



**HAL**  
open science

# État de santé physique et mental des internes Antilles-Guyane

Laure Gouinaud

► **To cite this version:**

Laure Gouinaud. État de santé physique et mental des internes Antilles-Guyane. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-03153636

**HAL Id: dumas-03153636**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03153636>**

Submitted on 26 Feb 2021

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

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

UNIVERSITE DES ANTILLES  
ET DE LA GUYANE  
2019

FACULTE DE MEDECINE  
HYACINTHE BASTARAUD  
N° 2019ANTI0386

# État de santé physique et mental des internes Antilles- Guyane

## THÈSE

Présentée et soutenue publiquement à la Faculté de Médecine Hyacinthe BASTARAUD  
Des Antilles et de la Guyane  
Et examinée par les Enseignants de la dite Faculté

Le 1<sup>er</sup> Avril 2019

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Par

GOUINAUD Laure

Examineurs de la thèse :

Monsieur NACHER Mathieu

Monsieur DJOSSOU Félix

Madame DUEYMES-BODENES Maryvonne

Monsieur BONIFAY Timothée

Président

Professeur

Professeur

Professeur

Directeur

Docteur

# UNIVERSITE DES ANTILLES

\*\*\*\*\*



## FACULTE DE MEDECINE HYACINTHE BASTARAUD

\*\*\*

**Président de l'Université :** Eustase JANKY

**Doyen de la Faculté de Médecine :** Raymond CESAIRE

**Vice-Doyen de la Faculté de Médecine:** Suzy DUFLO

**NEVIERE Rémi**

**Physiologie**

CHU de MARTINIQUE

Tel : 0696 19 44 99

**Pascal BLANCHET**

**Chirurgie Urologique**

CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 13 95 - Tel/Fax 05 90 89 17 87

**André-Pierre UZEL**

**Chirurgie Orthopédique et Traumatologie**

CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 14 66 – Fax : 0590 89 17 44

**Pierre COUPPIE**

**Dermatologie**

CH de CAYENNE

Tel : 05 94 39 53 39 - Fax : 05 94 39 52 83

**Thierry DAVID**

**Ophthalmologie**

CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 14 55 - Fax : 05 90 89 14 51

**Suzy DUFLO**

**ORL – Chirurgie Cervico-Faciale**

CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 93 46 16

**Eustase JANKY**

**Gynécologie-Obstétrique**

CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES

Tel 05 90 89 13 89 - Fax 05 90 89 13 88

**DE BANDT Michel**

**Rhumatologie**

CHU de MARTINIQUE

Tel : 05 96 55 23 52 - Fax : 05 96 75 84 44

**François ROQUES**

**Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire**

CHU de MARTINIQUE

Tel : 05 96 55 22 71 - Fax : 05 96 75 84 38

**Jean ROUDIE**

**Chirurgie Digestive**

CHU de MARTINIQUE

Tel : 05 96 55 21 01

Tel : 05 96 55 22 71 - Fax : 05 96 75 84 38

**Jean-Louis ROUVILLAIN**

**Chirurgie Orthopédique**

CHU de MARTINIQUE

Tel : 05 96 55 22 28

**SAINTE-ROSE Christian**

**Neurochirurgie Pédiatrique**  
 CHU de MARTINIQUE  
 Tel : 0696 73 27 27

**André CABIE**

**Maladies Infectieuses**  
 CHU de MARTINIQUE  
 Tel : 05 96 55 23 01

**Philippe CABRE**

**Neurologie**  
 CHU de MARTINIQUE  
 Tel : 05 96 55 22 61

**Raymond CESAIRE**

**Bactériologie-Virologie-Hygiène option virologie**  
 CHU de MARTINIQUE  
 Tel : 05 96 55 24 11

**Sébastien BREUREC**

**Bactériologie & Vénérologie**  
**Hygiène hospitalière**  
 CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES  
 Tel : 05 90 89 12 80

**Maryvonne DUEYMES-BODENES**

**Immunologie**  
 CH de CAYENNE  
 Tel : 05 96 55 24 24

**Annie LANNUZEL**

**Neurologie**  
 CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES  
 Tel : 05 90 89 14 13

**Louis JEHEL**

**Psychiatrie Adulte**  
 CHU de MARTINIQUE  
 Tel : 05 96 55 20 44

**Mathieu NACHER**

**Epidémiologie**  
 CH de CAYENNE  
 Tel : 05 94 93 50 24

**Michel CARLES**

**Anesthésie-Réanimation**  
 CHU de POINTE-A-PITRE/BYMES  
 Tel : 05 90 89 17 74

**Magalie DEMAR-PIERRE**

**Parasitologie et Infectiologie**  
 CH de CAYENNE  
 Tel : 05 94 39 53 09

**Vincent MOLINIE**

**Anatomie Cytologie Pathologique**  
 CHU de MARTINIQUE  
 Tel : 05 96 55 20 85/55 23 50

**Philippe KADHEL**

**Gynécologie-Obstétrique**  
 CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES  
 Tel : 0690 39 56 28

**Jeannie HELENE-PELAGE**

**Médecine Générale**  
 Cabinet libéral au Gosier  
 Tel : 05 90 84 44 40 - Fax : 05 90 84 78 90

**MEJDOUBI Mehdi**

**Radiologie et Imagerie**  
 CHU de MARTINIQUE  
 Tel : 0696 38 05 20

**VENISSAC Nicolas**

**Chirurgie Thoracique  
Et cardiovasculaire**  
CHU de MARTINIQUE  
Tel : 0696 03 86 87

**DJOSSOU Félix**

**Maladies Infectieuses  
Et tropicales**  
CH de CAYENNE  
Tél : 0694 20 84 20

**Christophe DELIGNY**

**Gériatrie et biologie du vieillissement**  
CHU de MARTINIQUE  
Tel : 05 96 55 22 55

**Narcisse ELENGA**

**Pédiatrie**  
CH de CAYENNE  
Tel : 06 94 97 80 48

**Karim FARID**

**Médecine Nucléaire**  
CHU de MARTINIQUE  
Tel : 05 96 55 24 61

**Moustapha DRAME**

**Epidémiologie Economie de la Santé**  
CHU de MARTINIQUE

### **Professeurs des Universités Associé**

**Franciane GANE-TROPLENT**

**Médecine générale**  
Cabinet libéral les Abymes  
Tel : 05 90 20 39 37

### **Maître de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers**

**Jocelyn INAMO**

**Cardiologie**  
CHU de MARTINIQUE  
Tel : 05 96 55 23 72 - Fax : 05 96 75 84 38

**Fritz-Line VELAYOUDOM épouse CEPHISE**

**Endocrinologie**  
CHU de GUADELOUPE  
Tel : 05 90 89 13 03

**Marie-Laure LALANNE-MISTRIH**

**Nutrition**  
CHU de GUADELOUPE  
Tel : 05 90 89 13 00

**TABUE TEGUO Maturin**

**Médecine interne : Gériatrie et biologie  
Du vieillissement**  
CHU de GUADELOUPE  
Tel : 0690 30 85 04

**GELU-SIMEON Moana**

**Gastroentérologie**  
CHU de GUADELOUPE  
Tel : 06 90 83 78 40 - Fax : 05 90 75 84 38

**BACCINI Véronique**

**Hématologie, Transfusion**  
CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES  
Tel : 05 90 89 12 77

**MASSE Franck**

**Médecine Générale**  
Tél : 0596 56 13 23

**CARRERE Philippe**

**Médecine Générale**  
Tél : 0690 99 99 11

### **Chefs de Clinique des Universités - Assistants des Hôpitaux**

**BROUZENG-LACOUSTILLE Charlotte**

**Endocrinologie**  
CHU DE GUADELOUPE  
Tel : 05 90

**CHAUMONT Hugo**

**Neurologie**  
CHU de GUADELOUPE  
Tel : 06 90

**BUTORI Pauline**

**ORL**  
CHU de GUADELOUPE  
Tel : 0590 89 14 50

**BONIFAY Timothée**

**Médecin Générale**  
CHU de Cayenne Croix rouge  
Tel : 06 90 99 99 11

**DURTETTE Charlotte**

**Médecine Interne**  
CHU de MARTINIQUE  
Tel : 05 96 55 22 55

**RENARD Guillaume**

**Chirurgie Orthopédique**  
CHU de MARTINIQUE  
Tel : 06 96 26 27 33

**CHEVALLIER Ludivine**

**Chirurgie Générale et VIS**  
CH de CAYENNE  
Tel : 06 70 86 88 91

**SYLVESTRE Emmanuelle**

**Maladies Infectieuses**  
CHU de MARTINIQUE  
Tel : 06 20 60 31 36

<b>POUY Sébastien</b>	<b>Cardiologie</b> CHU de MARTINIQUE Tel : 06 66 44 56 15
<b>HUYGHUES DES ETAGES Gunther</b>	<b>ORL</b> CHU de GUADELOUPE Tel : 0590
<b>HENNO Florent</b>	<b>Anesthésiologie/Réanimation</b> CHU de GUADELOUPE Tel : 06 37 85 15 28
<b>PASQUIER Jérémie</b>	<b>Maladies Infectieuses maladies Tropicales</b> CHU de MARTINIQUE Tel : 05 90 93 46 16
<b>MONFORT Astrid</b>	<b>Cardiologie</b> CHU de MARTINIQUE Tel : 05 96 55 23 72
<b>PERROT Emmanuel</b>	<b>Urologie</b> CHU de GUADELOUPE Tel : 05 90
<b>JEREMIE Jean-Marc</b>	<b>Psychiatrie</b> CHU de MARTINIQUE Tel : 05 96 55 20 44
<b>TRAMIER Ambre</b>	<b>Gynécologie Obstétrique</b> CHU de GUADELOUPE Tel : 0590 89 19 89
<b>SAINTE-ROSE Vincent</b>	<b>Parasitologie</b> CH de Cayenne Tel : 05 90
<b>ROLLE Amélie</b>	<b>Anesthésie-Réanimation</b> CHU de GUADELOUPE Tel : 05 90
<b>CARPIN Jamila</b>	<b>Médecine Générale</b> Cabinet du Dr GANE-TROPLENT Franciane Tel : 0690 72 12 04
<b>PLACIDE Axiane</b>	<b>Médecine Générale</b> CHU de MARTINIQUE Tel : 0690 30 75 19
<b>NIEMETZKY Florence</b>	<b>Médecine Générale</b> CH de CAYENNE Tel : 0694 16 15 31

**BLAIZOT Romain**

**Dermatologie**  
CH de CAYENNE  
Tel : 0694 08 74 46

**PARSEMAIN Aurélie**

**ORL**  
CHU de GUADELOUPE  
Tel : 0694 08 74 46

**DUDOUIT Sylvain**

**Chirurgie Orthopédique**  
CHU de GUADELOUPE  
Tel : 0596

## REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur NACHER,

Merci de me faire l'honneur de présider ce jury de thèse. Merci de nous accompagner dans l'apprentissage des statistiques pour nos travaux universitaires. Je vous témoigne toute ma reconnaissance.

À Monsieur le Professeur DJOSSOU,

Merci d'avoir si rapidement accepté de juger mon travail, veuillez trouver ici le témoignage de ma profonde gratitude.

À Madame le Professeur DUEYMES-BODENES,

Merci d'avoir accepté de juger mon travail, soyez assurée de ma sincère reconnaissance.

À Monsieur le Docteur BONIFAY,

Merci d'avoir accepté de reprendre le train en marche, et de m'avoir aidé à synthétiser toutes les données. Merci pour ta patience, ta disponibilité et tes conseils avisés. Merci pour ton soutien.

À Madame le Docteur AGELAN-DIB,

Merci d'avoir initialement encadré le projet. Merci également pour votre patience et votre gentillesse.

À Madame le Professeur GANE-TROPLENT,

Merci pour votre relecture du questionnaire avant son lancement, merci pour votre soutien dans nos travaux universitaires au cours de l'internat.

À Madame le Docteur DAUGUET,

Merci de m'avoir encouragée initialement à réaliser ce projet.

À ma famille, je vous aime.

À mes parents, sans qui tout cela n'aurait pu être possible. Merci pour tout du fond du cœur.

À ma sœur Hélène, mon frère Olivier, merci pour votre soutien malgré les kilomètres, partager la Guyane avec vous c'était génial. Merci aux valeurs ajoutées, Laurent et Claire, pour leur présence à nos côtés et bien sûr, merci aux princesses en belles robes, Claire et Élise qui font voir la vie d'un œil neuf.

À ma famille d'ici et d'ailleurs : les Gouinaud guadeloupéens, les Bruncottan américains, les Allard belges, à Mémé et Gaby les parisiens invétérés et à Dada si loin dans son fort bruxellois mais si près dans mon cœur.

À tous mes amis rencontrés depuis le début, ceux de mon enfance, ceux de mes voyages, ceux de mes premières études ou de mes deuxièmes, ou encore ceux arrivés tout simplement comme ça, par erreur ou surprise, merci pour tout le poisson.

À Raph, qui me comprend si bien, toujours prête à me soutenir, quel que soit le guêpier dans lequel je me suis encore fourrée, merci à l'infini.

À Silvère, Cécile, Solange, Cédric, Jo, Lily-Rose, merci pour toutes ces escapades qui m'ont permis de découvrir la magnificence de la Guyane. Que l'aventure continue !

Et Vincent, mon amour, paon des hôtes de ces forêts, merci d'être à mes côtés et de me faire garder les pieds sur terre. Vivement la fin de tout ça, bientôt le monde sera à nous !

À tous les internes Antilles-Guyane, merci pour vos réponses et votre soutien.

## RÉSUMÉ

*Mots clés* : Santé, Internat, Guadeloupe, Guyane, Martinique, Santé mentale, Conditions de travail

*Introduction* : La mauvaise santé des soignants et notamment des internes, est devenue un problème de santé publique bien décrit en métropole. Nous ne connaissons pas l'état de santé des internes Antilles-Guyane. L'objectif principal de ce travail était de décrire cet état de santé, l'objectif secondaire était de rechercher des facteurs de risque de mauvaise santé.

*Matériel et méthode* : il s'agissait d'une étude observationnelle transversale sur tous les internes Antilles-Guyane. Le recueil des données a été effectué par auto-questionnaire informatique entre début septembre et mi-octobre 2017. L'analyse statistique a été réalisée en utilisant un test du Chi-2 ou un test exact de Fisher, avec le logiciel Stata 12.0.

*Résultats* : 262 réponses ont été analysées. Depuis le début de leur internat, 12,2% (n=32/262) des internes ont eu des idées suicidaires, 16% (n=42/262) ont déclaré avoir fait un épisode dépressif et 71,4% (n=185/259) ont ressenti un des symptômes du Burn Out. 28,2% (n=74/262) des internes fumaient quotidiennement, 84% (n=220/262) buvaient de l'alcool régulièrement et 45,4% (n=119/262) ont pris de la drogue au moins une fois. Leur suivi médical était limité, seulement 37,0% (n=97/262) ont déclaré un médecin traitant. À propos des conditions de travail : 69,8% (n=183/262) des internes travaillaient plus de 48 heures par semaine et le repos de garde n'était pas respecté pour 7,0% (n=18/258) d'entre eux. Finalement 26,0% (n=68/262) s'estimaient en moyenne ou mauvaise santé globale. Plusieurs facteurs de risques de mauvaise santé globale ont été trouvés : la nervosité, les troubles du sommeil, les douleurs physiques et l'isolement social.

*Conclusion* : les internes Antilles-Guyane ont une santé physique et mentale préoccupante. Il est nécessaire de mettre en place des mesures urgentes pour prévenir, dépister et prendre en charge les troubles liés aux risques psycho-sociaux.

## ABSTRACT

*Introduction* : Medical staff's bad health, in particular residents, is a well known public health concern in France. No data described French West Indies and Guyane's residents health. The first goal of this work was then to do so. Secondary we wanted to study possible risk factor of bad health.

*Material and method* : Observational cross sectional study on all French West Indies and Guyane residents. Data were collected using an on line questionnaire from the beginning of september to middle october 2017. Chi-2 test and Fisher's exact test were used to our statistical analysis on Stata 12.0 software.

*Results* : 262 answers have been analyzed. Since the beginning of the residency, 12,2% (n=32/262) of residents had suicidal ideations, 16% (n=42/262) declared depression and 71,4% (n=185/259) felt one of the 3 symptoms of Burn Out. 28,2% (n=74/262) were smoking, 84% (n=220/262) drank alcohol regularly and 45% (n=119/262) used drugs at least once. Self medical care is poor with only 37% (n=97/262) of them followed by a general practitioner. About work conditions : 69,8% (n=183/262) of residents worked more than 48 hours per week and post shift rest was not respected for 7,0% (n=18/258) of them. Finally 26,0% (n=68/262) declared themselves in average or bad global health. Several risk factors for global bad health were found : sleep trouble, pain, anxiety, and social isolation.

*Conclusion* : residents working in France West Indies and Guyane have a worrying health. It is urgent to create measures to prevent, detect and take care of troubles induced by working conditions.

