), ou > 6 verres en 1 seule occasion

Annexe 37 (bis)

Détails des usages à risques de consommation d'Alcool parmi les facultés françaises

Aix-Marseille (n=355)	27,3 % conduites à risque
France 2017 ESPF 2017 (12)	≥ 1 fois / mois : 42,29%, Dont 38,74% ≥ 1 fois / semaine, 1,6 % quotidien API : 41,38% plurimensuel, 4,98% ≥ 1 fois / semaine, 0,21% quotidien
Languedoc- Roussillon 2017 (n=480) J.Lachenal (9)	33,0 % tous les jours / ≥ 1 fois / semaine
IdF 2014 (n=279) C.Koyadinovitch (20)	API : 18,0 % dans l'année, 30,0 % mensuelle, 16,0 % hebdomadaire, 6,0 % ≥ 1 fois / semaine = total 52,0 % à avoir une consommation pathologique
Picardie 2015 (n=318) V.Delahaye (19)	- ♀ : 61,5 % > 10 verres /semaine - 4,8% > 15 verres / semaine - ♂ : 64,5% > 10 verres /semaine - 1,8% > 15 verres / semaine = moyenne 66,3%
Poitiers 2013 (n=128) O.Ridet (21)	Régulier 35,9 % et 8,8% API
Toulouse – Lyon – Strasbourg 2012 (n=292) C.Speicher (51)	15,1 %
Angers- Lyon 2012 J.Herault (49)	OH régulier hebdomadaire : 57,8 % internes ♂ / 33,99% ♀ Quotidien : 7,75% (17,34% ♂ / 3,09% ♀) = moyenne 57,11 %
IdF—LR 2011 M.Thevenet (36)	14,1 % au moins 1 / mois, 26,9% au moins 1 / semaine, 27,2% API au moins 1 / an, 21% au moins 1/ mois, 6,4% au moins 1/semaine (= moyenne 20,4%)
France 2011 (n=4050) L.Tourneur (41)	27,3 % > 3 verres en 1 fois, au moins 1 fois / semaine
Centre 2010 (n=110) N.Garceran (24)	Conso excessive 12,0%
Paris creteil 2006 (n=708) M.Guinaud (65)	21,9 % > 1 fois / mois

Annexe 38

Usage du Cannabis dans la population française, médicale & autres facultés (en %)

Pop° générale	- <u>OFDT 2015-2016</u> (53) (80) : Usage dans l'année chez les 25-34 ans : 9,0 ♀ / 25,0 ♂ Usage régulier* : ♀ : 2,0 / ♂ 8,0 - <u>C.Palle 2015</u> (76) : 9,0 - <u>ESPF 2017</u> (12) : Régulier* chez les 18-64 ans : 3,1 (4,5 ♂ / 1,7 ♀) – (3,6 en région PACA)
CNOM 2017 (7)	24,6 usage occasionnel – 1,5 régulier*
Aix-Marseille (n=355)	27.6% occasionnel - 5.6% régulier* - 2% (casi) quotidien
France 2017 (18)	3,0 usage plurimensuel, 1,0 ≥ 1 fois / semaine, 0,65 quotidien
LR 2017 (9)	25,1 usage occasionnel, 3,3 régulier*
Picardie 2015 (19)	5,4 usage occasionnel, 0,3 régulier*
Toulouse – Lyon – Strasbourg 2012 (51)	15,1 usage occasionnel, 6,1 au moins 1 fois par mois
IdF-LR 2011 (36)	7,0 usage occasionnel – 3,9 plurimensuel – 2,4 ≥ 1 fois / semaine

* régulier : > 10 usages / mois

Annexe 39

Usage des Stupéfiants (autres que Cannabis) parmi la population médicale française et autres facultés (en %).

CNOM 2017 (n=10000) (6)	Aix-Marseille (n=355)	France 2017 (n= 8756) (18)	LR 2017 (n=480) (9)	Créteil 2014 (n=279) (20)	Rennes 2013 (n=315) (23)	Toulouse – Lyon – Strasbourg 2012 (n=292) (51)	IdF-LR 2011 (36)	Paris Créteil 2006 (=708) (65)
- 0,4 ¹ - 0,7 tous les jours	- 20,0 ¹ - 3,4 ²	- 5,14 ¹ - 0,55 ²	- 31,9 déjà testé - 14,2 ¹ - 0,6 ²	- 13,3 ¹ - 7,0 ²	20,0 (cannabis + stupéfiants)	cocaïne 3,4 ¹ ecstasy / amphétamines 1,3 ¹	1,7 ¹	2,6 ¹

¹ occasionnel

² régulier

Annexe 40

La couverture vaccinale en France et parmi les populations médicales et internes (chiffres en %)

	Population générale	Population médicale	Aix-Marseille (n=355)	LR 2017 (n=480) (9)	Angers 2013 (n=119) (22)	Picardie 2015 (n=318) (19)	Poitiers 2013 (n=128) (21)	Rennes 2013 (n=315) (23)
Vaccin a jour	71,0 au maximum (17)	76,0 internes (81)	85,1	84,9	91,6	86,5	98,4	91,0
Vaccin Grippe annuel	-	-	73,2	48,0	53,8	34,6	-	37

Annexe 41

Le suivi ambulatoire par la Médecine Générale (en %)

	CFAR	SEJM 2016 (7)	Aix-Marseille (n=355)	France 2017 (n=8756) (18)	LR 2017 (n=480) (9)	Angers 2013 (n=119) (22)	Picardie 2015 (n=318) (19)	Poitiers 2013 (n=128) (21)	Rennes 2013 (n=315) (23)
MT déclaré	20%	58,0	59,2	61,0	58,5	71,0	76,4	84,4	77,0
Consultation MT < 1 an		27,0	15,8	-	14,8	-	28,8	-	-

Annexe 42

Le suivi odontologique en France et parmi les populations médicales et internes (en %)

	Population générale	Aix-Marseille (n=355)	LR 2017 (n=480) (9)	Angers 2013 (n=119) (22)	Picardie 2015 (n=318) (19)	Rennes 2013 (n=315) (23)
Consultation Dentiste < 1 an	- <i>IFOP 2013</i> : 59,0 population études supérieures (56) - <i>ESPF 2017</i> (12) : 43,0% population générale 41,4% des 20-44 ans, 42,3% PACA	40,3	39,1	41,2	38,1 (39,4 ♀ 35,5 ♂)	42,0 régulièrement
Consultation Dentiste > 3ans	-	20,6	22,6	25,2	18,3 ♀ 24,5 ♂	

Annexe 43

Le suivi Gynécologique en France et parmi les internes (en %)

	Population générale	Aix-Marseille (n=355)	LR 2017 (n=480) (9)	Angers 2013 (n=119) (22)	Picardie 2015 (n=318) (19)	Poitiers 2013 (n=128) (21)	Rennes 2013 (n=315) (23)
Consultation Gynéco < 3ans	60,0	80,0	80,0	81,9	76,0	84,4	77,0

Annexe 44

Les perceptions du suivi ambulatoire par les internes (en %)

	Aix-Marseille (n=355)	LR 2017 (n=480) (9)	Angers 2013 (n=119) (22)	Picardie 2015 (n=318) (19)	Poitiers 2013 (n=128) (21)
Perception suivi médical à minima « satisfaisant »	21,4	58,5	39,5	56,3	22,7 le considère moins bon que pendant l'externat

Annexe 45

Taux d'auto-prescription / médication parmi la population française et la population médicale (en %)

Etudes population médicale (étude littérature <u>L.SIMON 2016</u>) (58)	Etudes population générale
<p>- <u>L.GILLARD 2006</u> : plus de ½ des MG. Et parmi les 31% Médecins en détresse psychologique, 84% d'entre eux s'étaient autoprescrit des psychotropes.</p> <p>- <u>G.LABELLE,(58) 2013</u> : 63% des MG de Rhône-Alpes auto-initiaient un traitement au long cours, & 62% se le renouvelaient tous seuls.</p>	<p><u>INSERM 2012 / INPES 2010</u> (14) : chez 26-44 ans (n=9240) : 23.2% AM</p>

Taux d'automédication (AM) / auto-prescription (AP) parmi les internes en France (chiffres en %)

Aix-Marseille (n=355)	LR 2017 (n=480) (9)	France 2016 (n=339) (58)	Picardie 2015 (n=318) (19)	Angers 2013 (n=119) (22)	Rennes 2013 (n=315) (23)
92,7%	87,2%	98,8%	96,2%	77% AP parmi usagers de psychotropes	- AM : 96 % (44% ¹ 52% ²) - AP : 56%
Antalgiques 69% Anti infl 45,4% Pilule 44,8% ATB 37,7% Autres 20,8 Psychotropes 10,1%		ANX 14% ATD 5%	Antalgiques 1 Anti inflammatoires ATB IPP Antalgiques 2 ANX (14,7%) Somnifères (8,8%) Pilule (7,2%) ... ATD (1%)	Pilule (73,6% F) Biologies (46,2%) Anti inflammatoires (43,7%) ATB (40,3%) Certificat médical (30%) Antalgiques 2 (28,6%) BZD (13,4%) Hypno (10,1%) Imagerie (9,2%) ATD (0,8%)	