## TABLE DES MATIERES

<b>RÉSUMÉ.....</b>	<b>10</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>11</b>
<b>LISTE DES ABREVIATIONS .....</b>	<b>14</b>
<b>LISTE DES TABLEAUX.....</b>	<b>15</b>
<b>LISTE DES FIGURES .....</b>	<b>16</b>
<b>LISTE DES ANNEXES .....</b>	<b>17</b>
<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>18</b>
<b>MATÉRIEL ET MÉTHODE.....</b>	<b>24</b>
<b>RÉSULTATS .....</b>	<b>27</b>
<b>ORGANIGRAMME DE L'ECHANTILLON.....</b>	<b>27</b>
<b>ANALYSE DES RÉPONSES OBTENUES.....</b>	<b>28</b>
Description de la population .....	28
Accès aux soins .....	30
Mode de vie.....	30
Santé mentale .....	33
Santé physique .....	37
Conditions de travail.....	39
Facteurs régionaux.....	43
Santé globale.....	44
<b>ANALYSE DES GROUPES À RISQUE.....</b>	<b>46</b>
<b>COMMENTAIRES LIBRES.....</b>	<b>50</b>
Les conditions de travail .....	50
La santé et l'internat en général .....	50
Remarques personnelles sur la santé .....	51
L'internat Antilles-Guyane en positif et en négatif.....	51
Critiques positives et négatives sur la thèse .....	52

<b>DISCUSSION.....</b>	<b>53</b>
<b>RÉSUMÉ DES PRINCIPAUX RÉSULTATS.....</b>	<b>53</b>
<b>BIAIS ET LIMITES DE L'ÉTUDE .....</b>	<b>55</b>
<b>PARTICIPATION À L'ÉTUDE ET CARACTÉRISTIQUE DE LA POPULATION.....</b>	<b>57</b>
<b>ÉTAT DE SANTÉ : COMPARAISON AVEC LES ÉTUDES PRÉCÉDENTES .....</b>	<b>58</b>
Mode de vie.....	59
Accès aux soins .....	64
Santé physique .....	66
Santé mentale.....	69
Conditions de travail.....	73
Facteurs régionaux.....	78
Santé globale.....	79
<b>PERSPECTIVES .....</b>	<b>80</b>
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>82</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>84</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>89</b>

## **LISTE DES ABREVIATIONS**

AES : Accident d'exposition au sang

ANEMF : Association nationale des étudiants en médecine de France

BOS : Burn Out Syndrome

CH : Centre hospitalier

CHU : Centre hospitalier universitaire

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

DIU : Diplôme Inter Universitaire

DRESS : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

ECN : Épreuve classante nationale

IDF : Ile de France

LAG : Internes Antilles-Guyane

IGAS : Inspection générale des affaires sociales

IMC : Indice de masse corporelle

InPS : Institut national de préventions et d'éducation pour la santé

InVS : Institut de Veille Sanitaire

IRDES : Institut de recherche et documentation en économie de la santé

ISNAR : Inter Syndicale Nationale Autonome Représentative des Internes

ISNCCA : Inter Syndicat National des Chefs de Clinique Assistants

ISNI : Inter Syndicat National des Internes

JAMA : Journal of the American Medical Association

MBI : Maslach Burn Out Inventory

MG : Médecine générale

MHI : Mental Health Inventory

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONVS : Observatoire national des violences en milieu de santé

RPS : Risques psychosociaux

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Caractéristiques de la population étudiée .....	28
Tableau 2 : Consommation de tabac journalière parmi les internes.....	31
Tableau 3 : Consommation d'alcool hebdomadaire chez les internes .....	31
Tableau 4 : Symptômes du Burn out chez les internes.....	34
Tableau 5 : Idées suicidaires, caractéristiques de la population et analyse bivariée selon la situation familiale et professionnelle .....	35
Tableau 6 : Présence d'idées suicidaires selon la santé physique et mentale et les facteurs régionaux, description et analyse bivariée.....	36
Tableau 7 : Auto-prescription chez les internes Antilles-Guyane .....	38
Tableau 8 : Lien entre santé mentale, santé physique, conditions de travail, facteurs locaux et mauvaise santé globale.....	45
Tableau 9 : Description, analyse bivariée et multivariée, profil anxieux .....	47
Tableau 10 : Description, analyse bivariée et multivariée, profil BOS .....	48
Tableau 11 : Résultats de l'analyse statistique bivariée et multivariée par profil.....	49
Tableau 12 : Tableau récapitulatif des comparaisons avec certaines des études métropolitaines réalisées sur les internes .....	58

## LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Diagramme de flux de l'étude .....	27
Figure 2 : Répartition des spécialités parmi les 262 répondants.....	28
Figure 3 : Année d'étude des répondants.....	29
Figure 4 : État mental des internes pendant leur stage.....	33
Figure 5 : Déclaration des heures travaillées par semaine par les internes Antilles-Guyane .....	39
Figure 6 : Respect du repos de garde selon les départements.....	40
Figure 7: Exposition aux violences et au stress au travail.....	40
Figure 8 : Accidents de travail, accidents d'exposition au sang et déclarations.....	41
Figure 9 : Sentiment d'entraide au sein des équipes de soin.....	42
Figure 10 : Répercussion des conditions de travail sur la vie privée, le travail, l'intégrité physique et la consommation de toxiques.....	42
Figure 11 : Perception de l'état de santé global selon les départements.....	44
Figure 12 : Comparaison de la consommation de psychotropes entre différentes études .....	63
Figure 13 : Répercussion des conditions de travail sur la consommation d'addictogène, l'efficacité au travail, l'intégrité physique, la vie sociale et la vie de famille, comparaison avec l'étude du CNOM.....	77

## **LISTE DES ANNEXES**

Annexe 1 : Commentaires libres.....	89
Annexe 2 : Questionnaire destiné aux IAG.....	97
Annexe 3 : Mail destiné aux IAG avec le lien du questionnaire.....	101
Annexe 4 : Mail de relance destiné aux IAG avec le lien du questionnaire.....	102

## INTRODUCTION

*« Cette semaine alors que j'étais en stage, j'ai regardé par la fenêtre, et je me suis dit que cela serait plus facile de sauter et d'en finir. »*

(Interne de médecine Antilles Guyane)

Les internes sont des médecins en formation, qui après de longues années d'apprentissages théoriques doivent terminer leurs études en travaillant 3 à 5 ans en structures de soins. Leur travail consiste à prendre en charge les malades et leurs familles, sous la direction des médecins du service dans lesquels ils réalisent leur stage. Salariés mais pourtant toujours étudiants, ils doivent également suivre une formation théorique et produire un travail universitaire (mémoire de spécialité, thèse, articles, bibliographies). Leurs heures de travail sont partagées entre journée dans le service, gardes et astreintes la nuit et le week-end, formations universitaires et temps de travail personnel. Les semaines peuvent donc être très longues et peuvent dépasser les 70 heures. Les conditions de travail à l'hôpital ne sont pas toujours optimales avec parfois un manque de moyen et une qualité de soin exigée (1). Ainsi les internes font faces à de nouvelles responsabilités, dans des conditions de travail difficiles, avec de nombreuses contraintes, et cela impacte leur vie professionnelle, leur vie personnelle et leur santé globale.

La mauvaise santé des étudiants en médecine, des internes et des médecins est en effet une réalité. La littérature nationale et internationale, abonde à ce sujet et notamment au sujet de la santé mentale des jeunes médecins (2-4).

Sur le plan de la santé mentale : le conseil de l'ordre des médecins, dans une enquête en 2016, a retrouvé 14% d'idées suicidaires chez les internes (3), tandis qu'une vaste étude sur la santé mentale dirigée par les syndicats d'internes en 2017 dévoilait que 66,2 % des interrogés souffraient d'anxiété, 27,7% souffraient de dépression et 23,7% d'idées suicidaires (2).

À l'international, une méta-analyse publiée par le JAMA en 2016 estimait que 27,2% des internes inclus dans leur étude présentaient des symptômes de dépression ou un tableau dépressif, et évaluait les idées suicidaires à 11%. La santé mentale chez les étudiants en médecine en France comme à l'international est un problème de santé publique majeur.

Parmi les troubles de la santé mentale, un syndrome est particulièrement étudié : le syndrome du Burn Out (BOS). Celui-ci se traduit par « *un épuisement physique émotionnel et mental qui résulte d'un investissement prolongé dans des situations de travail exigeantes sur le plan émotionnel. Il s'agit d'un processus de dégradation du rapport subjectif au travail qui s'exprime dans trois dimensions : l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation (cynisme vis-à-vis du travail, déshumanisation, indifférence) et la diminution de l'épanouissement personnel au travail* » (5). Un auto-questionnaire est généralement utilisé pour dépister le BOS : le Maslach Burn Out Inventory (MBI), ce questionnaire propose 22 questions évaluant les trois dimensions du syndrome (épuisement émotionnel, dépersonnalisation, épanouissement personnel). Les questions permettent de coter les 3 dimensions en BOS bas, moyen ou élevé. On parle en général de BOS lorsque le répondant présente un score élevé pour l'épuisement émotionnel ou pour la dépersonnalisation, ou un score bas dans l'épanouissement personnel. Une thèse réalisée en 2011, interrogeant l'ensemble des internes de médecine générale métropolitains retrouvait que 58.1% des internes présentaient au moins un des trois paramètres du BOS (6). Aux États-Unis une étude réalisée en 2008, diagnostiquant un BOS pour un taux élevé d'épuisement émotionnel ou de dépersonnalisation trouvait un taux de BOS de 49,6% chez les étudiants en médecine (7). La même équipe prouvait en 2014 que le risque de BOS était plus important chez les étudiants en médecine que chez les autres étudiants (8), et finalement dans les années qui suivaient elle montrait également que le BOS était lié aux risques psychosociaux et qu'il impactait indirectement la qualité des prises en charge et la satisfaction des patients (9).

Les conséquences du développement d'un BOS sont donc d'ordre individuel (augmentation de dépression et d'idées suicidaires, augmentation de la consommation de toxiques) et d'ordre collectif (arrêt de travail et absentéisme, turn-over médical, productivité diminuée), avec une conséquence sur la qualité des soins (6,9–11).

Les risques psychosociaux (RPS) sont définis comme les contraintes psycho-organisationnelles susceptibles de dégrader l'état de santé psychique, physique et social d'un individu. Ces risques, bien décrits pour la population des internes sont regroupés en 6 items (12,13). (1) Les exigences au travail : charge de travail, exigences de service non flexibles ne s'adaptant pas à la progression de l'interne, interruption des tâches, amplitude horaire, travail universitaire. (2) Les exigences psychologiques : émotionnelles ou cognitives, connaissances exigées, qualité de soin exigée, violence interne ou externe au service. (3) L'autonomie et les marges de manœuvre : autonomie non adaptée aux capacités, impossibilité de participer à la formation clinique par manque de temps associée à une exigence en connaissances élevée, choix de stage complexe. (4) Les rapports sociaux et les relations de travail : mauvaise qualité des interactions, manque de reconnaissance, absence d'encadrement, de bonnes relations entre les internes et la hiérarchie seraient un facteur protecteur. (5) Les conflits de valeur : disparité entre bonnes pratiques et moyens alloués pour les mettre en œuvre. (6) L'insécurité économique, même si elle semble ne pas concerner majoritairement le corps des médecins elle est à prendre en compte chez les internes notamment dans notre subdivision.

Sur le plan de la santé physique, les internes sont également à risque: ils sont exposés à une mauvaise hygiène de vie (mauvaise alimentation, exercice physique peu fréquent, trouble du sommeil), à des maladies chroniques, et à des conduites addictives (14–20).

De plus, paradoxalement, le jeune médecin contourne la plupart du temps le parcours classique du soin et néglige ses propres problèmes. Il n'est pas souvent pris en charge efficacement et de manière objective, ce qui soulève le problème de l'auto-prescription (3,14,15). Dans l'enquête réalisée par l'Ordre des médecins: 41 % des interrogés n'avaient pas de médecin traitant, et 20,7% des répondants déclaraient s'auto-prescrire des antidépresseurs souvent ou parfois (3).

Finalement les internes sont exposés à des violences au travail, ce qui peut impacter leur santé physique aussi bien que leur santé mentale (21–23). Une enquête menée en 2013 auprès de 1472 étudiants en médecine sur la France métropolitaine chiffrait les violences subies par cette population : plus de 40% déclaraient avoir été confrontés à des pressions psychologiques, près de 50 % à des propos sexistes, 25% à des propos racistes, 9% à des violences physiques et 4% à des violences sexuelles (21). En 2017, le livre « Omerta à l'hôpital » publié par le docteur Valérie Auslender, levait le voile sur les maltraitances subies par les étudiants en santé avec de nombreux témoignages effroyables (23).

Nous avons très peu d'informations concernant les conditions de travail et la santé des internes Antilles Guyane. Une grande partie des études françaises était restreinte à une zone métropolitaine. Nous pouvons supposer que certaines particularités de l'internat Antilles-Guyane jouent un rôle défavorable sur l'état de santé des internes qu'il soit physique ou mental. En effet l'internat Antilles-Guyane présente des caractéristiques spécifiques : il se déroule dans une subdivision qui présente des terrains de stage diversifiés : la Martinique, la Guadeloupe, Saint-Martin, la Guyane et ses centres de santé isolés. Chaque semestre l'interne peut changer de lieu de stage parmi ces différentes destinations. Les pathologies rencontrées sont multiples et chaque localité présente des spécificités auxquelles le médecin en formation n'a pas forcément été préparé (maladies métaboliques, drépanocytose, maladies infectieuses, envenimations, populations diverses et multiculturalisme, variabilité des langues parlées).

L'interne doit donc faire preuve d'une grande mobilité et d'une grande adaptabilité tant au niveau de sa vie professionnelle qu'au niveau de sa vie privée. Ensuite il est souvent mis en autonomie rapidement et doit savoir réagir face à des contraintes de moyens et d'isolement. En effet, parfois le matériel est insuffisant pour travailler (brancards, draps, pénurie de médicaments...), parfois la prise de décision est complexe avec l'absence de certaines spécialités (notamment en Guyane) et il est nécessaire de demander des avis aux Antilles ou en métropole. De même les centres de santé isolés ne possèdent pas de radiologie ni de laboratoire à disposition.

La formation est réalisée intégralement aux Antilles-Guyane pour les internes de médecine générale tandis que les internes de spécialité doivent réaliser un an et demi ou deux ans dans les hôpitaux de métropole. Par ailleurs, il peut être difficile pour certaines spécialités de trouver des stages dans tous les départements de cette subdivision. En termes d'organisation, les inscriptions, les démarches administratives sont rattachées à la faculté des Antilles en Guadeloupe, ce qui peut être compliqué lorsque l'on est en Guyane ou en Martinique et que l'on manque de temps.

Au niveau financier, les internes disposent d'une aide pour un déménagement une fois par an (billet d'avion, bagages supplémentaires, loyer remboursé les deux premiers mois). Leur salaire est augmenté par rapport au salaire métropolitain, du fait du coût de la vie sur place, et ils ont droit à une prime mensuelle supplémentaire en Guyane.

Finalement l'accès aux soins peut être limité, surtout en Guyane, comme nous l'avons expliqué les médecins libéraux sont peu nombreux et certaines spécialités peuvent manquer (24).

Le mémoire de J. Favier de 2016 sur le profil des étudiants du DES de médecine générale aux Antilles-Guyane, montrait qu'une grande majorité des internes (88.9%) étaient d'origine métropolitaine (25). Ainsi les internes sont exposés à des contraintes matérielles, déménagements itératifs, dépenses importantes au début de l'internat (voiture, meubles), mais également à un dépaysement et probablement à un isolement géographique ou social.

L'objectif principal de cette thèse était de décrire l'état de santé physique et mental des internes Antilles-Guyane puis dans un second temps de rechercher des facteurs de risque de mauvaise santé, qu'ils soient liés à l'internat en général ou à la subdivision Antilles Guyane.

## **MATÉRIEL ET MÉTHODE**

Il s'agit d'une étude observationnelle transversale multicentrique réalisée par auto-questionnaire informatique anonymisé.

L'étude incluait l'ensemble de la population des internes Antilles-Guyane en cours d'internat en septembre 2017, cela quel que soit leur lieu d'exercice et leur année d'étude. La liste des internes a été récupérée manuellement à partir des listes officielles des résultats des concours de l'internat par année. Les adresses mails ont été retrouvées à partir de mailing listes préexistantes. Les mails des internes de spécialité à partir de 2012 et les internes de médecine générale à partir de 2013 ont été intégrés afin de pouvoir inclure les internes ayant pris des disponibilités et de toucher un maximum de personnes.

Ont été exclus les internes en inter-CHU et les jeunes médecins ayant terminé leur internat.

Le recueil des données a été fait par auto-questionnaire en ligne sur la plate-forme Webquest.fr. Le questionnaire a été créé sur cette dernière puis le lien a été envoyé par mail à chaque interne personnellement, accompagné d'une explication sur les objectifs de la thèse. Le questionnaire a également été relayé sur les réseaux sociaux. L'inclusion des données a été faite entre le 1<sup>er</sup> septembre 2017 et le 15 octobre 2017 afin que les internes répondants aient au moins réalisé un semestre d'internat. Une relance a été faite par mail au bout d'un mois, le 30 septembre 2017 (les mails sont visibles en Annexes 3 et 4).

Le choix des variables du questionnaire a été déterminé d'après une étude bibliographique préliminaire et en s'appuyant sur des questionnaires ayant déjà été utilisés dans des études précédentes (3,6,15,26,27).

Le questionnaire (visible en totalité en Annexe 2) a été organisé en 7 thématiques pour un total de 46 questions et sous-questions :

- 10 questions sur la situation personnelle et familiale.
- 3 questions sur l'accès aux soins : la déclaration ou non d'un médecin traitant, consultation annuelle chez le dentiste et l'ophtalmologue, consultation chez les spécialistes, mise à jour des vaccinations.
- 6 questions sur le mode de vie (sommeil, activité physique, alimentation, consommation de toxiques). Les questions sur l'activité physique proviennent des recommandations de l'organisation mondiale de la santé (OMS). Les cut-off concernant la consommation de tabac et d'alcool s'inspirent des tests de dépendance et des définitions de l'OMS mais ont été choisis pour faciliter les réponses.
- 3 questions sur la santé globale : poids et taille permettant de calculer l'IMC, puis auto-évaluation de sa santé par l'interne d'un point de vue global avec la possibilité de choisir entre 5 états : excellent, bon, moyen, mauvais et très mauvais.
- 14 questions sur l'état de santé physique et mental et l'impact du travail : douleur physique, auto-prescription, consommation de médicaments, symptômes du BOS, dépression, trouble du sommeil, consultation chez un psychiatre ou psychologue, accident de travail, arrêt maladie, répercussion des conditions de travail sur la vie privée et professionnelle.
- 4 questions sur le déroulement du stage en cours : nombre d'heures travaillées, repos de sécurité, 5 items du questionnaire Mental Health Inventory (MHI) simplifiées, soutien des équipes. Le questionnaire MHI-5 est une partie du questionnaire SF36 utilisé pour évaluer la qualité de vie, un score est calculé à partir de la somme des réponses possibles quotées de 1 à 6 puis est transformé sur une échelle de 1 à 100, un score inférieur à 56 signe une détresse psychologique.

- 5 questions sur la vie aux Antilles-Guyane : problèmes financiers, isolement social et géographique, adaptation, choix de région.
- 1 bloc de commentaire libre.

A la fin de la période d'inclusion la base de données de la plate-forme Webquest a été extraite d'un fichier Excel. L'identification des doublons a été réalisé dans un premier temps en analysant les dates et heures de réponse et similitudes puis ont été appliqués les critères d'exclusion. Une première analyse descriptive a été effectuée en utilisant les moyennes, écart-types et proportions standards. Une analyse bivariée a ensuite été réalisée en utilisant un test du Chi-2 ou un test exact de Fisher pour les variables dichotomiques, finalement une analyse multivariée a été effectuée sur les variables significatives en utilisant une régression logistique. Le seuil de significativité a été fixé à 5%. L'analyse statistique a été faite avec le logiciel Stata 12.0 (Stata Corporation, College Station, USA).

Afin de rechercher des facteurs de risque de mauvaise santé mentale des groupes ont été créés et comparés. Pour cela nous avons choisi de définir deux profils d'internes :

- Profil « Anxieux » : personne qui a répondu qu'elle se sentait très nerveuse souvent ou tout le temps à la question portant sur la détresse mentale et qui présentait un état de santé moyen ou mauvais.
- Profil « Burn out syndrome (BOS) » : personnes qui ont répondu avoir ressenti les trois composantes de ce syndrome depuis le début de l'internat et qui se considéraient en état de santé moyen ou mauvais.

Une déclaration à la CNIL (numéro WpW2261267q) a été faite en préalable au lancement du questionnaire.

# RÉSULTATS

## ORGANIGRAMME DE L'ÉCHANTILLON

Sur les 559 mails envoyés avec le lien pour répondre au questionnaire 266 réponses ont été obtenues (Figure 1). Après application des critères d'exclusion, 262 réponses d'internes ont pu être étudiées (3 doublons et 1 réponse non valable).

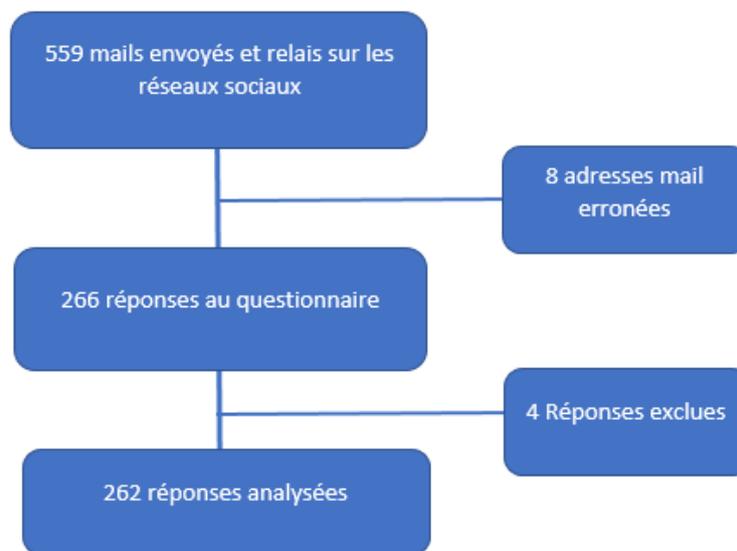


Figure 1 : Diagramme de flux de l'étude

## ANALYSE DES RÉPONSES OBTENUES

### Description de la population

Notre population comprenait 262 internes, le sexe ratio H/F était de 1/1,4 et la moyenne d'âge de 27,7 ans (Tableau 1). La plupart des internes vivaient en couple ou en colocation, 22,5% (n=59/262) ont déclaré vivre seuls.

Tableau 1 : Caractéristiques de la population étudiée

Population étudiée	N =262 (%)
<b>Sexe</b>	
Hommes	108 (41,0%)
Femmes	154 (59,0%)
<b>Age (années)</b>	
Moyenne (+/- écart type)	27,7 (+/- 2.0)
<b>Origine</b>	
Antilles-Guyane	48 (18,7%)
Métropole	203 (77,5%)
Autre	9 (3,8%)
<b>Statut matrimonial</b>	
Célibataire	96 (36,6%)
<b>Enfant</b>	
Non	242 (92,4%)

La majorité des internes ayant répondu était en spécialité médicale (67%) avec 43,8% d'internes en médecine générale (Figure 2).

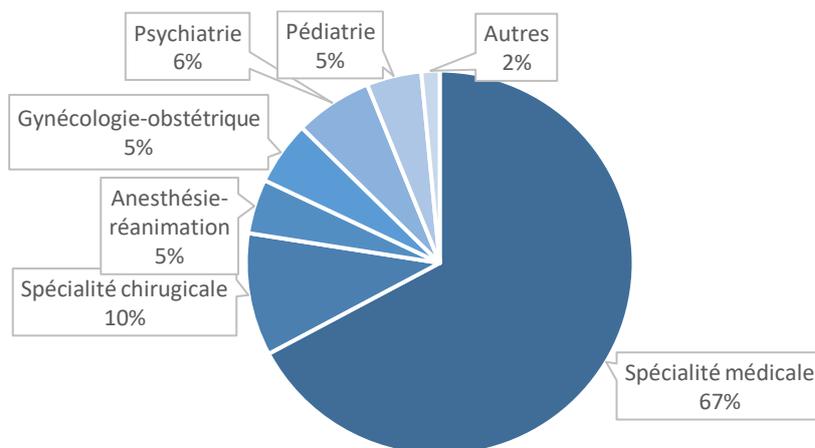
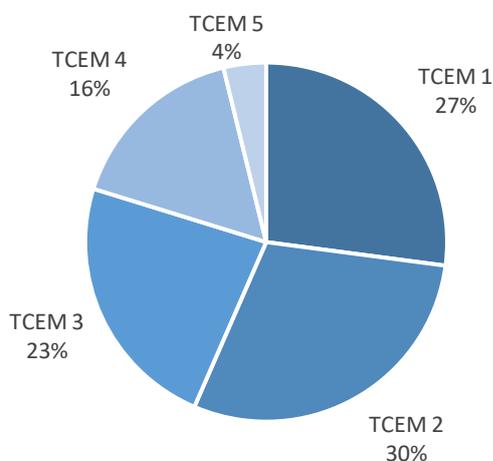


Figure 2 : Répartition des spécialités parmi les 262 répondants

Les spécialités classées dans autres étaient : la gynécologie médicale, la biologie médicale, et la médecine du travail. Aucun interne de santé publique ni de neurochirurgie n'a répondu au questionnaire.

Toutes les années d'étude étaient représentées parmi les répondants (Figure 3).



*Figure 3 : Année d'étude des répondants*

Les trois principales structures dans lesquelles les internes réalisaient leurs stages étaient : en CHU à 60,3% (n=158/262), en CH à 22,5% (n=59/262), chez le praticien à 11,8% (n=31/262).

Les internes répondants étaient répartis dans les 4 départements : 34,0% (n=89/262) étaient en stage en Guadeloupe, 13,0% étaient en stage en Guyane (n=34/262), 29,4% étaient en Martinique (n=77/262) et 23,6% étaient en stage en métropole (n=62/262).

### **Accès aux soins**

Parmi les internes, 37,0% (n=97/262) avaient déclaré un médecin traitant, 85,6% (n=83/97) affirmaient ne pas l'avoir vu dans la dernière année, 11,3% (n=11/97) l'avaient vu une ou deux fois et 3,1 % (n=3/97) l'avaient vu 3 fois ou plus. Il n'y avait pas de différence d'origine parmi ceux qui ont ou n'ont pas déclaré de médecin traitant, les internes originaires des Antilles Guyane n'avaient pas plus déclaré de médecin traitant que ceux venant de métropole.

Environ un tiers des internes a consulté un dentiste (n=91/255) ou un autre spécialiste (n=83/255) dans l'année qui a précédé, un quart a consulté un ophtalmologue (n=68/249)

En ce qui concerne les vaccinations : 88,2% (n=231/262) des internes ont déclaré être à jour.

Pour finir nous nous sommes intéressés à la demande de consultation en médecine du travail : 8,8% (n=23/262) des répondants affirmaient l'avoir consultée depuis le début de l'internat, en dehors de la consultation d'embauche.

### **Mode de vie**

#### *Le poids et l'alimentation*

L'indice de masse corporelle (IMC) des internes était de 22,3kg/m<sup>2</sup> en moyenne (+/- 3,0), avec une valeur minimale de 16,8kg/m<sup>2</sup> et une maximale de 33,9kg/m<sup>2</sup>. Une réponse a été enlevée des résultats car elle était aberrante. Au total, près de 20% (52/261) des internes présentaient un IMC non normal, 5,7% (n=15/261) des internes étaient en insuffisance pondérale (IMC<18.5), 11,4% (n=30/261) en surpoids (IMC supérieur ou égal à 25) et 2,7% (n=7/261) présentaient une obésité (IMC supérieur ou égal à 30). Finalement environ 35% (n=93/262) des répondants déclaraient manger au moins 5 fruits et légumes par jour.

### *L'exercice physique*

Environ la moitié des internes faisait du sport régulièrement (52,9%, n=138/261), 42,9% (n=112/261) le pratiquait de manière suffisante selon les recommandations OMS.

### *La consommation de toxique*

Sur le plan des toxiques : 28,2% (n=74/262) des internes déclaraient fumer quotidiennement (Tableau 2), 84,0% (n=220/262) disaient consommer de l'alcool de manière régulière (Tableau 3), et 45,4% (n=119/262) des internes ont déclaré avoir consommé au moins une drogue depuis le début de l'internat. Parmi les IAG ayant consommé de la drogue, 54,6% étaient des hommes (n=65/119), avec une différence significative par rapport aux femmes (OR=2,61 [1,53-4,48], p<0,001).

Tableau 2 : Consommation de tabac journalière parmi les internes

<b>Consommation tabac par jour</b>	<b>N=262 (%)</b>
<b>Nulle</b>	188 (71,7)
<b>&lt;1/2 paquet</b>	46 (17,6)
<b>1/2 à 1 paquet</b>	24 (9,2)
<b>&gt;1 paquet</b>	4 (1,5)

Tableau 3 : Consommation d'alcool hebdomadaire chez les internes

<b>Consommation d'alcool par semaine</b>	<b>N=262 (%)</b>
<b>Nulle</b>	42 (16,0)
<b>&lt;10 verres standard</b>	169 (64,5)
<b>10 à 20 verres standard</b>	40 (15,3)
<b>&gt;20 verres standard</b>	11 (4,2)

En ce qui concerne les substances illicites, une case libre dans le questionnaire permettait de citer le type de substance prise.

Parmi ceux qui déclaraient en avoir pris, 16,8% (n=20/119) n'ont pas donné de réponse sur le type, ainsi pour les 83,2% (n=99/119) qui ont répondu, les consommations les plus fréquentes étaient :

- Le cannabis avec une déclaration de consommation à 88,9% (n=88/99)
- La cocaïne avec 40,4% des déclarations (n=40/99)
- L'ecstasy et ses dérivés avec 22,2% (n=22/99) des déclarations
- Le LSD avec 7,1% des déclarations (n=7/99)

Les autres drogues citées et moins consommées étaient : la méthamphétamine, les champignons hallucinogènes, la morphine, le poppers et la kétamine.

Ainsi sur l'ensemble des internes visés par ce questionnaire, nous obtenons une consommation déclarée de **cannabis de 33,6%, de cocaïne de 15,3%, d'ecstasy et ses dérivés de 8,4 % et de LSD à 2,7%.**

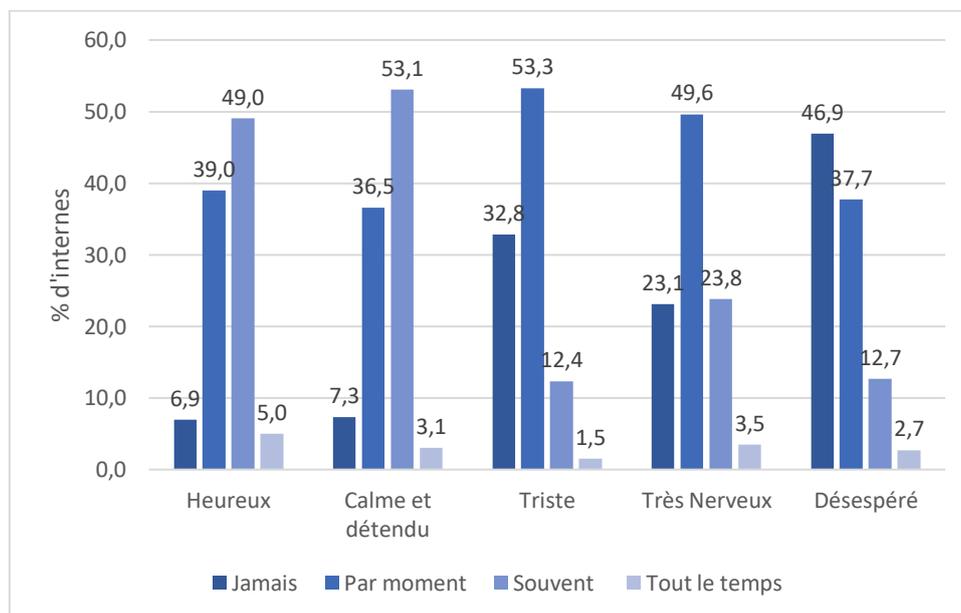
#### *Consommation de psychotropes*

Depuis le début de leur internat 22,1% des internes ont consommé au moins un psychotrope (n=57/258), 16,4% (n=43/262) des internes ont déclaré avoir consommé des anxiolytiques, 2,7% (n=7/260) des antidépresseurs et 10,5% (n=27/258) des hypnotiques. Environ 7,4% (n=19/257) étaient des polyconsommateurs (2 psychotropes ou plus). Les femmes consommaient plus de psychotropes que les hommes (64,9% contre 35,1%), mais la différence n'était pas statistiquement significative.

## Santé mentale

### *Détresse psychologique*

Environ 27% (n=71/260) des internes étaient très nerveux souvent ou tout le temps durant leur stage (Figure 4). De plus environ 7% (n=19/260) ont déclaré ne jamais se sentir calme et détendu. Par ailleurs 13,9% (n=36/259) étaient tristes souvent ou tout le temps, et 15,4% (n=40/260) disaient être désespérés souvent ou tout le temps. Sept pour cent des internes (n=18/259) ont également déclaré ne jamais être heureux.



*Figure 4 : État mental des internes pendant leur stage*

En adaptant la formule de détresse psychologique du MHI à notre étude, 58,5% (n=151/258) des internes se trouvaient en détresse psychologique.

Finalement à la question « Avez-vous fait un épisode dépressif depuis le début de l'internat ? » 16,0% des répondants (n=42/262) ont déclaré oui, 66,4% (n=174/262) non et 17,6% (n=46/262) ne savaient pas.

### *Burn Out*

71,4% (n=185/259) des internes ont ressenti un des trois symptômes du BOS pendant leur internat, et 25,1% ont ressenti les 3 symptômes (Tableau 4).

*Tableau 4 : Symptômes du Burn out chez les internes*

<b>Dimensions du BOS</b>	
<b>Épuisement émotionnel</b>	62,6% (n=164/262)
<b>Dépersonnalisation*</b>	33,8% (n=88/260)
<b>Perte d'accomplissement personnel</b>	49,8% (n=130/261)
<b>Ensemble des trois</b>	25,1%(n=65/259)

*\* Déshumanisation, indifférence*

### *Idées suicidaires*

Environ 12% (32/262) de la population a déclaré avoir eu des idées suicidaires.

Les internes célibataires et ceux travaillant en CHU ont eu significativement plus d'idées suicidaires (Tableau 5).

Les spécialités qui ont présenté le plus d'idées noires étaient l'anesthésie réanimation avec 25,0 % (n=3/12) des internes touchés, puis la chirurgie avec 18,5% (n=5/27) des internes et la gynécologie obstétrique 14,3% (n=2/14).

Tableau 5 : Idées suicidaires, caractéristiques de la population et analyse bivariée selon la situation familiale et professionnelle

	Idées suicidaires N=32 (%)	Population sans idées suicidaires N=230 (%)	Analyse bivariée		
			OR	IC à 95%	p
<b>Sexe</b>					
Femme	19 (59,4)	135 (58,7)			0,94
<b>Statut marital</b>					
Célibataire	18 (56,3)	78 (33,9)	<b>2,51</b>	<b>[1,11-5,74]</b>	<b>0,014</b>
<b>Origine</b>					
Métropole	24 (75,0)	179 (77,8)			0,65
Antilles-Guyane	6 (18,8)	43 (18,7)			0,63
<b>Spécialité</b>					
Médicale	19 (59,4)	157 (58,3)			0,32
Chirurgicale	5 (15,6)	22 (9,6)			0,29
Anesthésie réanimation	3 (9,4)	9 (3,9)			0,17
Gynéco- Obstétrique	2 (6,3)	12 (5,2)			0,68
Psychiatrie	2 (6,3)	15 (6,5)			1,00
Pédiatrie	1 (3,1)	11 (4,8)			1,00
<b>Structure de stage</b>					
CHU	25 (78,1)	133 (57,8)	<b>2,60</b>	<b>[1,04-7,40]</b>	<b>0,027</b>
CH	5 (15,6)	54 (23,5)			0,32
Praticien	2 (6,3)	29 (12,6)			0,30
<b>Département</b>					
Guadeloupe	12 (37,5)	77 (33,5)			0,65
Martinique	8 (25,0)	69 (30,0)			0,56
Guyane	2 (6,3)	32 (13,9)			0,40
Métropole	10 (31,3)	52 (22,6)			0,28

Il n'y avait pas de différence significative selon l'accès aux soins entre les internes présentant des idées suicidaires et les autres et il n'y avait également pas de différences statistiques sur le plan de la consommation de tabac, d'alcool ni de drogue. Cependant la consommation de psychotrope était plus élevée (OR=2,83 [1,18-6,56], p=0,007) chez les internes présentant des idées noires. La santé physique et mentale ainsi que les facteurs locaux influent sur les idées suicidaires (Tableau 6).

Finalement, les internes pratiquant de l'exercice physique avaient moins d'idées suicidaires (OR=0,30 [0,12-0,72], p=0,003).

Tableau 6 : Présence d'idées suicidaires selon la santé physique et mentale et les facteurs régionaux, description et analyse bivariée

	<b>Idées suicidaires</b>	<b>Population sans idées suicidaires</b>	<b>Analyse bivariée</b>		
	<b>N=32</b>	<b>N=230 (%)</b>	<b>OR</b>	<b>IC à 95%</b>	<b>P</b>
	<b>n/N (%)</b>	<b>n/N(%)</b>			
<b>Santé mentale</b>					
<b>Episode dépressif</b>	15/32 (53,1)	25/230 (10,9)	<b>9,39</b>	<b>[3,80-22,53]</b>	<b>&lt;0,001</b>
<b>Nervosité*</b>	17/32 (53,1)	54/228 (23,7)	<b>3,65</b>	<b>[1,59-8,40]</b>	<b>&lt;0,001</b>
<b>3 symptômes du BOS</b>	24/32 (75,0)	41/227 (18,1)	<b>13,6</b>	<b>[5,37-37,12]</b>	<b>&lt;0,00</b>
<b>Santé physique</b>					
<b>Arrêt travail</b>	9/32 (28,1)	44/230 (19,1)			0,24
<b>Douleurs</b>	18/32 (56,3)	58/230 (25,2)	<b>3,81</b>	<b>[1,67-8,81]</b>	<b>&lt;0,001</b>
<b>Troubles du sommeil</b>	24/32 (75,0)	76/230 (33,0)	<b>6,08</b>	<b>[2,48-16,30]</b>	<b>&lt;0,001</b>
<b>Facteurs régionaux</b>					
<b>Isolement social</b>	21/32 (65,6)	84/230 (36,5)	<b>3,32</b>	<b>[1,44-7,98]</b>	<b>0,002</b>
<b>Isolement géographique</b>	20/32 (62,5)	114/230 (49,6)			0,17
<b>Problèmes financiers</b>	14/32 (43,8)	34/230 (14,8)	<b>4,48</b>	<b>[1,86-10,53]</b>	<b>&lt;0,001</b>
<b>Difficultés adaptation</b>	14/32 (43,8)	41/230 (17,8)	<b>3,59</b>	<b>[1,51-8,30]</b>	<b>&lt;0,001</b>

*N nombre de réponses disponibles, n nombre de réponses positives, \*nervosité= nerveux souvent ou tout le temps.*

L'analyse multivariée réalisée sur les variables épisode dépressif, BOS, problème financiers et isolement social retrouve 3 facteurs de risque d'idées suicidaires : les problèmes financiers (OR= 5,83 [2,15-15,85], p=0,001), le BOS (OR=10,60 [3,92-28,43], p<0,001) et les épisodes dépressifs (OR=4,40 [1,70-11,42], p=0,002).

#### *Consultation chez le psychiatre ou le psychologue*

Vingt-trois (8.8%) internes ont déclaré avoir consulté un psychologue ou un psychiatre depuis le début de leur internat. Parmi eux, 34,8% (n=8/23) étaient en moyen ou mauvais état de santé, 60,9% (n=14/23) déclaraient avoir fait un épisode dépressif depuis le début de l'internat, et 34,8% (n=8/23) avaient eu des idées suicidaires.

## **Santé physique**

### *Arrêt de travail*

Environ 20% (n=53/262) des internes ont eu besoin d'un arrêt maladie. Les causes de ces arrêts, citées dans une case de texte libre, étaient : les maladies aiguës (infectieuses, traumatiques etc.), le BOS et l'épuisement professionnel, le stress aigu, la dépression, la grossesse et ses complications, les accidents de la voie publique, les opérations programmées. Deux internes ont rapporté des arrêts de travail pour harcèlement moral.

Les deux principales causes d'arrêt de travail étaient les maladies somatiques aiguës et le BOS pour respectivement : 49,0% (n=26/53), et 20,7% (n=11/53) des arrêts explicités. Dans le cas du BOS, le temps moyen d'arrêt déclaré (n=10/11) était de 59 jours et le temps médian de 34 jours.

### *Douleurs*

Vingt-neuf pour cent (n=76/262) des répondants ont déclaré avoir eu une douleur physique difficile à supporter durant les 12 derniers mois. Parmi eux 80,3% (n=61/76) ont signalé que cette douleur les a perturbé dans leur travail ou leur vie privée.

### *Sommeil*

Environ 90% (n=236/262) des internes dormaient entre 6 et 8h par nuit et 38,2% (n=100/262) affirmaient avoir des troubles du sommeil non préexistants à l'internat. 67,0% des personnes présentant des troubles du sommeil étaient des femmes.