¹usage occasionnel - ² usage régulier

Annexe 46

Le service de Médecine du Travail parmi la population médicale et les internes (en %)

	SEJM 2016 (7)	Aix- Marseille (n=355)	France 2017 (n= 8756) (18)	LR 2017 (n=480) (9)	Angers 2013 (n=119) (22)	Rennes 2013 (n=315) (23)
Visite MdT < 3ans	36,0 < 2 ans	40,9	21,1 < 1 an	52,2	39,5 au CHU, 65,5 en hôpital périph (total CHU et périphérique 26,9)	
0 visite		29,9	40,0	18,4	21,9	
Ressenti suivi inexistant		46,2		49,7		
Comme inadapté et/ou insuffisant		19,2		76,7		65,0 insuffisant en fréquence 73,0 insuffisant en moyens
Souhait suivi plus rapproché		51,0		46,1		

Annexe 47

Guide de prévention, repérage et prise en charge des risques psychosociaux (3)

La mise en place d'un tableau de service nominatif prévisionnel, organisant le temps hebdomadaire.

- 8 demi-journées / semaine de stage incluant le temps de garde et d'intervention en astreintes.
- Une ½ journée/semaine de formation hors stage pendant laquelle l'interne était sous la responsabilité du coordonnateur de sa spécialité.
- Que le temps passés en garde / astreinte et la ½ journée de formation, étaient décomptées du temps de travail. Temps qui ne doit pas dépasser 48 heures sur 7 jours continus.
- Une ½ journée/semaine hors stage d'autoformation personnelle.
- Le repos de sécurité immédiat post-garde / post-astreinte.

Annexe 48

Un rapport de l'INSEE permet de poser un cadre plus précis sur la définition d'un état de santé psychologique dégradé, qu'elle caractérise par le cumul de quatre ou plus « contraintes », ressenties « comme pénibles ou non et qu'elle soit en bonne santé physique ou non ». Parmi les contraintes possibles sont énoncées :

- environnementales :

- *exigences de la hiérarchie médicale, et / ou séniorisation insuffisante, voire dans certains cas le manque de considération, le ressenti d'être un « bouche-trou », et parfois aussi l'humiliation publique,*
- *contrainte du temps, de faire plusieurs choses à la fois, (charge de travail), de subir des interruptions dans la réalisation des différentes tâches,*
- *de supporter certaines exigences de l'entourage du patient et/ou du patient lui-même.*
- *le rythme de l'activité d'interne avec ses week-ends travaillés,*
- *la distance domicile-travail, le changement de stage / 6 mois, et les difficultés matérielles qui vont de pair.*
- *manque de solidarité entre équipes, discrimination de la part des autres spécialités (42% des internes).*
- *Enfin, de devoir assister à des cours de DES inadaptés mais obligatoires (24).*

- individuelles :

- *la fatigue physique*
- *contrainte de devoir rester concentré et vigilant*
- *manque d'autonomie.*

Annexe 49

E.ZURBACH, Phénomènes émergents liés aux drogues. Tendances récentes sur les usages de drogues à Marseille en 2016 (52) : détaillait un peu plus les usages de stupéfiants autres que le cannabis sur Marseille et alentours :

- *consommation héroïne plus faible par rapport au reste de la France, restreinte à une population marginalisée, et substituée par la buphrénorphine (SUBUTEX). Opium très faible.*
- *Cocaïne : déjà testée par 10 % des 15-64 ans de PACA (5.4 % en France). Grâce à une bonne disponibilité, diminution du prix en même temps qu'une meilleure pureté. Sa consommation se fait dans tous les milieux, car elle bénéficie d'une image positive, associée à la fête, au passé mafieux Marseillais, et était perçue comme « le haut de gamme des stimulants et associé à diverses représentations socialement valorisantes ».*
- *MDMA : expérimentation parmi les 15-64 ans de PACA : 6% (2014) (4.2% en France).*
- *Métamphétamines, LSD, Kétamine, restent localisés à des niches de fêtes urbaines.*
- *champignons : en région PACA 6% des 15- 30 ans (5% en France), reclus à des milieux isolés.*
- *Kétamine demande en hausse*
- *GHB : des usagers jeunes, souvent dans un contexte de poly-consommation.*
- *Ritaline : les CARUD de PACA notent une consommation de 22% (5% au niveau national).*

IX. Résumé

INTRODUCTION : Les internes en médecine, professionnels de soins en formation, exercent une activité exigeante nécessitant un investissement personnel important, tant sur le plan physique que mental. Cheville ouvrière de l'hôpital, ils doivent chaque jour démontrer leur compétence de jeune médecin ; la réalité de leur état de santé paraît ainsi difficile à appréhender.