L'analyse bivariée montrait une consommation d'hypnotiques plus élevée (OR=3,09 [1,26-7,89], p=0,006), plus d'arrêts de travail (OR=2,59 [1,34-5,03], p=0,002), plus de personnes ayant présenté les trois symptômes du BOS (OR=4,38 [2,32-8,30], p<0,001), plus d'épisodes dépressifs (OR=6,17 [2,80-14,32], p<0,001), plus de douleurs physiques (OR=2,33 [1,30-4,17], p=0,002) et un isolement social plus présent (OR=2,74 [2,80-14,32], p<0,001) par rapport à la population sans trouble du sommeil.

#### *Auto-prescription*

Au total : 90,1% (n=236/262) des internes avaient recours à l'auto-prescription (Tableau 7).

*Tableau 7 : Auto-prescription chez les internes Antilles-Guyane*

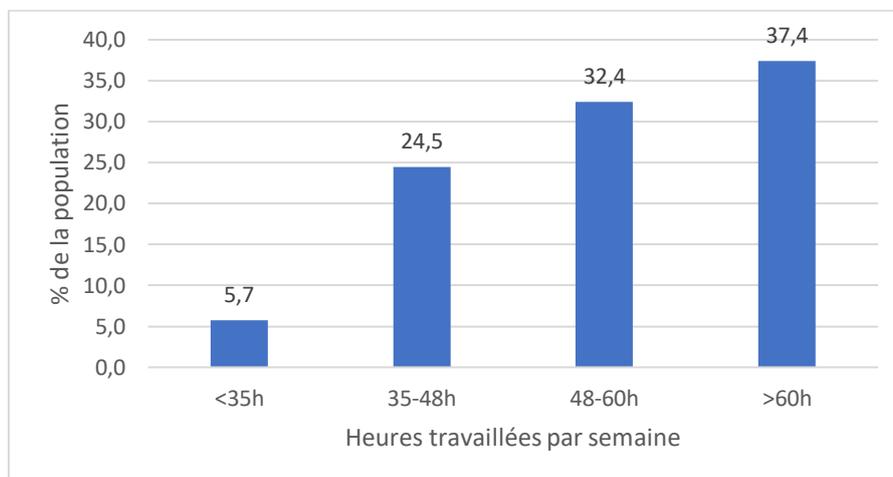
<b>Médicament auto prescrit</b>	<b>N=262 (%)</b>
<b>Antalgique Palier 1</b>	218 (83,2)
<b>Antalgique Palier 2</b>	93 (35,5)
<b>Antalgique Palier 3</b>	3 (1,1)
<b>Hypnotique</b>	23 (8,8)
<b>Antidépresseur</b>	3 (1,1)
<b>Anxiolytique</b>	39 (14,9)
<b>Antibiotique</b>	127 (48,5)
<b>Traitement au long cours</b>	47 (17,9)

Par ailleurs parmi les internes douloureux 90,8% (n=69/76) s'étaient prescrit des antalgiques de palier 1, 53,9 % (n=41/76) s'étaient prescrit des paliers 2 et 2,6% (n=2/76) s'étaient prescrit des paliers 3. Ces augmentations étaient significatives pour les paliers 1 (OR 2,45 [1,01-6,82], p=0,036) et pour les paliers 2 (OR 3,08 [1,69-5,61], p<0.001).

## Conditions de travail

### *Heures travaillées et repos de sécurité*

Environ 70% des internes travaillaient plus de 48 heures par semaine (Figure 5).



*Figure 5 : Déclaration des heures travaillées par semaine par les internes Antilles-Guyane*

La moyenne globale d'heures travaillées pour tous les internes ayant répondu était de 52,3h (+/- 13,3h, min=0 max=90h) et la médiane 50,0h. Ainsi plus de la majorité des internes travaillaient plus de 48h par semaines. Par la suite, il n'y avait pas de différence entre les départements en moyenne d'heures travaillées. Dans les centres hospitaliers universitaires (CHU) ou les centres hospitaliers (CH) les moyennes de temps de travail étaient équivalentes. Cependant lorsque les internes étaient en stage chez le praticien la moyenne d'heures travaillées chutait à 39h (+/- 11).

Les repos de garde étaient très majoritairement respectés aux Antilles-Guyane, et moins dans les départements de stage métropolitains (Figure 6). La différence était significative (OR=22,90 [6,00-126,57],  $p<0,001$ ).

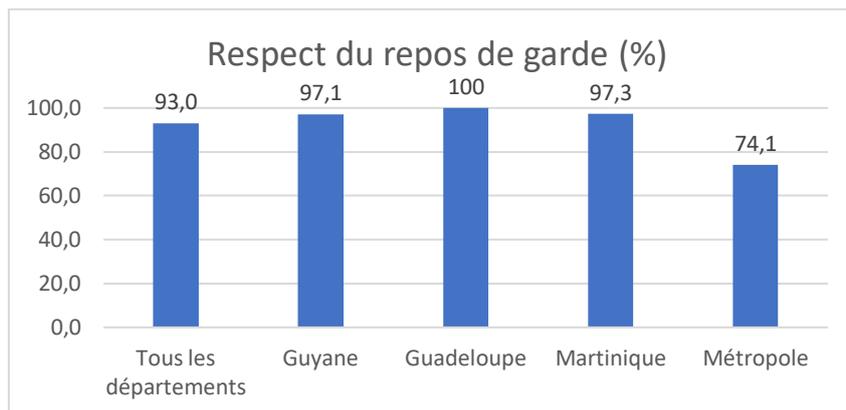


Figure 6 : Respect du repos de garde selon les départements

### Stress et violences

D'après leurs déclarations, 67,2% (n=176/262) des internes étaient souvent ou tout le temps exposés à des situations stressantes, 15,3% (n=40/261) d'entre eux étaient souvent ou tout le temps exposés à des violences morales et 3,0% (n=8/262) étaient souvent ou tout le temps exposés aux violences physiques (Figure 7).

De manière globale, 69,3% des internes ont été exposé à des violences morales durant leur internat et 26,3% à des violences physiques.

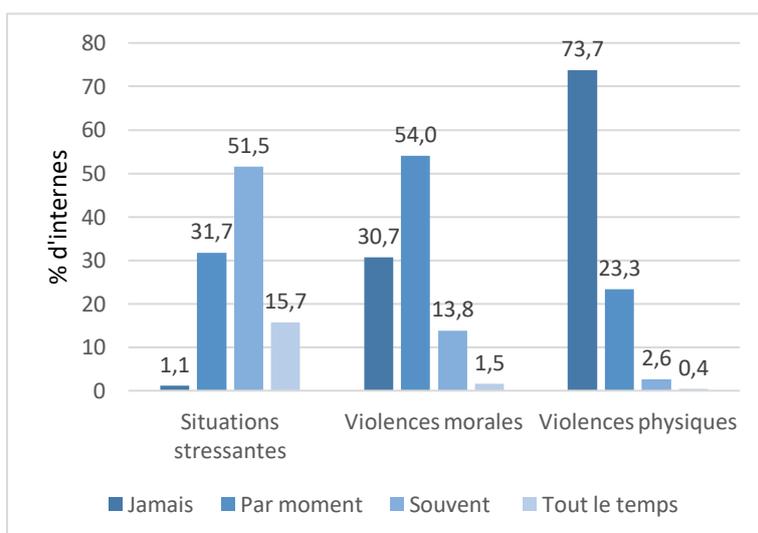


Figure 7: Exposition aux violences et au stress au travail

### Accidents

Selon leurs déclarations 24,8% (n=65/262) des internes ont eu un accident de travail, 80,0% de ces accidents étaient des accidents d'exposition au sang (AES) (n=52/65) et parmi eux 71,1% ont été déclarés (n=37/52) (Figure 8).

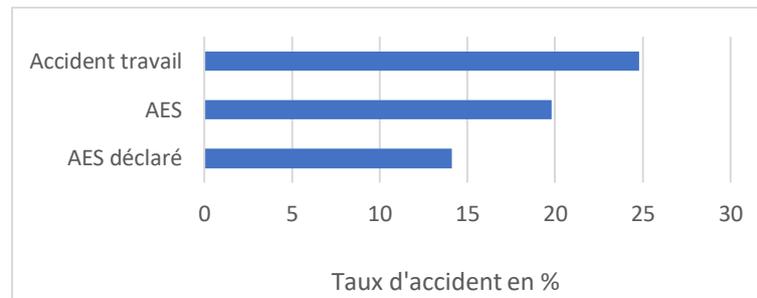


Figure 8 : Accidents de travail, accidents d'exposition au sang et déclarations

Par la suite, **15,3% des internes déclaraient avoir eu un accident en sortant de garde (n=40/262)**. Les types d'accidents étaient répartis entre 65,0% d'accidents de la voie publique, 25,0% d'accidents domestiques, 7,5% d'accidents corporels et 2,5% un accident corporel et un accident domestique.

### Entraide

Un peu plus de la moitié des internes s'est sentie soutenue par sa hiérarchie et les équipes paramédicales souvent ou tout le temps, par ailleurs les trois quarts se sont sentis soutenus par leurs collègues internes (Figure 9).

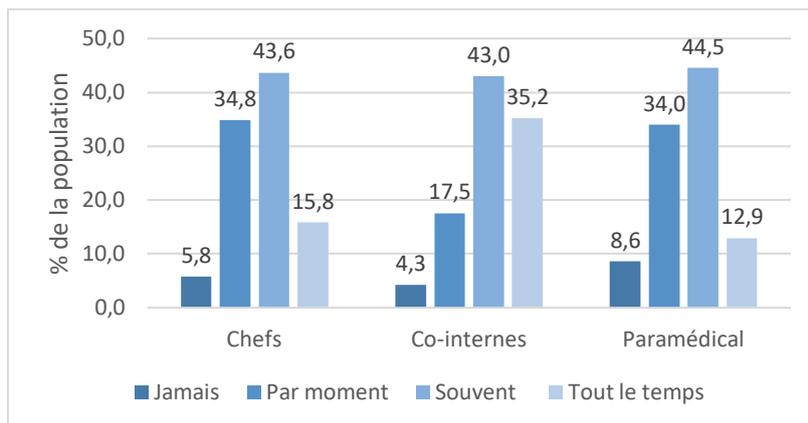


Figure 9 : Sentiment d'entraide au sein des équipes de soin

### *Répercussions des conditions de travail*

Pour un tiers des internes, les conditions de travail avaient souvent des répercussions sur la vie de famille et leur efficacité au travail. Presque la moitié déclarait également que ces conditions avaient souvent des répercussions sur la vie sociale, 12,2% admettaient qu'elles avaient souvent un effet sur la consommation d'addictogènes et 20,6% sur leur intégrité physique. (Figure 10).

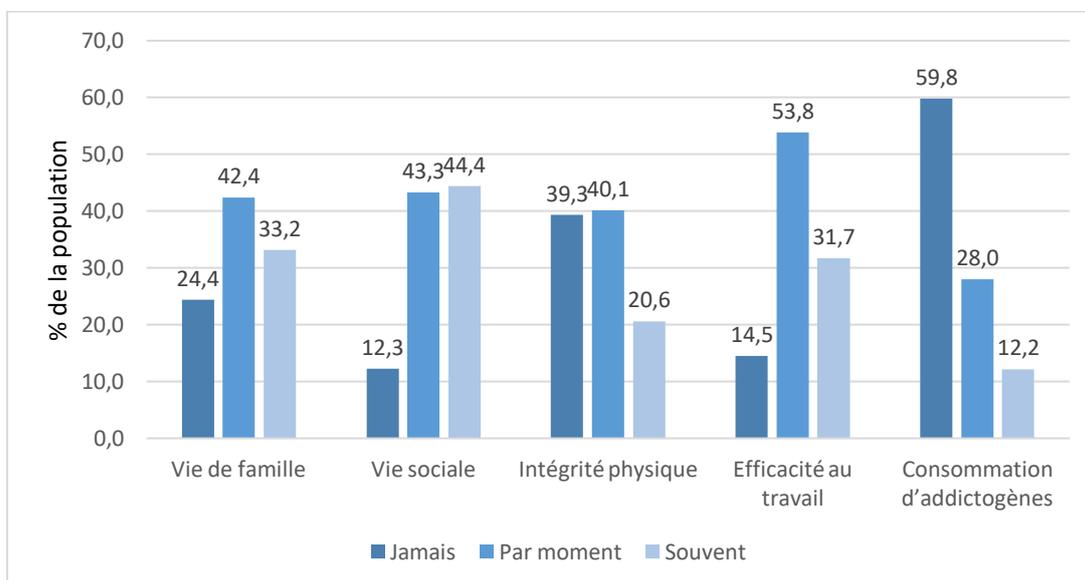


Figure 10 : Répercussion des conditions de travail sur la vie privée, le travail, l'intégrité physique et la consommation de toxiques

## **Facteurs régionaux**

### *Problèmes financiers*

18,3% (n=48/262) des internes déclaraient avoir eu des problèmes financiers depuis leur arrivée aux Antilles-Guyane, les principales causes évoquées (n=41/48) étaient les déménagements répétitifs pour 39,0% (n=16/41) puis les problèmes de véhicule pour 29,3% (n=12/41) des internes qui les mentionnent. Ensuite les différents motifs évoqués étaient : les événements de vie, le coût des formations (DIU, formation spécialisée en métropole, inscription à la faculté), de la vie et des billets d'avions, les retards ou erreurs de salaire, les difficultés avec un seul salaire pour une famille à charge, les impôts à payer ou encore une mauvaise gestion du budget.

### *Sentiment d'isolement et difficulté d'adaptation*

Nous nous sommes intéressés au sentiment d'isolement, **51,1% (n=134/262) des internes ont déclaré se sentir isolés géographiquement et 40,1% (n=105/262) socialement.** Parmi les internes se sentant isolés socialement, 14,3% étaient originaires des Antilles Guyane, donc cette sensation n'était pas réservée aux internes d'origine métropolitaine. En ce qui concerne la difficulté d'adaptation à la vie locale, **21,0% des internes ont déclaré avoir eu des difficultés d'adaptation (n=55/262)**, 75,6% ont déclaré ne pas en avoir eu (n=198/262) et 3,4% (n=9/262) ne savaient pas.

### *Ressenti global*

Finalement, de manière plus globale **92,0% des répondants (n=241/262) ont déclaré ne pas avoir regretté leur choix de région pour l'internat et 89,7% (n=235/262) conseilleraient aux futurs internes de choisir cet internat.**

## Santé globale

L'état de santé globale était excellent pour 13,0% des internes, bon pour 61,0%, moyen pour 21,0% et mauvais pour 5,0%. Aucune différence n'a été retrouvée entre les départements (Figure 11).

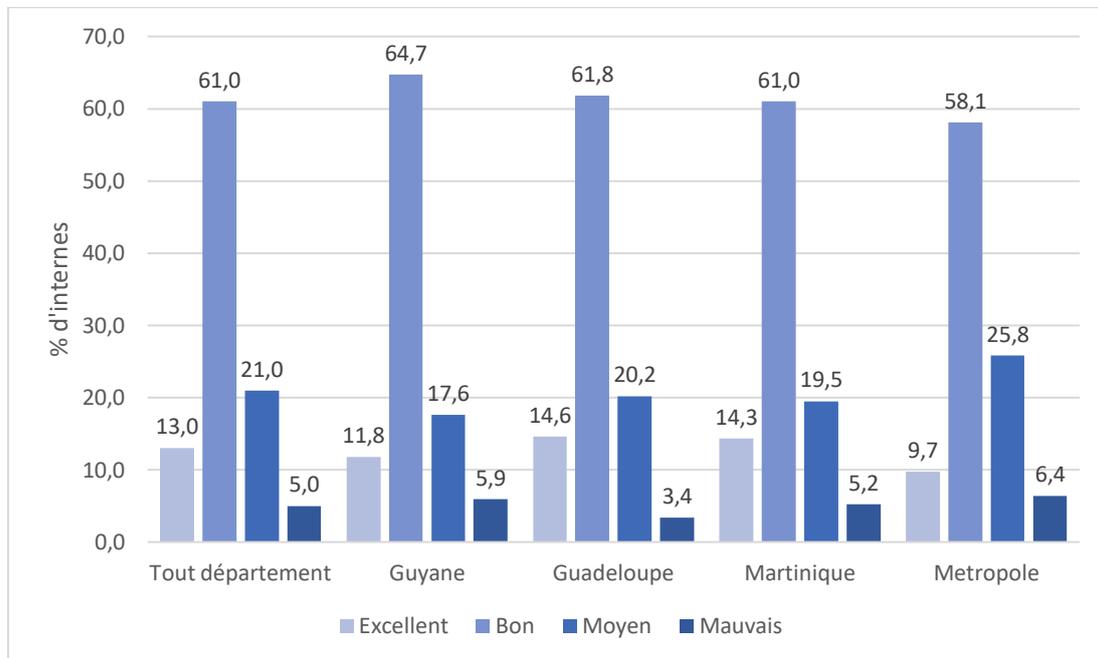


Figure 11 : Perception de l'état de santé globale selon les départements

Nous avons considéré les internes ayant répondu se sentir en moyen ou mauvais état de santé globale comme en mauvaise santé. La mauvaise santé était impactée par la situation professionnelle puisqu'elle était augmentée en CHU (OR=2,21 [1,16-5,21], p=0,01) et diminuée en CH (OR=0,44 [0,18-0,98], p=0,033). En ce qui concerne le mode de vie l'exercice physique semblait améliorer la santé (OR=0,32 [0,17-0,59], p < 0,001) et la consommation de psychotrope était plus importante parmi les internes en mauvaise santé (OR=2,60 [1,32-5,06] p=0,002). Aucune autre différence significative sur le mode de vie ni la situation socio-professionnelle n'a pu être mise en évidence. Les arrêts de travail étaient majorés en cas de mauvaise santé (OR=2,26, [1,12-4,47], p=0,011).

Sur le plan de la santé physique, les troubles du sommeil et la douleur étaient plus importants significativement en cas de mauvaise santé globale et sur le plan de la santé mentale les épisodes dépressifs, l'anxiété et le BOS étaient liés à une mauvaise santé globale (Tableau 8).

Finalement les conditions de travail impactaient la santé globale avec une mauvaise santé favorisée en cas de mauvaise relation avec la hiérarchie (OR=2,00 [1,09-3,62], p=0,015), mais aussi en cas de violence morale et d'isolement social (Tableau 8). L'analyse multivariée retrouvait 4 facteurs de risque de mauvaise santé (Tableau 8).

*Tableau 8 : Lien entre santé mentale, santé physique, conditions de travail, facteurs locaux et mauvaise santé globale*

	Population en moyenne ou mauvaise santé N=68	Population en excellente ou bonne santé N=194	Analyse bivariée			Analyse multivariée		
	n/N (%)	n/N (%)	OR	IC à 95%	p	OR	IC à 95%	p
<b>3 Symptômes du BOS</b>	30/67 (44,7)	35/192 (18,2)	3,59	[1,87-6,83]	<0,001			
<b>Épisode dépressif</b>	20/68 (29,4)	22/194(11,3)	3,26	[1,54-6,82]	<0,001			
<b>Nerveux souvent ou tout le temps</b>	29/68 (42,7)	42/192 (21,9)	2,66	[1,40-4,18]	0,001	<b>2,19</b>	<b>[1,14-4,21]</b>	<b>0,019</b>
<b>Troubles du sommeil</b>	44/68 (64,3)	56/194 (28,9)	4,52	[2,42-8,50]	<0,001	<b>3,35</b>	<b>[1,78-6,31]</b>	<b>&lt;0,001</b>
<b>Douleurs</b>	34/68 (50,0)	42/194 (21,7)	3,62	[1,93-6,77]	<0,001	<b>2,82</b>	<b>[1,49-5,35]</b>	<b>0,001</b>
<b>Isolement social</b>	40/68 (58,8)	65/194 (33,5)	2,84	[1,55-5,21]	<0,001	<b>2,01</b>	<b>[1,07-3,79]</b>	<b>0,030</b>
<b>Violences morales</b>	18/68 (26,5)	22/193(11,4)	2,80	[1,30-5,93]	0,003			

N : nombre de réponses disponibles, n : nombre de réponses positives

## **ANALYSE DES GROUPES À RISQUE**

Afin de chercher des facteurs de risques de mauvaise santé mentale, nous avons défini deux profils d'internes décrits en méthodologie : les profils anxieux, et BOS. Nous comparons ces profils à la population qui ne présente pas les caractéristiques de ces groupes (Tableau 9 et 10).

Tableau 9 : Description, analyse bivariée et multivariée, profil anxieux

	Profil Anxieux N=29	Population Non anxieuse N=233	Analyse bivariée			Analyse multivariée		
	n/N (%)	n/N(%)	OR	IC à 95%	p	OR	IC à 95%	p
<b>Sexe féminin</b> <sup>⊥</sup>	23/29 (79,3)	131/233 (56,2)	2,98	[1,12-9,26]	0,017	<b>3,16</b>	<b>[1,16-8,60]</b>	<b>0,025</b>
<b>Célibataire</b>	9/29 (31,0)	87/233 (33,3)			0,51			
<b>Origine métropole</b>	17/29 (58,6)	186/233 (79,8)	0,36	[0,15 -0,88]	0,001			
<b>Origine AG</b>	11/29 (37,9)	38/233 (16,3)	3,14	[1,23-7,64]	0,005			
<b>Spé médicale</b>	20/29 (69,0)	156/233 (67,0)			0,83			
<b>Spé chirurgicale</b>	4/29 (13,8)	23/233 (9,9)			0,51			
<b>Anesth réa</b>	0	12/233 (5,2)						
<b>Gynéco-Obst</b>	2/29 (6,9)	12/233 (5,2)			0,47			
<b>Psychiatrie</b>	1/29 (3,4)	16/233 (6,9)			0,41			
<b>Pédiatrie</b>	2/29 (6,9)	10/233 (4,3)			0,39			
<b>CHU</b> <sup>⊥</sup>	25/29 (86,2)	133/233 (57,1)	4,70	[1,55-19,08]	0,002	<b>4,48</b>	<b>[1,44-13,96]</b>	<b>0,010</b>
<b>CH</b>	1/29 (3,4)	58/233 (24,5)	0,11	[0,003-0,69]	0,008			
<b>Praticien</b>	3/29 (10,3)	28/233 (12,0)			1,00			
<b>Stage Guadeloupe</b>	10/29 (34,5)	79/233 (33,9)			0,95			
<b>Stage Martinique</b>	9/29 (31,0)	68/233 (29,2)			0,84			
<b>Stage Guyane</b>	2/29 (6,9)	32/233 (13,7)			0,39			
<b>Stage Métropole</b>	8/29 (27,6)	54/233 (23,2)			0,60			
<b>Idées suicidaires</b>	11/29 (37,9)	21/233 (9,0)	6,17	[2,29-15,90]	<0,001			
<b>Antidépresseurs</b>	4/29 (13,8)	3/231 (1,3)	12,1 6	[1,90-86,09]	0,004			
<b>Anxiolytiques</b>	9/29 (31,0)	34/233 (14,6)	2,63	[1,13-6,17]	0,024			
<b>Consommation d'addictogène</b>	13/29 (44,8)	19/232 (8,2)	9,11	[3,44-23,52]	<0,001			
<b>Travail &gt;48h</b>	28/29 (96,6)	160/233 (68,7)			0,24			
<b>Soutien hiérarchie</b> * <sup>⊥</sup>	11/29 (37,9)	143/230 (62,2)	0,37	[0,15-0,88]	0,012			
<b>Soutien internes</b> *	18/29 (62,1)	182/227 (80,2)	0,40	[0,18-0,90]	0,033			
<b>Violence morale</b> * <sup>⊥</sup>	12/29 (41,4)	28/232 (12,1)	5,14	[2,00-12,75]	<0,001	<b>5,66</b>	<b>[2,23-14,34]</b>	<b>&lt;0,001</b>
<b>Violence physique</b> ** <sup>⊥</sup>	13/29 (44,8)	56/233 (24,0)	2,26	[1,31-21,27]	0,047			
<b>Problèmes financiers</b> <sup>⊥</sup>	10/29 (34,4)	38/233 (16,3)	2,70	[1,18-6,18]	0,017	<b>2,86</b>	<b>[1,09-7,51]</b>	<b>0,033</b>
<b>Isol social</b> <sup>⊥</sup>	17/29 (58,6)	88/233 (37,8)	2,33	[1,08-5,05]	0,030			
<b>Isol géo</b>	15/29 (51,7)	119/233 (51,1)			0,95			
<b>Diff adaptation</b>	7/29 (24,1)	48/233 (20,6)			0,66			

N nombre de réponses disponibles, n nombre de réponses positives, \*Souvent ou tout le temps, \*\*Par moment souvent ou tout le temps, ⊥ Paramètre de l'analyse multivariée

Tableau 10 : Description, analyse bivariée et multivariée, profil BOS

	Profil BOS N=30	Population Sans BOS N=229	Analyse bivariée			Analyse multivariée		
	n/N (%)	n/N(%)	OR	IC à 95%	p	OR	IC à 95%	p
Sexe féminin	20/30 (66,7)	131/229 (57,2)			0,32			
Célibataire	10/30 (33,3)	84/229 (36,7)			0,72			
Origine métropole	19/30 (63,3)	183/229 (79,9)	0,43	[0,20-0,96]	0,039			
Origine AG	8/30 (26,7)	40/229 (17,5)			0,22			
Spé médicale	22/30 (73,3)	152/229 (66,4)			0,44			
Spé chirurgicale	3/30 (10,0)	24/229 (10,5)			1,00			
Anesth réa	1/30 (3,3)	11/229 (4,8)			1,00			
Gynéco-Obst	3/30 (10,0)	11/229 (4,8)			0,21			
Psychiatrie	0	17/229 (7,4)						
Pédiatrie	1/30 (3,3)	10/229 (4,3)			1,00			
CHU	23/30 (76,7)	134/229 (58,5)			0,055			
CH	3/30 (10,0)	55/229 (24,0)			0,10			
Praticien	4/30 (13,3)	27/229 (11,8)			0,77			
Stage Guadeloupe	10/30 (33,3)	79/229 (34,5)			0,90			
Stage Martinique	8/30 (26,7)	68/229 (29,7)			0,73			
Stage Guyane	4/30 (13,3)	29/229 (12,7)			1,00			
Stage Métropole	8/30 (26,7)	53/229 (23,1)			0,67			
Idées suicidaires	16/30 (53,3)	16/229 (7,0)	15,21	[5,74-40,00]	<0,001			
Antidépresseurs	4/30 (13,3)	2/227 (0,9)	17,31	[2,30-195,50]	0,002			
Anxiolytiques	10/30 (33,3)	32/229 (14,0)	3,08	[1,17-7,63]	0,007			
Consommation d'addictogène	12/30 (40,0)	19/228 (8,3)	7,33	[2,75-18,44]	<0,001			
Travail >48h	24/30 (80,0)	158/229 (69,0)			0,22			
Soutien hiérarchie*⊥	10/30 (33,3)	143/227 (63,0)	0,29	[0,12-0,70]	0,002	<b>0,36</b>	<b>[0,15-0,87]</b>	<b>0,023</b>
Soutien internes*	18/30 (60,0)	181/224 (80,8)	0,36	[0,15-0,88]	0,009			
Violence morale*⊥	15/30 (50,0)	25/228 (11,0)	8,12	[3,24-20,08]	<0,001	<b>5,26</b>	<b>[2,19-12,07]</b>	<b>&lt;0,001</b>
Violence physique **	9/30 (30,0)	60/229 (26,2)			0,66			
Sit Stressantes*⊥	28/30 (93,3)	147/229 (64,2)	7,81	[1,88-69,96]	<0,001	<b>5,64</b>	<b>[1,16-6,74]</b>	<b>0,025</b>
Problèmes financiers	7/30 (23,3)	41/229 (17,9)			0,47			
Isol social⊥	20/30 (66,7)	84/229 (36,7)	3,45	[1,45-8,63]	0,002	<b>2,80</b>	<b>[1,16-6,74]</b>	<b>0,022</b>
Isol géo	18/30 (60,0)	115/229 (50,2)			0,31			
Diff adaptation⊥	14/30 (46,7)	40/229 (17,5)	4,13	[1,71-9,81]	<0,001			

BOS : Burn out syndrome, N nombre de réponses disponibles, n nombre de réponses, \*Souvent ou tout le temps,

\*\*Par moment souvent ou tout le temps, ⊥ Paramètre de l'analyse multivariée

Ainsi nous retrouvons plusieurs facteurs de risque de mauvaise santé mentale (Tableau 11).

*Tableau 11 : Résultats de l'analyse statistique bivariée et multivariée par profil*

<b>Facteurs de risques</b>	<b>Profil Anxieux</b>	<b>Profil BOS</b>
<b>Situation personnelle et professionnelle</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Femme</li> <li>○ Stage en CHU</li> <li>○ Problèmes financiers</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Isolement social</li> </ul>
<b>Conditions de travail</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Violences morales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Peu de soutien de la hiérarchie</li> <li>○ Violences morales</li> <li>○ Situations stressantes</li> </ul>

## COMMENTAIRES LIBRES

À la fin du questionnaire, il était possible de laisser un commentaire libre à propos de l'internat et de la santé, 88 commentaires ont été laissés au total soit 33,6% des répondants. Dans cette partie les sujets traités seront explicités et un commentaire représentatif sera rapporté. Les autres commentaires pertinents seront mis en annexe (Annexe 1). Les sujets principaux étaient donc :

### **Les conditions de travail**

Ce sujet était celui traité le plus souvent. Les internes ayant répondu parlent très largement du manque d'encadrement lors des stages et du non-respect des horaires de travail réglementaires. Beaucoup d'entre eux parlent également des **violences morales et du sentiment d'être mal reconnu**. Finalement, le manque de moyen pour les soins revient dans plusieurs commentaires.

*« L'apprentissage de notre métier nécessite un réel investissement (et prend forcément sur notre vie personnelle). Nos efforts (et le surmenage) sont rarement reconnus/récompensés ce qui contribue au manque d'estime de soi des internes. Certains s'alcoolisent pour se sentir plus fort mais d'autres se suicident et on comprend pourquoi. Je pense que nous sommes plutôt épargnés pendant l'internat Antilles-Guyane comparés à nos co-internes en métropole. - Cependant, même si les internes Antilles-Guyane n'ont pas l'air stressés, l'alcoolisme est un fléau (trop peu étudié).  
Merci pour cette étude »*

### **La santé et l'internat en général**

Plusieurs internes mentionnent le manque d'accès aux soins, mais aussi la consommation de toxiques, importante pendant l'internat.

*« Consommation de cocaïne et alcool dans un contexte festif en début d'internat (suite à une prise fréquente durant l'externat jusqu'en D2), accoutumance aux BZD suite prescriptions deuil difficile, sevrage fait seul. Sur un groupe de copains de 8 : 2 internes avec consommation importante au moins 5 fois par semaine avec mélanges dangereux (kétamine, amphet mdma), beaucoup de réflexions sur le comportement addictogène des médecins et des internes. »*

### **Remarques personnelles sur la santé**

Plusieurs répondants ont exprimé leur détresse morale, en lien avec la fatigue liée au stage et le travail personnel en parallèle. D'autres ont dit se sentir bien.

*« Même si les conditions de vie y sont agréables. L'état de fatigue pendant l'internat est quasiment chronique. Il m'est arrivé plusieurs fois d'être à la limite du Burn-out (pendant un stage de médecine où l'on terminait tous les jours à 20h-21h, astreinte 1 samedi sur 2 jusqu'à 15h, garde 1 à 2 fois par semaine...). La thèse, le mémoire, les rapports de stage, le e-portfolio, les présentations... même si c'est intéressant, c'est stressant. On ne se sent jamais libre les week-ends, surtout en fin d'internat. Ça a forcément des répercussions sociales. »*

### **L'internat Antilles-Guyane en positif et en négatif**

Il y a eu beaucoup de commentaires positifs sur l'internat Antilles-Guyane, notamment sur la qualité de vie. Quelques internes parlent des déménagements itératifs, qui rendent la vie plus compliquée.

*« Les conditions de travail des internes (métropole et Antilles) sont similaires. Nous travaillons beaucoup, nous sommes sous-payés. Encore beaucoup de services ne respectent pas les 48h. L'avantage de l'internat aux Antilles est le cadre extérieur qui nous permet de déconnecter rapidement en dehors du travail. Vivre et travailler aux Antilles est une expérience à faire sur le plan culturel social médical, cadre de vie, voyage. »*

**Critiques positives et négatives sur la thèse**

La plupart des critiques sont positives, les internes sont contents qu'une enquête soit réalisée sur leur santé. Par ailleurs des remarques ont été faites sur les questions d'isolement et d'adaptabilité, qui peuvent être considérées comme inappropriées pour des internes originaires des Antilles Guyane.

*« Merci de faire cette thèse afin de démontrer que les conditions de travail des internes doivent être améliorées. Bon courage ! »*

## **DISCUSSION**

### **RÉSUMÉ DES PRINCIPAUX RÉSULTATS**

Chez les 262 IAG interrogés, 77% étaient originaires de métropoles, 67% étaient en spécialité médicale et 60% travaillaient en CHU.

Sur le plan de la santé mentale, le constat est inquiétant, 12% des IAG ont eu des idées suicidaires, 16% ont déclaré un épisode dépressif depuis le début de l'internat, 63% ont ressenti un épuisement émotionnel et 34% ont ressenti une dépersonnalisation. Par ailleurs au cours de leurs stages 27% étaient nerveux souvent ou tout le temps.

Sur le plan de la santé physique, 20% de la population a eu besoin d'un arrêt de travail (49% pour des maladies aiguës, 20% pour un BOS), 29% a présenté une douleur difficile à supporter depuis le début de l'internat, 38% a rapporté des troubles du sommeil non préexistants à l'internat. Finalement 90% des internes pratiquaient une automédication dont 18% pour un traitement au long cours.

Cette automédication est probablement liée à l'accès au soin qui était médiocre : 63% des IAG n'ont pas déclaré de médecin traitant, seulement 9% ont eu recours à la médecine du travail et très peu (9%) ont été consulter un psychiatre ou un psychologue.

En ce qui concerne leur mode de vie : 28% des internes fumaient quotidiennement, 84% buvaient de l'alcool régulièrement, 34% consommaient du cannabis et 15% ont expérimenté la cocaïne depuis le début de l'internat. Environ la moitié des IAG pratiquaient une activité physique suffisante (43%) mais peu s'alimentaient correctement (35%). Pour faire face à leur mauvaise santé mentale, 16% ont consommé des anxiolytiques et 10% des hypnotiques.

Les conditions de travail étaient difficiles puisque 70% des internes travaillaient plus de 48 heures par semaine, que 67% déclaraient être fréquemment exposés à des situations stressantes, et que 69% déclaraient être exposés à des violences morales et 26% à des violences physiques. Le repos de garde était bien respecté selon eux sauf pour les stages de métropole où il ne semblait pas être respecté pour 26% des internes. Ces conditions de travail avaient des répercussions majeures sur la vie privée et professionnelle des internes.

Le ressenti vis-à-vis de l'entraide était moyen concernant les chefs et le personnel paramédical, mais meilleurs concernant les co-internes. Nous avons pu constater que cette entraide chef/interne et interne/interne était protectrice pour la mauvaise santé mentale.

Sur le plan de la santé globale, 26% des internes s'estimaient en moyenne ou mauvaise santé.

En dernier lieu, concernant les spécificités rencontrées dans notre subdivision : 18% des internes ont eu des problèmes financiers, 51% ont ressenti un isolement géographique, 40% un isolement social, 21% une difficulté d'adaptation. Malgré tout 92% des IAG étaient satisfaits de leur choix.

## **BIAIS ET LIMITES DE L'ÉTUDE**

Nous n'avons pas de liste officielle des internes avec une adresse mail exacte pour tous, certains internes n'ont donc pas reçu le lien du questionnaire. Cependant nous avons essayé de palier à ce biais en utilisant les réseaux sociaux. De la même manière, nous n'avons pas de chiffre officiel sur le nombre total d'internes en poste au moment de la soumission du questionnaire.

La question sur l'année d'étude semble avoir été mal comprise, nous ne pouvons donc pas dire si la population était plus représentée par une certaine année d'étude ou non, ce qui pourrait modifier le choix des réponses.

Nous étions exposés à un biais de déclaration : les réponses par auto-questionnaire sont subjectives, il peut également y avoir un biais de mémorisation qui induit une erreur dans les réponses à de nombreuses questions. Nous pouvons également penser que les internes malades, déjà sensibilisés par cette problématique, pourraient être plus enclins à répondre que ceux en bonne santé, peu intéressés. Ceci induirait une surestimation des problèmes de santé.

Les limites que nous avons rencontrées dans notre étude étaient les suivantes : le questionnaire comportant beaucoup de questions, nous n'avons pas creusé certains sujets intéressants comme la vaccination, les antécédents médicaux et les maladies organiques, et certains sujets comme la consommation de toxiques sont restés superficiels. Nous avons favorisé la simplicité du questionnaire pour obtenir un maximum de réponses.

Ensuite, dans notre étude, les pathologies mentales n'ont pas été explorées à l'aide d'outils standardisés et validés, trop difficiles à inclure dans le questionnaire, ceci aurait permis des diagnostics précis.

Par ailleurs, nous n'avons pas étudié l'ensemble des violences : nous n'avons pas posé de questions sur le harcèlement sexuel qui est également très présent dans les études de santé.

Finalement, nous aurions pu poser de nombreuses questions plus précises sur l'internat Antilles-Guyane, sur l'installation et les problèmes que les internes ont pu rencontrer, sur le travail à l'hôpital et les difficultés etc. D'autres travaux pourraient être intéressants à ce sujet.

## **PARTICIPATION À L'ÉTUDE ET CARACTÉRISTIQUE DE LA POPULATION**

Nous ne connaissons pas le nombre d'interne en poste au moment du lancement du questionnaire, pour les années 2014 à 2016 nous avons 432 mails disponibles, en incluant jusqu'en 2012 nous en avons pu envoyer 551 mails. Sur cette base nous avons donc obtenu un taux de participation compris entre 47,5 et 60,6%. Ce chiffre montre l'intérêt des internes pour leur état de santé.

Tous les départements étaient représentés dans l'étude, mais de la même manière nous ne pouvons pas donner la participation par département.

Les femmes représentaient 58,8% (n=154/262) de la population ce qui est similaire au mémoire de J. Favier réalisé sur la population des internes de médecine générale aux Antilles-Guyane qui retrouvait 55,0% de femmes en 2016 (25). Cette féminisation correspond au sex ratio des études médicales habituel (57,5% de femmes affectées après le concours ECN 2017) (28). La majorité des répondants étaient d'origine métropolitaine avec un taux de 77,5% (n=203/262), ce qui est légèrement inférieur au mémoire cité précédemment (88,0%) où la question portait sur le lieu de naissance, et non sur l'origine. Nous pouvons donc constater un faible taux d'internes originaires du département et une étude serait intéressante afin de déterminer les facteurs influençant le choix des étudiants de ne pas revenir travailler dans leur département.