L'objectif principal de ce travail de thèse était de faire un état des lieux précis de la santé chez les internes de la faculté d'Aix-Marseille, en termes d'état de santé et de suivi médical.

Les objectifs secondaires ont consisté à dépister d'éventuelles différences entre les données obtenues chez les femmes et les hommes, chez les internes de spécialité et les internes de médecine générale, les internes de première année versus les internes des années supérieures. Les données ont également été comparées à plusieurs thèses menées sur le même sujet dans d'autres régions françaises ainsi qu'à différentes enquêtes de santé publique.

METHODE : Nous avons réalisé une étude observationnelle, transversale, anonyme et auto-déclarative, basée sur le volontariat. Un questionnaire de 7 thématiques et 40 questions a été diffusé aux internes les réseaux sociaux (groupes Facebook des internes de Médecine Générale et Spécialités de Marseille à sept reprises, ainsi que via les secrétariats de l'AP-HM.

RÉSULTATS ET DISCUSSION : Nous avons constaté des états de santé physique et psychologique assez médiocres, sur lesquels l'activité professionnelle semblait avoir un retentissement important. Stress, charge et rythme de travail étaient largement incriminés. Les consommations de produits psychotropes licites ou illicites étaient majeures. Les internes semblaient présenter un certain désintérêt pour le suivi de leur santé. Les conduites de médecine préventive étaient insuffisantes, et l'on constatait que le suivi médical, tant sur le plan ambulatoire qu'au sein de la médecine du travail, était également très insuffisant. L'auto-prescription était la règle. L'état de santé paraissait plus précaire que dans la population générale. Un peu moins satisfaisant, également, que dans les autres facultés étudiées. Dès lors, le respect du temps de travail et l'instauration d'un suivi médical adapté chez les internes apparaissent comme une priorité.

MOTS-CLÉS : internes en médecine, état de santé, physique, psychologique, burnout, réforme des 48 heures hebdomadaires, addictions, médecine ambulatoire, médecine du travail.

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.

IX. Résumé

INTRODUCTION : Les internes en médecine, professionnels de soins en formation, exercent une activité exigeante nécessitant un investissement personnel important, tant sur le plan physique que mental. Cheville ouvrière de l'hôpital, ils doivent chaque jour démontrer leur compétence de jeune médecin ; la réalité de leur état de santé paraît ainsi difficile à appréhender.

L'objectif principal de ce travail de thèse était de faire un état des lieux précis de la santé chez les internes de la faculté d'Aix-Marseille, en termes d'état de santé et de suivi médical.

Les objectifs secondaires ont consisté à dépister d'éventuelles différences entre les données obtenues chez les femmes et les hommes, chez les internes de spécialité et les internes de médecine générale, les internes de première année versus les internes des années supérieures. Les données ont également été comparées à plusieurs thèses menées sur le même sujet dans d'autres régions françaises ainsi qu'à différentes enquêtes de santé publique.

METHODE : Nous avons réalisé une étude observationnelle, transversale, anonyme et auto-déclarative, basée sur le volontariat. Un questionnaire de 7 thématiques et 40 questions a été diffusé aux internes les réseaux sociaux (groupes Facebook des internes de Médecine Générale et Spécialités de Marseille à sept reprises, ainsi que via les secrétariats de l'AP-HM).

RÉSULTATS ET DISCUSSION : Nous avons constaté des états de santé physique et psychologique assez médiocres, sur lesquels l'activité professionnelle semblait avoir un retentissement important. Stress, charge et rythme de travail étaient largement incriminés. Les consommations de produits psychotropes licites ou illicites étaient majeures. Les internes semblaient présenter un certain désintérêt pour le suivi de leur santé. Les conduites de médecine préventive étaient insuffisantes, et l'on constatait que le suivi médical, tant sur le plan ambulatoire qu'au sein de la médecine du travail, était également très insuffisant. L'auto-prescription était la règle. L'état de santé paraissait plus précaire que dans la population générale. Un peu moins satisfaisant, également, que dans les autres facultés étudiées. Dès lors, le respect du temps de travail et l'instauration d'un suivi médical adapté chez les internes apparaissent comme une priorité.

MOTS-CLÉS : internes en médecine, état de santé, physique, psychologique, burnout, réforme des 48 heures hebdomadaires, addictions, médecine ambulatoire, médecine du travail.