Parmi les répondants, toutes les spécialités étaient représentées en dehors de la santé publique et de la neurochirurgie. Nous avons 43,9% des répondants en médecine générale dans notre étude ce qui correspond au ratio habituel d'une promotion, en 2016, 47,0% étaient des internes de médecine générale. Finalement, toutes les années d'étude étaient représentées.

## ÉTAT DE SANTÉ : COMPARAISON AVEC LES ÉTUDES PRÉCÉDENTES

Tableau 12 : Tableau récapitulatif des comparaisons avec certaines des études métropolitaines réalisées sur les internes

	Gouinaud, 2019	Koyadinovitch, 2014	Schreck, 2013	CNOM, 2016	Syndicats, 2017	ISNIH, 2012	Lazimi, 2014
<b>Population cible</b>	Internes AG	Internes MG IDF	Internes Rennais	Internes Métropole	Internes Métropole	Internes métropole Et DOM	Externes et internes Métropole
<b>Effectif total</b>	262	279	315	3929	7396	5872	1472
<b>Mode de vie (%)</b>							
Surpoids	11,4	16,0					
Obésité	2,7						
Maigreur	5,7	5,0					
Alimentation équilibrée	35,5	42,0	41,0				
Exercice physique	42,9	52,0	52,0				
Tabac	28,2	22,0	28,0	17,0			
Alcool*	19,5	21,0	23,0				
Drogue	45,4	15,0	20,0				
Anxiolytiques	16,4	25,0 (tous psychotropes)	18,0	11,3			
Hypnotiques	10,5			9,9			
Antidépresseurs	2,7		5,0	4,1			
<b>Accès au soin (%)</b>							
Médecin traitant	37,0	76,0	77,0	58,0			
Médecine du travail	8,8			37,0			
Dentiste	35,6		42,0				
Ophthalmologue	27,3						
Vaccinations	88,2		89				
<b>Santé physique (%)</b>							
Douleurs	29,0	67,0					
Trouble sommeil	38,2		50,0				
Arrêt de travail	20,0	15,0		56,0			
Auto-prescription	90,1		96,0				
<b>Santé mentale (%)</b>							
Épisode dépressif /Dépression	16,0	34,0			23,0		
Idées suicidaires	12,0	8,0	11,0	14,0	23,0		
Épuisement émotionnel	62,6		33	63,0			
Dépersonnalisation	33,8		menacés par le BOS	28,0			
Perte d'accomplissement personnel	49,8			51,0			
Anxiété	27,0				60,0		
<b>Conditions De travail (%)</b>							
Travail >48h	70,0			64,6		85,0	
Non-respect repos de garde	7,0					21,0	
Accidents de travail	24,8	34,0					
AVP post garde	9,9	10,0				11,0	
Violences psychologiques	69,3	55,0					40,4
Violences physiques	26,3	13,0					8,6

\*Alcool : consommation en excès au moins une fois par semaine ou plus de 10 verres par semaine

## **Mode de vie**

### *Alimentation et poids*

Globalement la population des internes n'a pas présenté de chiffre d'IMC inquiétant par rapport à la population générale. Selon l'OMS, en 2016, 39% des adultes de plus de 18 ans de la population mondiale était en surpoids (IMC supérieur ou égal à 25), tandis que 13% de la population mondiale était obèse (IMC supérieur à 30) (29) contre 11,4% des internes en surpoids et 2,6% obèses dans notre étude. Il est cependant difficile de comparer ces chiffres car les populations sont différentes, en âge, en sexe ratio et en contexte socio-économique. L'étude Esteban publiée dans le bulletin épidémiologique hebdomadaire en 2015 retrouvait 4,4% de maigreur chez les 18-39 ans (30), ce qui s'approche des 5,7% de maigreur chez les internes Antilles Guyane. Finalement nos chiffres sont peu différents de ceux obtenus dans la thèse du Dr Koyadinovitch en 2014 (26) (Tableau 12).

Sur le plan de l'alimentation, nous avons considéré que consommer au moins 5 fruits et légumes par jour, était une alimentation saine. Peu d'internes suivent donc les recommandations en matière d'alimentation équilibrée. En comparaison, dans les thèses présentées dans le Tableau 12, les chiffres sont légèrement inférieurs à ceux de métropole. Cette mauvaise alimentation pourrait s'expliquer par plusieurs raisons qui nécessiteraient d'être approfondies :

- Horaire de travail atypiques et irréguliers avec pause repas brève
- Travail de nuit et mauvaise hygiène de vie
- Peu de temps alloué à l'alimentation par les internes sur leur temps libre
- Troubles alimentaires induits par une mauvaise santé mentale
- Changement de milieu et difficulté à réaliser les mêmes courses ou repas qu'en métropole

### *L'exercice physique*

Centre trente-huit répondants (52,7%) déclaraient réaliser une activité physique régulière. Selon les recommandations OMS, « *les adultes âgés de 18 à 64 ans devraient pratiquer au moins, au cours de la semaine, 150 minutes d'activité d'endurance d'intensité modérée ou au moins 75 minutes d'activité d'endurance d'intensité soutenue, ou une combinaison équivalente d'activité d'intensité modérée et soutenue.* » (31). Ainsi on peut classer les activités recommandées comme suit :

- 30 min d'activité modérée 5 fois par semaine
- 25 minutes d'activité intense 3 fois par semaine
- 20 minutes d'activité modérée à intense 5 fois par semaine.

Parmi les internes ayant répondu qu'ils réalisaient une activité physique régulière, 112 sur 138 (42,7% de la population globale) la pratiquait selon les recommandations, donc de manière efficace pour protéger leur santé. Dans l'enquête menée en 2010 par le ministère en charge des sports sur la pratique des activités physiques et sportives en France, 43% des français pratiquaient de manière intensive une ou plusieurs activités physiques ou sportives (32). Ainsi les IAG avaient une activité sportive identique à celle de la population générale mais en comparaison avec les thèses sur les internes Rennais et d'Ile de France, elle était un peu inférieure (Tableau 12). Le manque de temps, le changement fréquent de lieu de stage et les troubles de la santé mentale peuvent expliquer cet exercice physique limité.

Notre analyse statistique a montré que parmi les internes en mauvaise santé et parmi ceux présentant des idées suicidaires, il y avait moins de sportifs que dans le reste de la population. De plus il faut noter que plusieurs internes parlent du bienfait de l'activité sportive dans leurs commentaires libres. Près de la moitié de la population de l'étude ne pratique pas d'activité physique, et il pourrait être intéressant d'encore plus sensibiliser les internes à ce sujet pour améliorer leur santé globale, physique et mentale.

### *Consommation de toxiques*

Nous voyons que la consommation tabagique régulière est semblable entre les internes de Rennes (15) et ceux des Antilles-Guyane, cependant elle est plus élevée dans notre subdivision que chez l'ensemble de la population des internes métropolitains (Tableau 12). Dans la population générale en métropole, la consommation évaluée par le baromètre santé 2014 est identique puisqu'elle s'élève à 28,2% chez les 18-75 ans (33), le baromètre santé DOM 2014 retrouve par ailleurs une consommation de tabac quotidien ou occasionnel entre 16 et 19% pour la Guyane, la Martinique et la Guadeloupe (34).

Nous pouvons supposer que les internes des Antilles-Guyane consomment plus de tabac que ceux de l'étude du CNOM en partie à cause du prix faible du paquet de cigarette dans notre subdivision. Cependant les internes consomment plus de tabac que la population locale donc cette hypothèse n'est pas suffisante. Ainsi nous pouvons penser que le fait qu'ils travaillent majoritairement en CHU les expose au stress ce qui favoriserait la consommation, de plus l'association d'un rythme de travail conséquent à un isolement social et géographique pourrait favoriser le développement des addictions.

La consommation d'alcool est difficilement comparable à celle d'autres études métropolitaines sur les internes car la question n'a pas été posée de manière similaire. En considérant l'alcool consommé en excès à partir de 10 verres par semaine, nous obtenons une consommation identique à celle des thèses précédentes (Tableau 12). Nous avons dans notre population 84% des répondants qui consommaient de l'alcool régulièrement au moins un verre par semaine, en comparaison, dans le baromètre santé 2014 environ 50% des 15-75 ans consommaient au moins un verre par semaine en métropole (35) et dans les DOM (Martinique, Guyane, Guadeloupe, Réunion) un tiers de la population en consommait régulièrement au moins un verre par semaine (36).

Ainsi la consommation d'alcool dans notre population similaire à celle des internes de métropole mais assez élevée en comparaison à la population générale. De plus, elle est fondée sur une réponse déclarative donc elle est probablement sous-estimée. Une étude plus approfondie serait nécessaire pour mieux évaluer cette problématique et ses facteurs de risque, en effet la consommation d'alcool est la deuxième cause de mortalité évitable en France après le tabac (35).

Parmi les répondants de notre études, 33,6% avait fumé du cannabis au moins une fois depuis le début de l'internat. Une étude publiée en 2010 sur la consommation de drogue chez les internes de Lyon et d'Angers retrouvait une consommation aux alentours de 40% (16), dans la thèse sur les internes Rennais en 2013, la consommation s'élevait à 18% (15). Le Baromètre santé 2014 retrouve par ailleurs une consommation en métropole de 59% dans la population des 26-34 ans (37) et une expérimentation aux Antilles Guyane aux alentours de 25% pour les 15 à 64 ans (38). La consommation de cannabis des internes Antilles-Guyane est donc similaire à celle des internes métropolitains et à celle de la population globale aux Antilles-Guyane, mais reste inférieure à celle de la population générale française.

Finalement, 15% des internes avaient expérimenté la cocaïne depuis le début de leur internat, le baromètre santé de 2014 retrouvait une expérimentation pour les 18-64 ans de 5,6% en métropole et inférieure à 2% aux Antilles Guyane (37,38). Peu de données sont disponibles sur les internes français et la cocaïne, dans les thèses précédemment citées, cette consommation était marginale. Une étude publiée en 2008 sur des étudiants en médecine New Yorkais retrouvait une expérimentation de cocaïne de 5,9% (39). Le pourcentage d'IAG qui a expérimenté cette drogue semble donc plus élevé qu'ailleurs, sans oublier que 16% des internes ayant pris de la drogue n'ont pas répondu à la question sur le type. Nous pouvons penser que l'accès facilité à la cocaïne dans notre subdivision est un des facteurs favorisant cette consommation. En effet il en existe un fort trafic dans cette région : stockage en Guadeloupe et Martinique, développement du trafic avec le Brésil et transit vers l'Europe en Guyane, blanchiment d'argent à Saint Martin (40).

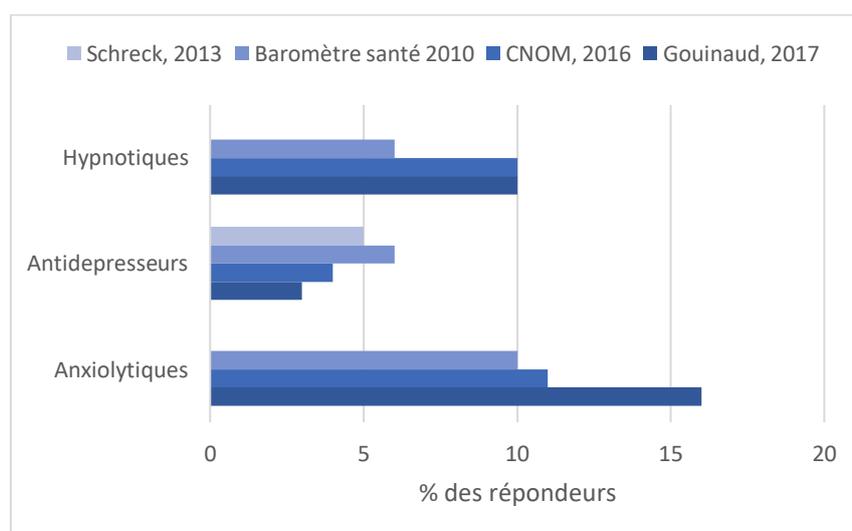
Cependant étant donné les chiffres faibles de consommation sur la population générale dans notre région il existe probablement d'autres facteurs liés spécifiquement aux internes et à leurs conditions de travail à prendre en compte et à étudier.

### *Consommation de psychotropes*

La consommation globale de psychotropes dans notre étude est similaire à celle retrouvée dans les autres thèses (Tableau 12). La consommation d'anxiolytiques est la plus élevée parmi les psychotropes chez les internes Antilles-Guyane, elle est également supérieure à celle de la population globale des 15-75 ans en 2010 (41) (Figure 12). Dans la thèse de C. Schreck cette consommation restait marginale (15).

Très peu d'internes ont déclaré consommer des antidépresseurs ce qui est surprenant devant le pourcentage conséquent d'internes concernés par le BOS ou la dépression. Notre taux de consommation s'approche des autres études sur la santé des internes mais est inférieur à celui de la population globale (Figure 12).

Finalement la consommation d'hypnotiques est la même que celle retrouvée par l'ordre des médecins et est supérieure à celle de la population globale. Ce chiffre fait écho au taux élevé de trouble du sommeil (38,2%).



*Figure 12 : Comparaison de la consommation de psychotropes entre différentes études*

Nous avons donc une consommation importante d'anxiolytiques et d'hypnotiques dans notre subdivision, probablement favorisée par l'accès à l'auto-prescription et cela renseigne sur le mauvais état de santé mentale des internes Antilles-Guyane. Nous pouvons penser que la faible consommation d'antidépresseurs et la surconsommation d'anxiolytiques seraient liées à une mauvaise prise en charge des troubles psychologiques, avec une absence de diagnostic et une auto-prescription inadaptée.

### **Accès aux soins**

Très peu d'internes ont déclaré un médecin traitant dans notre subdivision par rapport à ceux de métropole (Tableau 12).

De plus parmi ceux qui en ont déclaré un, très peu vont effectivement le consulter. Selon un bulletin de l'IRDES de 2006, 80% des Français ont déclaré un médecin traitant (42). Notre population est donc très largement mal suivie, et cela peut expliquer le recours massif à l'auto-prescription. Plusieurs raisons (communes aux autres internes ou liées à notre subdivision) peuvent être évoquées pour cette sous-déclaration de médecin traitant (3,14,43) :

- Sensation de ne pas être en mauvaise santé avec minimisation des problèmes
- Peu de temps disponible pour consulter (41% des motifs de non-consultation dans l'étude du CNOM), ou encore négligence de sa santé
- Difficulté à consulter un confrère d'autant plus si le secret médical n'est pas respecté
- Absence de confiance, volonté de vouloir contrôler
- Difficultés à avoir un rendez-vous complet (pas entre deux portes), avec de l'écoute
- Difficulté d'accès aux soins aux Antilles Guyane, problème plusieurs fois cité dans les commentaires de notre étude
- Éloignement par rapport au médecin traitant habituel
- Déménagements itératifs entre les 3 départements

À propos des vaccinations, 88% des internes ont déclaré être à jour. Ceci est comparable avec les travaux effectués auparavant (Tableau 12), dans le travail réalisé par l'InVS auprès des professionnels de santé des établissements de santé de France, la couverture vaccinale obligatoire était suivie à plus de 90% (44). Dans notre étude nous n'avons pas détaillé les taux de couverture vaccin par vaccin, cela aurait pu être intéressant pour cibler un dépistage par la suite, car même si nous avons un taux de vaccination correct il pourrait être amélioré, que ce soit par l'intermédiaire de prévention, ou bien de consultations dédiées.

Le suivi dentaire est inférieur à celui des internes de Rennes (Tableau 12). Pourtant une mauvaise santé buccodentaire est pourvoyeuse de douleurs, de diminution de la qualité de vie et impacte la santé en général. Dans la population générale en 2014, 43% des adultes environ ont eu un rendez-vous chez un chirurgien-dentiste (45). De même, peu d'étudiants ont recours à une consultation chez l'ophtalmologue. Ces faibles taux de consultation peuvent s'expliquer par les mêmes raisons que le faible taux de déclaration de médecin traitant, en ajoutant qu'il peut être compliqué de trouver un ophtalmologue ou un dentiste disponible dans nos départements ou la densité médicale est limitée (24).

Finalement nous constatons que très peu d'internes (8,8%) ont eu recours à la médecine du travail en cas de besoin, alors que 25% d'entre eux ont ressenti les 3 symptômes du BOS. Dans les commentaires libres, un interne a signalé qu'il n'a pas eu de consultation d'embauche, peut-être n'est-ce pas un cas isolé. Une enquête réalisée dans les hôpitaux de Paris sur le stress au travail et l'épuisement des médecins retrouvait que seulement 3,5% des médecins en détresse avaient signalé leurs problèmes à la médecine du travail (1). L'enquête de l'ordre des médecins montrait que 64% des étudiants ou jeunes médecins n'avaient pas rencontré la médecine du travail dans les deux dernières années (Tableau 12), et que plus l'étudiant avançait dans ses études, moins il la rencontrait (3).

Ainsi ce problème n'est pas spécifique à notre internat. Pourquoi cette demande est-elle si faible ? Les précédentes thèses mettent en avant le fait que les internes considéraient le recours à la médecine du travail comme inutile ou insuffisant (peu de suivi, peu de soutien, difficulté à se rendre à la consultation), en dehors de leurs attentes, cependant ils ne dénigraient pas son éventuel utilité (15,27). Nous n'avons pas demandé aux internes Antilles-Guyane pourquoi ils ne consultaient pas la médecine du travail mais en dehors de tous les motifs de non-consultation cités précédemment, nous pouvons penser que l'isolement et le manque de repères dus aux changements fréquents de département ne favorise pas cette consultation.

Il serait intéressant de développer un meilleur accès à la médecine du travail (horaires plus accessibles, consultations plus fréquentes, suivi efficace) ainsi que la mise en place de dépistages ciblés des troubles liés aux risques psycho-sociaux avec des protocoles de prise en charge.

Le rapport Donata Mara, publié en 2018 suite à l'étude sur la santé mentale des étudiants et jeunes médecins suggérait une évolution de la médecine du travail, avec une formation à la prévention des risques psycho-sociaux mais également un développement de la prise en charge des étudiants en prévention tertiaire (troubles déclarés) avec par exemple une consultation de reprise (46).

## **Santé physique**

### *Les douleurs*

De nombreux internes ont déclaré avoir eu des douleurs physiques difficiles à supporter dans les 12 mois précédents l'étude, avec une très grande majorité d'entre eux qui admettaient que cette douleur les avait perturbés dans leur travail ou leur vie privée. En comparaison au travail du Dr Koyadinovitch, ce taux est beaucoup plus faible (Tableau 12), cependant dans cette dernière étude, la question était plus large elle ne portait pas sur les 12 derniers mois mais sur l'ensemble de l'internat.

Dans un rapport sur l'état de santé des Français en 2011, réalisé par la direction des études de l'évaluation et des statistiques (DRESS), 24,8% des 16-34 ans déclaraient avoir ressenti une douleur physique difficile à supporter durant les 12 derniers mois (47). Il n'y a donc peu de différence entre les IAG et la population générale dans cette étude.

Par ailleurs, parmi les internes présentant des douleurs physiques, les idées suicidaires étaient plus élevées que dans le reste de la population, l'auto-prescription d'antalgiques de palier 2 était significativement plus élevée et notre analyse multivariée retrouvait les douleurs physiques comme facteur de risque de mauvaise santé globale. Ainsi les internes qui souffraient étaient en mauvais état de santé mentale et globale et n'ont pas forcément été bien pris en charge.

Cette question sur les douleurs mériterait d'être approfondie notamment en ce qui concerne le type de douleur et la fréquence des symptômes, en effet les horaires de travail atypiques et intenses, le travail de nuit, l'exposition au stress, l'exposition à des maladies contagieuses, et le manque de traitement adéquat, sont probablement des facteurs qui favorisent les douleurs chroniques (48,49).

### *Le sommeil*

Le temps de sommeil des internes correspondait à une durée moyenne de sommeil pour un adulte, cependant 38,2% de la population déclarait avoir des troubles du sommeil non préexistants à l'internat.

Dans la population générale, la prévalence des troubles du sommeil à type de difficultés à initier et maintenir le sommeil est de 10 à 30 % environ (50,51). Ainsi le pourcentage de population atteinte est plus élevé dans la population des internes, ce qui pourrait s'expliquer par l'anxiété, et les symptômes dépressifs qui sont des troubles très présents dans cette population.

Une thèse réalisée par le Dr Lecoutre sur les troubles du sommeil chez les internes dans le Nord-Pas-de-Calais en 2015 retrouvait 37,5% de trouble du sommeil dans cette population (52), tandis que le travail de C. Schreck retrouve un taux de 50% (Tableau 12). Nous avons donc des résultats globalement proches de ces études métropolitaines.

Par la suite en étudiant la population d'internes ayant des troubles du sommeil, nous constatons que leur consommation d'hypnotiques est plus élevée que dans le reste de la population, ce qui est logique.

Mais nous constatons également que leur état de santé mental est altéré avec plus d'épisode dépressifs, plus de BOS, que le reste de la population. Leur état de santé global est significativement plus souvent moyen ou mauvais. Ces internes ont également présenté plus d'accidents en sortant de garde. Nous savons par ailleurs que ces troubles du sommeil vont entraîner une fatigue importante, avec par la suite une recrudescence d'erreurs médicales (53). Les troubles du sommeil sont donc à risque de mauvaise santé pour les internes eux-mêmes et pour les patients. Pour finir, notre analyse montre également que ces troubles sont en relation avec le sentiment d'isolement que peut développer un interne Antilles-Guyane, il serait donc intéressant de dépister cet isolement et les troubles du sommeil, qui semblent un bon marqueur de mauvaise santé.

#### *Arrêts de travail*

Un interne sur cinq avait eu besoin d'un arrêt de travail depuis le début de l'internat, d'après les déclarations libres 67% de ces arrêts étaient liés à une cause somatique et 30% étaient dus à un trouble de la santé mentale. Les arrêts de travail étaient liés statistiquement à une mauvaise santé globale, l'autoévaluation de la santé était donc bien représentative.

Notre taux d'accidents de travail était concordant avec ceux retrouvés dans les études précédentes (Tableau 12).

### *Auto-prescription*

Dans notre étude, 90% internes pratiquaient l'auto-prescription de dépannage mais 18% se prescrivait des traitements au long cours.

Cela corrobore le fait que les internes en médecine ont peu recours à leurs confrères. Cette constatation est similaire à celle faite dans les précédents travaux (Tableau 12).

### **Santé mentale**

La santé mentale a été explorée dans notre questionnaire à travers l'auto-déclaration des épisodes dépressifs, de la description de l'humeur, des symptômes du BOS et des idées suicidaires.

Dans notre population, 16,0% des répondants ont affirmé avoir fait un épisode dépressif. Aucune précision n'était demandée pour connaître les symptômes de ces internes ou pour savoir si le diagnostic avait été fait par un confrère. De plus à cette question 17,6% ont répondu ne pas savoir s'ils ont fait un épisode dépressif ou non, en les excluant nous obtenons un taux de 24,1% de dépression parmi les répondants, ce qui est comparable aux autres études françaises (Tableau 12). Par rapport au reste de la population française le taux de dépression est plus élevé. En effet selon le baromètre santé 2017 celui-ci s'élève à 10% chez les 18-75 ans (54). Ce résultat n'est pas surprenant, car de nombreuses études ont montré que la profession médicale était plus à risque de mauvaise santé mentale que le reste la population globale (8,10,55).

Le taux d'idées suicidaires était globalement équivalent dans les différentes études sur les internes en médecine (Tableau 12). Une méta-analyse internationale, publiée dans le JAMA, sur les symptômes dépressifs chez les étudiants en médecine, retrouvait un taux de dépression et/ou symptômes dépressifs à 27% et des idées suicidaires à 11% (4).

Cette dernière suggérait de plus qu'une dépression ou des idées suicidaires pendant les études, affecterait la santé mentale des médecins manière prolongée.

D'après le Baromètre santé en 2017, parmi les 15 à 75 ans, le taux d'idées suicidaires dans les 12 derniers mois était de 4,5% (56). Notre question était posée sur l'ensemble de l'internat donc une période de plus d'un an pour une grande partie des internes, mais notre taux reste quand même beaucoup plus élevé et inquiétant que celui de la population globale.

Nous avons pu déterminer deux paramètres semblant favoriser les idées noires, liés au statut socio-professionnel : les stages en CHU et le célibat. Le célibat est un facteur de risque de conduite suicidaire connu (57).

Pour les stages en CHU, la thèse réalisée sur le BOS des internes de médecine générale suggérait une influence du lieu de stage sur cette pathologie (6), par ailleurs nous pouvons le justifier par le fait que la majorité des risque psychosociaux cités en introduction se rencontrent particulièrement en CHU.

Finalement nous avons pu mettre en évidence le fait que les épisodes dépressifs et le BOS étaient des facteurs de risque d'idées suicidaires. Ce lien a été fait dans plusieurs études dans lesquelles il est également précisé que la guérison aurait pour effet la diminution des conduites suicidaires (7,56,58). Les problèmes financiers étaient également des facteurs de risque d'idées suicidaires. Ainsi même si le risque suicidaire est variable d'un individu à l'autre et qu'il est multifactoriel, les conduites suicidaires sont l'aboutissement d'une souffrance psychologique liée en partie au travail et qu'il ne faut pas prendre à la légère. En effet en un an, entre 2017 et 2018, plus de 10 étudiants ont mis fin à leur jour selon l'ISNI et au moins un médecin meurt par jour au Etats-Unis (10). Ces morts pourraient être évitées et la détresse psychologique doit être détectée et prise en charge précocement.

Notre chiffre d'anxiété correspondant aux internes très nerveux souvent ou tout le temps, même s'il reste inquiétant, est beaucoup plus faible que celui retrouvé dans l'étude des syndicats (Tableau 12).

En réalité ces chiffres sont difficilement comparables. En effet dans cette dernière étude, l'anxiété était déterminée par le questionnaire HADS qui permet de dépister les troubles anxio-dépressifs. Cette échelle est plus complète que notre simple question sur la nervosité.

Par ailleurs selon l'InVS, en 2007, parmi les 18-30 ans, les troubles anxieux dans la population générale s'élevaient à 22% chez les hommes et 30% chez les femmes (59). Nos données sont donc cohérentes.

Sur les 27% de notre population répondant se sentir très nerveux souvent ou tout le temps 11% ont été catégorisé « Anxieux », ce groupe associait cette nervosité à un mauvais état de santé global.

L'analyse multivariée retrouve plusieurs facteurs de risque d'appartenance à ce groupe : être une femme, réaliser un stage en CHU, être soumis à des violences morales, et enfin se sentir isolé socialement. La majorité de ces facteurs se retrouvent dans les facteurs de risque psychosociaux précédemment cités et reconnus pour leur impact sur la santé mentale.

Être une femme est un facteur de risque connu des troubles anxieux également retrouvé dans l'enquête santé mentale de 2017 (2). Par la suite, être originaire de métropole, travailler en CH et avoir du soutien de ses chefs ou de ses collègues internes semblaient diminuer le risque d'anxiété. Il est surprenant que l'origine impacte l'anxiété, mais peut être qu'être loin de sa région d'origine permet de mettre une distance avec les conditions de travail et donc de diminuer l'anxiété.

Dernièrement nous nous sommes intéressés aux différentes dimensions du BOS. Nous pouvons constater que nos chiffres (Tableau 12) sont proches de ceux de l'étude du CNOM en 2016 (3), de plus la question posée dans cette enquête était la même que celle posée dans notre étude.

Nous pouvons voir que la dimension épuisement émotionnel était la plus fréquente, et c'est ce qui est fréquemment décrit dans la littérature (9).

Globalement 71,4% des internes ont ressenti un des symptômes du BOS contre 58% dans la thèse sur le BOS des internes de médecine générale métropolitains (6), cependant dans cette thèse l'évaluation était fait à l'aide du score MBI, avec une gradation des symptômes, ce chiffre ne concerne que le BOS élevé, ce qui n'est pas forcément notre cas.

Le profil BOS (internes en mauvaise santé ayant ressenti les 3 symptômes de ce syndrome) représentait 11,6% des internes (n=30/259).

Notre analyse statistique en groupe a pu retrouver plusieurs facteurs de risque d'appartenir à ce profil : l'exposition aux violences au travail (situations stressantes et violences morales), le faible soutien de la hiérarchie et l'isolement social.

Ces facteurs de risques rentrent eux aussi dans les facteurs de risques psychosociaux décrits plus haut.

Dans les commentaires libres, plusieurs internes ont mentionné leurs difficultés face au manque de moyens dans les hôpitaux, générant le sentiment de mal faire son travail. De même l'incompréhension des patients (barrière de la langue, barrière des cultures notamment en Guyane) et des coutumes locales peut être générateur d'angoisse et de sensation d'échec dans une prise en charge. Deux variables semblent diminuer le BOS, également en accord avec les 6 items de risques psychosociaux : le soutien de la hiérarchie et des collègues internes.

Les conséquences des troubles anxio-dépressifs et du BOS sont majeures dans notre étude avec une augmentation significative des idées suicidaires, de la consommation d'antidépresseurs, d'anxiolytiques et d'addictogènes (Tableau 9 et 10). Cette relation n'est également pas surprenante, et bien décrite dans la littérature (3,6,7,9,11,14).

Face à tous ces problèmes psychiques, les internes ont malgré tout très peu consulté de spécialistes (psychiatre ou psychologue) : seul 8,8% de notre population a consulté, ce qui était similaire à la thèse de C. Schreck ou 13% des internes rennais y avaient eu recours (15). Ainsi les IAG étaient encore loin de bien prendre leur santé en charge, malgré la connaissance de leurs troubles.

## **Conditions de travail**

### *Temps de travail*

Selon le décret de 2015 relatif au temps de travail des internes, inscrit dans le programme d'action relatif aux conditions de travail des internes, étudiants et assistants, il est précisé que le temps de travail hebdomadaire ne doit pas dépasser 48 heures (60). Ce temps de travail hebdomadaire comprend 8 demi-journées par semaine de stage incluant le temps de garde et d'intervention en astreintes ainsi qu'une demi-journée par semaine de formation hors stage pendant laquelle l'interne est sous la responsabilité du coordonnateur de sa spécialité.

Dans notre étude la moyenne d'heures travaillées était de 52h (+/-13), 70% des internes travaillaient plus de 48h, dont 53% plus de 60h. Il n'y avait pas de différence selon les départements. Nos chiffres sont globalement similaires à ceux de métropole (Tableau 12). Nous voyons donc que ce décret n'est pas respecté. En outre ce décret de 2015, faisait écho au décret n° 2011-954 du 10 août 2011 ou l'article R.6153-2 du code de santé publique spécifiait déjà que le temps de travail hebdomadaire ne devait pas excéder 48h (61).

Nous n'avons trouvé aucun lien significatif entre nombre d'heures travaillées et mauvaise santé physique ou mauvaise santé mentale dans notre étude mais la littérature décrit souvent un lien entre temps de travail et BOS avec une augmentation du risque de BOS dépendante de la charge hebdomadaire de travail et du nombre de garde de week-end (1,9).

Finalement, en dehors du risque d'épuisement physique et psychique auquel sont soumis les IAG, la surcharge horaire de travail ne leur permet pas de prendre du temps pour eux et notamment pour résoudre leurs problèmes de santé.

Il faut noter que nous n'avons pas posé de questions sur la fréquence des gardes et astreintes qui rentrent également en compte dans l'évaluation des risques psychosociaux.

### *Repos de sécurité*

Le repos de sécurité également inscrit dans le décret de 2015 (60) est bien respecté dans les départements des Antilles et de la Guyane cependant il est significativement moins respecté pour les stages en métropole. Nous retrouvons dans notre étude que 25,9% des repos de garde ne sont pas respectés en métropole, une étude réalisée par les syndicats d'internes retrouvait que pour 21% des internes interrogés en 2012 ce repos n'était pas respecté (62). Cette problématique n'a donc pas beaucoup évolué.

### *Stress et violence*

L'OMS définit la violence comme « l'utilisation intentionnelle de la force physique, de menaces à l'encontre des autres ou de soi-même, contre un groupe ou une communauté, qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, des dommages psychologiques, des problèmes de développement ou un décès ».(63) Les violences à l'hôpital peuvent être externes (patient, famille) ou internes (collègues, hiérarchie, institution). Il existe trois formes de violences différentes : les violences psychologiques, les violences physiques et les violences sexuelles.

**Les violences psychologiques** qualifiées dans notre étude de « morales » comprennent les humiliations, le chantage, les accusations, les insinuations non fondées, les représailles injustifiées, les exigences excessives et les violences verbales (insultes, propos grossiers, reproches, menaces...). Dans notre étude 69% des internes y était exposés. Ce chiffre est largement plus élevé que celui retrouvé dans l'étude française de 2014 qui interrogeait les étudiants en médecine de deuxième et troisième cycle sur la présence ou non de ces violences (21) (Tableau 12).

**Les violences physiques** se traduisent par des coups, des jets d'objets, des bousculades, des agrippements, des griffures, des menaces armées ou non. Dans notre échantillon, 26% des internes y avaient été exposé, ce qui est également beaucoup plus élevé que l'étude choisie en comparaison.

En 2017, l'observatoire national des violences en milieu de santé (ONVS), qui recense les violences déclarées par les institutions de soins, répertoriait 18 996 atteintes à la personne dont 33% d'insultes et injures, 49% d'atteintes physiques et 17% sont des menaces d'atteinte à l'intégrité physique (22)

Ainsi nous avons une différence conséquente entre notre étude et celle réalisée sur les étudiants de métropole, cette différence peut s'expliquer par une différence de population.

Notre étude ne concerne que des internes, et pas les étudiants de deuxième cycle, probablement que notre population est plus exposée aux violences car elle est plus au contact des patients.

En effet le même rapport de l'ONVS signale que les victimes de ces violences sont à 81% le personnel soignant et à 10% des médecins. Les auteurs sont dans 90% des cas des patients ou des visiteurs et accompagnants, dans 3% des cas il s'agit du personnel (22). Il est également possible que les internes aient rapporté dans cette questions les pressions psychologiques qu'ils ont pu ressentir par leur hiérarchie lors de leurs stages plutôt que la violence véhiculée par les patients (pression plus importante lors de l'internat que lors de l'externat). Ceci expliquerait également la proportion inversée de violence morale par rapport aux violences physiques en comparaison aux données de l'ONVS.

Il est certain que la violence devrait être prévenue, et que les troubles majeurs qu'elle engendre (trouble anxio-dépressif, arrêt de travail, turn-over médical...) devraient être pris en charge.

Un commentaire édifiant a été écrit à ce sujet dans notre étude : « *Mauvaise sécurité à l'accueil du CHU Guadeloupe et parking le soir - Astreintes++ : absence de sentiment de sécurité - 2 agressions en 1,5 ans* »

Finalement, nous avons demandé aux internes s'ils étaient exposés aux situations stressantes : 32% ont répondu y être exposé par moment, 51% souvent et 16% tout le temps. Dans l'étude du CNOM, 51% des internes étaient exposés à une situation stressante une fois dans la semaine et 14% quotidiennement (3). Ces données montrent que les internes Antilles-Guyane ressentent le même stress qu'en métropole.

### *Accidents*

Un quart des internes ont eu un accident de travail, 20% de la population a eu un AES (parmi lesquels 39% n'ont pas été déclaré) et 10% ont eu un accident de la voie publique en sortant de garde. Une étude Française publiée en 2013, réalisée au CHU de Toulouse, sur 401 internes retrouvait un taux d'AES au moins une fois pendant l'internat de 58%, 54% de ces AES étaient survenus en garde. Le taux d'AES non déclaré était de 82%, cette non déclaration était imputable à la lourdeur de la procédure administrative (64). Nos taux d'AES et de non-déclaration semblent plus faibles, mais sont probablement sous déclarés, de plus nous savons que dans notre région le taux de VIH est le plus élevé de France, il serait intéressant d'étudier ce sujet de manière plus approfondie en détaillant la conduite des internes après un AES pour savoir s'ils sont encadrés, s'ils auto-évaluent le risque et s'ils se dépistent ou se protègent d'eux même par la suite.

Une étude américaine réalisée sur 340 internes, entre 2009 et 2011 à la Mayo Clinic de Rochester, montrait que 7,6% de leur population rapportait au moins un AES depuis le début de l'internat, et que 11,3% avaient eu un accident de la route (53). Ces résultats sont équivalents aux nôtres.

Cette dernière étude démontrait d'ailleurs qu'une qualité de vie diminuée, la fatigue et l'endormissement, le burnout et la dépression, auxquels étaient sujets les internes, augmentaient significativement le risque d'accidents de la route.

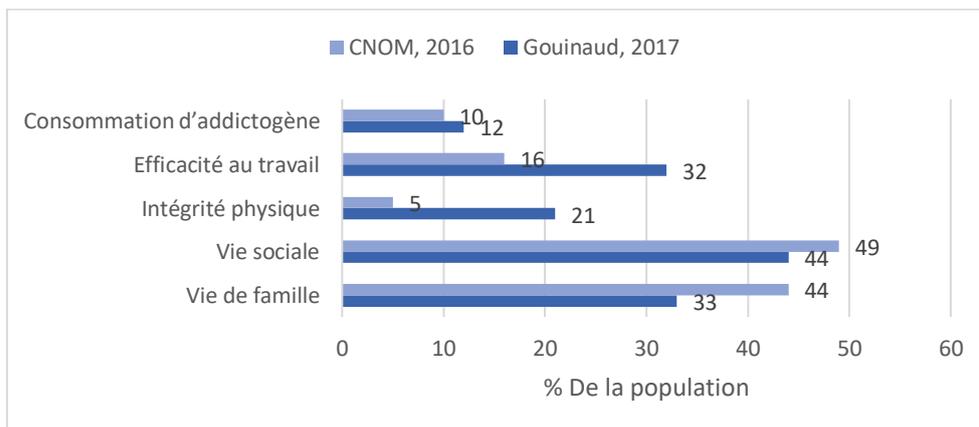
### *Entraide*

Un peu plus de la moitié des internes ont déclaré être soutenu souvent ou tout le temps par leurs chefs. Nous avons pu constater que cette bonne relation semblait être un facteur protecteur en ce qui concerne la santé mentale.

Il faut noter beaucoup de commentaires libres qui mentionnent le manque d'encadrement pendant les stages. Cette problématique était, en outre, un des principaux point négatifs de l'internat Antilles-Guyane dans le mémoire de J. Favier en 2016 (25). Peut-être que ce manque d'encadrement a favorisé cette mauvaise évaluation du soutien que ressentent les internes. Ainsi une meilleure communication chefs-internes devrait être favorisée.

### *Répercussion des conditions de travail*

La question sur les répercussions des conditions de travail était similaire à celle posée dans l'étude de l'Ordre des médecins de 2016 (3). Les réponses sont comparables sur beaucoup de points (Figure 13).



*Figure 13 : Répercussion des conditions de travail sur la consommation d'addictogène, l'efficacité au travail, l'intégrité physique, la vie sociale et la vie de famille, comparaison avec l'étude du CNOM*

Le retentissement sur la vie sociale et la vie de famille est important dans les deux études, la consommation d'addictogènes également, cependant les répercussions sur l'efficacité au travail et l'intégrité physique étaient beaucoup plus élevées dans notre étude. Il est possible que la question sur l'intégrité physique ait été mal comprise, dans le questionnaire du CNOM il était précisé entre parenthèses : accidents de la voie publique. Ainsi nos répondeurs auraient répondu de manière plus large, incluant leur fatigue, leurs problèmes de santé organiques.

En ce qui concerne l'efficacité au travail, plusieurs internes ont cité dans les commentaires, les mauvaises conditions matérielles d'exercice et la difficulté d'organiser le travail, peut être que ces paramètres ont influencé leur réponse.

Globalement nous pouvons constater que les conditions de travail ont un impact sur la sphère privée et la sphère professionnelle des internes.

### **Facteurs régionaux**

L'analyse statistique a permis de mettre en avant deux facteurs de risque de mauvaise santé : l'isolement social qui augmentait le risque de BOS et de mauvaise santé globale et les problèmes financiers qui augmentaient le risque d'idées suicidaires et d'anxiété.

Les problèmes financiers s'expliquent par les déménagements répétitifs, les logements coûteux, la nécessité de payer des billets d'avions pour aller voir ses proches ou pour des formations, à l'avance de frais importante à chaque arrivée dans un département (logement, voiture, frais divers). Ils sont de manière étonnante assez fréquents, malgré la majoration de salaire et les aides à l'arrivée. Il est important de noter que peu d'hôpitaux ont un internat à disposition pour loger les internes.

L'isolement est un facteur de risque psychosocial reconnu (1,12,55) il est très présent dans notre subdivision. C'est un risque qui touche tous les internes quel que soit leur origine.

Par la suite nous avons pu constater qu'un interne sur cinq ressentait des difficultés d'adaptation. Ces dernières sont propres à la réalisation d'un internat hors de sa région d'origine. D'après nos statistiques elles étaient susceptibles de changer l'état de santé mental (idées suicidaires et BOS). Il faudrait pouvoir dépister ces troubles chez les internes afin de les prendre en charge.

Finalement, malgré les difficultés que les internes ont pu décrire, 92% sont satisfait de leur choix de subdivision et 90% conseilleraient aux prochains internes de choisir cette subdivision, ce que J. Favier en 2016 retrouvait déjà en 2016 dans son mémoire (25).

### **Santé globale**

Dans l'étude du CNOM sur les étudiants et jeune médecins en 2016, 19,3% de la population du troisième cycle des études médicales s'estimaient en moyenne ou mauvaise santé globale (3), contre 26,0% chez les IAG. En population générale selon Santé publique France, en 2014, 8,4% des plus de 16 ans percevaient leur santé comme mauvaise ou très mauvaise (45).

La santé globale dans la population des IAG serait donc moins bonne que celle la population générale, mais peu éloignée de celle des internes de métropole. Nous avons pu dégager 4 facteurs de risque de mauvaise santé globale potentiellement identifiables lors d'une consultation médicale : la nervosité, les troubles du sommeil, les douleurs physiques et l'isolement social.

## PERSPECTIVES

De nombreuses solutions ont été proposées pour améliorer la santé des médecins, avec des niveaux d'interventions divers : tout d'abord la prévention primaire cherche à réduire les facteurs de risque psychosociaux (RPS), tandis que les préventions secondaire et tertiaire cherchent à dépister les troubles et à les prendre en charge (1,12,55).

Dernièrement, à la suite du rapport du Dr Mara, la ministre de la santé Agnès Buzin a publié « 15 mesures pour le bien être des étudiants en santé »(65). Ce document propose la mise en place d'interventions sur le plan individuel, régional et national. Évoluant dans les deux milieux les étudiants doivent être pris en charge d'un point de vue universitaire et d'un point de vue hospitalier, en coordination. Ces 15 mesures concernent la prévention des risques psychosociaux mais également leur dépistage et leur prise en charge.

En termes de prévention, il est proposé de renforcer les services de santé universitaire, d'assurer l'évaluation systématique des lieux de stage (déclencher une procédure de réexamen de l'agrément ou des conventions en cas d'évaluation insatisfaisante), d'introduire un module transversal concernant les risques psycho-sociaux dans toutes les formations en santé, d'améliorer les conditions de travail en stage (respect strict du repos de sécurité et limitation à 48 heures du temps de travail hebdomadaire), de créer une formation pédagogique de tous les encadrants, d'améliorer des conditions d'accueil et d'hébergement lors des stages en milieu rural, de rendre l'étudiant acteur de son orientation (création de passerelle et validation des acquis), d'assurer l'accès de tous les étudiants en santé à la médecine préventive, de créer un centre national d'appui, de créer des structures régionales (en lien avec les associations d'étudiant) permettant le recours pour des difficultés non résolues localement. En termes de dépistage il est proposé de former des personnes ressources, y compris parmi les étudiants au dépistage des signes de souffrance mentales.

Enfin en termes de prise en charge, il est proposé de créer dans toutes les facultés de santé une structure d'accompagnement, qui favoriserait l'obtention d'un avis psychiatrique pour les étudiants en santé, dans le respect du secret médical. Et également de mettre en place une cellule nationale d'évaluation des situations exceptionnelles permettant en dehors des règles liées au classement à l'ECN le changement de filière ou de subdivision.

Où en sommes-nous aux Antilles-Guyane par rapport à toutes ces mesures ? Il semble que la prise en charge des internes en difficulté soit effectuée au cas par cas pour le moment. Beaucoup de choses seraient donc à construire. En termes de prévention primaire il serait par exemple possible : d'encourager la recherche pour explorer précisément certaines pathologies mentales ou encore les addictions et rechercher des facteurs de risque. Il serait nécessaire de développer des protocoles et des cellules d'aides aux internes (au niveau hospitalier et universitaire), de favoriser les retours sur les stages, d'encourager les services à respecter le temps de travail réglementaire et le temps de formation, de former les encadrants et les internes aux risques psychosociaux.

En termes de prévention secondaire et tertiaire : le bureau des internes caribéens (BIC) créé en juillet 2018 a listé sur son site internet les médecins du travail ainsi que les psychologues disponibles département par département, avec leurs coordonnées (66). Le bureau a également adhéré à une association : SPS soins aux professionnels de santé, qui met à disposition un numéro de téléphone 24h/24 en cas de problème (67). Mais ce n'est pas suffisant, d'un point de vue hospitalier ou universitaire la majorité des médecins ne semblent pas sensibilisés au dépistage des risques psychosociaux. Il est absolument nécessaire de développer la médecine du travail et la médecine universitaire, de former des personnes ressources, mais aussi des cellules de soutien dans le respect du secret médical et d'homogénéiser tous ces outils entre les trois départements, afin de faciliter la prise en charge et le suivi des internes qui sont mobiles.

Il est urgent de prendre des décisions et d'agir, pour la santé des médecins et pour celle des patients.

## CONCLUSION

Comme en métropole et à l'international, les IAG n'échappent pas aux problèmes de santé liés à l'exercice de la médecine et à l'internat. En effet une proportion importante de notre population est impactée par le Burn out, la dépression, l'anxiété, et les idées suicidaires. De plus, la santé physique des internes semble également affectée tant vis à vis du mode de vie (alimentation non recommandée, consommation importante de toxiques et de psychotropes) que des troubles organiques (arrêts de travail, douleurs, troubles du sommeil).

Paradoxalement, les internes font peu attention à leur santé, ils pratiquent l'auto-prescription et l'auto-diagnostic et ont très peu recours à leurs confrères. Une faible partie de notre population avait en effet déclaré un médecin traitant, ou consulté pour des problèmes psychologiques.

L'origine de cette santé fragile, et du mode de vie médiocre est multifactorielle mais réside en partie dans les mauvaises conditions de travail et ce que l'on peut appeler les risques psychosociaux. Le nombre d'internes travaillant plus de 48 heures est très important, les violences physiques et mentales, le stress et les accidents sont fréquents. Les repos de garde étaient bien respectés sauf lors des stages de métropole. Plusieurs facteurs de risque de mauvaise santé mentale ont été mis en évidence : les violences subies dans le cadre du travail et l'absence de soutien hiérarchique. Parmi les risques psycho-sociaux, certains semblent être très présents dans notre subdivision d'outremer : isolement social, difficulté d'adaptation, problèmes financiers. Par ailleurs le recours aux soins paraît particulièrement peu développé globalement et par rapport à la métropole. Ceci peut également s'expliquer par des facteurs propres à notre subdivision : manque de professionnels de santé, déménagements répétitifs, peu de repères fixes pour se soigner.

Le retentissement de ces conditions de travail est conséquent selon les internes, que ce soit sur leur sphère privée ou professionnelle avec environ un quart des internes se sentant en moyen ou mauvais état de santé global. Nous avons trouvé peu de différence entre les départements de la subdivision.

Ainsi le mal être est important parmi les internes que nous avons interrogés, et la façon d'appréhender la maladie et le soin pour eux même n'est pas bonne. La surveillance de l'état de santé des internes et la prise en charge des internes à risque doit être amélioré sur notre inter-région. De nombreuses pistes sont développées dans la littérature et doivent maintenant laisser place à l'action : prévenir les risques psychosociaux, former les encadrants et les internes à ce sujet, développer des structures d'aide au niveau syndical, universitaire et hospitalier, développer la médecine du travail et son accès, uniformiser les prises en charge et favoriser la communication pour un suivi entre les départements. Beaucoup de choses sont donc à construire en urgence pour protéger les futurs médecins, et les patients qu'ils prendront en charge dans notre subdivision.

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

Serment d'Hippocrate

## BIBLIOGRAPHIE

1. Holcman R. La souffrance des soignants. Stress, burn out, violences...du constat à la prévention. Dunod; 2018.
2. Enquête santé mentale des jeunes médecins. Dossier de presse [Internet]. 2017 [cité 8 août 2018]. Disponible sur: <https://www.isni.fr/wp-content/uploads/2017/07/EnqueteSanteMentale.pdf>
3. Mourgues J, Le Breton G. Santé des étudiants et jeunes médecins [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins; 2016 juin. Disponible sur: [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/sante\\_et\\_jeunes\\_medecins.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/sante_et_jeunes_medecins.pdf)
4. Rosenstein L, Ramos MA, Torre M, Segal JB, Peluso MJ, Guille C, et al. Prevalence of Depression, Depressive Symptoms, and Suicidal Ideation Among Medical Students A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA*. 2016;316(21):2214-36.
5. Haute Autorité de Santé - Repérage et prise en charge clinique du syndrome d'épuisement professionnel ou burnout [Internet]. [cité 29 juin 2017]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_2769318/fr/reperage-et-prise-en-charge-cliniques-du-syndrome-d-epuisement-professionnel-ou-burnout](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2769318/fr/reperage-et-prise-en-charge-cliniques-du-syndrome-d-epuisement-professionnel-ou-burnout)
6. Le Tourneur A, Komly V. Burn out des internes en médecine générale: état des lieux et perspectives en France métropolitaine [Thèse médecine]. Grenoble; 2011.
7. Dyrbye L, Thomas M, Massie F, Power D, Heacker A, Harper W, et al. Burnout and suicidal ideation among U.S. medical students. *Ann Intern Med*. 2 sept 2008;149(5):334-41.
8. Dyrbye L, West CP, Satele D, Boone S, Tan L, Sloan JA, et al. Burnout Among U.S. Medical Students, Residents, and Early Career Physicians Relative to the General U.S. Population. *Academic Medicine*. mars 2014;89(3):443-51.
9. West CP, Dyrbye L, Shanafelt T. Physician burn out: Contributors, Consequences, and Solutions. *J Intern Med*. 2018;283:516-29.
10. Dzau V, Kirch D, Nasca T. To care is human-Collectively Confronting the Clinician-Burnout Crisis. *N Engl J Med*. 25 janv 2018;378(4):312-4.
11. Olié J, Legeron P. Le Burn-out. Académie nationale de médecine; 2016 p. 349-65. Report No.: 16-01.
12. DGOS. Risques psychosociaux des internes, chefs de clinique et assistants (médecine, pharmacie et odontologie). Guide de prévention, repérage et prise en charge. 2018.
13. Gollac M, Bodier M. Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser. Rapport du collège d'expertise sur le suivi des RPS au travail réuni à la demande du ministre du Travail et des affaires sociales. Paris; 2011.
14. Leriche B, Biencourt M, Bouet P, Carton M, Cressard P, Lucas J, et al. Le médecin malade, synthèse. Commission nationale permanente. juin 2008;10.

15. Schreck C. Comment les internes de Rennes prennent-ils en charge leur santé, sur le plan préventif, physique et psychique [Thèse médecine]. Université européenne de Bretagne; 2013.
16. Herault J, Dano C. Consommation de substances psychoactives des internes en médecine. *Exercer*. 2013;24(107):122-3.
17. Newbury-Birch D, Walshaw D, Kamali F. Drink and drugs: from medical students to doctors. *Drug and Alcohol Dependence*. 2001;64:265-70.
18. Hughes PH, Conard SE, Baldwin DC, Storr CL, Sheehan DV. Resident Physician Substance Use in the United States. *JAMA*. 1991;265(16):2069-73.
19. Lam TP, Wong JGWS. Psychological well-being of interns in Hong Kong: What causes them stress and what helps them. *Medical Teacher*. 2010;32:120-6.
20. Joules N, Williams DM, Thompson AW. Depression in Resident Physicians: A Systematic Review. *Open journal of depression*. 2014;3:89-100.
21. Lazimi G, Duguet A, Auslender V. Les violences faites aux femmes: enquête nationale auprès des étudiants en médecine. *Revue Médecine*. févr 2014;83-8.
22. Observatoire national des violences en milieu de santé. Rapport 2018, Données 2017. [Internet]. [cité 3 févr 2019]. Disponible sur: [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos\\_onvs\\_rapport\\_2018\\_donnees\\_2017\\_2.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_onvs_rapport_2018_donnees_2017_2.pdf)
23. Auslender V. Omerta à l'hôpital le livre noir des maltraitances faites aux étudiants en santé. Michalon; 2017.
24. Baert X, Charrier R, Kempf N. L'accès au soin à l'épreuve des grands espaces Guyanais. *InSEE Dossier Guyane, ARS*. nov 2017;20p.
25. Favier J. DES de Médecine Générale aux Antilles-Guyane : profil des étudiants, évaluation du cursus de formation théorique et pratique et pistes d'amélioration [Mémoire DES Médecine générale]. Université Antilles-Guyane, Faculté de Médecine Hyacinthe Bastaraud; 2016.
26. Koyadinovitch C. L'état de santé physique et mental des internes en médecine générale: états des lieux en Ile de France [Thèse médecine]. UPEC. Faculté de médecine; 2014.
27. Delahaye V. Comment les internes Picards prennent-ils en charge leur santé en termes de prévention, de dépistage et d'automédication? [Thèse médecine]. Faculté de médecine d'Amiens; 2015.
28. CNG | Statistiques et études [Internet]. [cité 7 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.cng.sante.fr/statistiques-rapports-dactivite/statistiques-et-etudes>
29. Obésité et surpoids [Internet]. World Health Organization. [cité 12 oct 2018]. Disponible sur: <http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
30. Verdot C, Torres M, Salanave B, Deschamps V. Étude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition (Esteban), 2014-2016 Volet nutrition, chapitre corpulence. *Santé publique France*; 2017 juin p. 42.

31. OMS | Activité physique pour les adultes [Internet]. WHO. [cité 30 juin 2017]. Disponible sur: [http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet\\_adults/fr/](http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_adults/fr/)
32. Ministère en charge des sports et Institut national du sport. Pratique des activités physiques et sportives en France [Internet]. 2010 [cité 13 oct 2018]. Disponible sur: [http://www.sports.gouv.fr/IMG/pdf/la\\_pratique\\_des\\_activites\\_physiques\\_et\\_sportives\\_en\\_france.pdf](http://www.sports.gouv.fr/IMG/pdf/la_pratique_des_activites_physiques_et_sportives_en_france.pdf)
33. Guignard R, Beck F, Wilquin J, Andler R, Nguyen-Thanh V, Richard J, et al. La consommation de tabac en France et son évolution : résultats du baromètre santé 2014. BEH. 29 mai 2015;(17-18):281-8.
34. Baromètre santé DOM 2014. Tabagisme et usage d'e-cigarette. 2014;14.
35. Richard J, Palle C, Guignard R, Nguyen-Thanh V, Beck F, Arwidson P. La consommation d'alcool en 2014. Evolutions. avr 2015;(32):6 p.
36. Richard J, Cogordan C, Merle S. Baromètre santé DOM 2014. Consommations d'alcool. Santé Publique France; 2016. 16 p. (Baromètres santé).
37. Beck F, Richard J, Guignard R, Le Nézet O, Spilka S. Les niveaux d'usage des drogues en France en 2014. OFDT tendances [Internet]. mars 2015 [cité 22 oct 2018]; Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxfbv3.pdf>
38. Spilka S, Cogordan C, Beck F, Richard J. Baromètre santé DOM 2014. Les usages de drogues illicites. Santé Publique France; 2017. 11 p.
39. Horowitz A, Galenter M, Dermatis H, Franklin J. Use of and attitudes toward club drugs by medical students. J Addict Dis. 2008;27(4):35-42.
40. Gandilhon M. Les Antilles françaises (Martinique, Guadeloupe, Saint-Martin) et la Guyane: au coeur du trafic international de cocaïne. OFDT; 2014 juin.
41. Beck F, Guignard R, Richard J. Usages de drogues et pratiques addictives en France. Analyse du baromètre santé 2010. La documentation; 2014.
42. Dourgnon P, Guillaume S, Naiditch M, Ordonneau C. Les assurés et le médecin traitant : premier bilan après la réforme. Question d'économie de la santé IRDES. juill 2007;(124).
43. Carme J, Maglioli L. La santé du médecin généraliste: étude qualitative des freins à l'accès au soin. [Thèse d'exercice]. Grenoble; 2015.
44. Guthmann J, Abiteboul D. Vaccinations chez les soignants des établissements de soins de France, 2009. Couverture vaccinale, connaissances et perceptions vis-à-vis des vaccinations, rapport final. [Internet]. Institut de veille sanitaire; 2011 p. 76. Disponible sur: [http://opac.invs.sante.fr/doc\\_num.php?explnum\\_id=7347](http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=7347)
45. DRESS, Santé publique France. L'état de santé de la population en France. Rapport 2017. 2017 mai.
46. Mara D. Rapport sur la Qualité de vie des étudiants en santé. [Internet]. 2018 avr [cité 30 janv 2019]. Disponible sur: <https://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

47. DRESS, Ministère des Solidarités et de la Santé. L'état de santé de la population en France. Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique. Rapport 2011 [Internet]. 2011 nov [cité 11 oct 2018]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/recueils-ouvrages-et-rapports/recueils-annuels/l-etat-de-sante-de-la-population/article/l-etat-de-sante-de-la-population-en-france-rapport-2011>
48. INRS. Travail de nuit et travail posté. Effets sur la santé et accidents. [Internet]. [cité 11 oct 2018]. Disponible sur: <http://www.inrs.fr/risques/travail-de-nuit-et-travail-poste/effets-sur-la-sante-et-accidents.html>
49. INRS. Stress au travail. Effets sur la santé et risques. [Internet]. [cité 11 oct 2018]. Disponible sur: <http://www.inrs.fr/risques/stress/effets-sante.html>
50. L'insomnie chronique [Internet]. Réseau Morphée. [cité 12 oct 2018]. Disponible sur: <http://reseau-morphee.fr/le-sommeil-et-ses-troubles-informations/insomnies-apnees/pourquoi-linsomnie>
51. Ohayon MM. Prévalence et comorbidité des troubles du sommeil dans la population générale. 30 sept 2007;57:1521-8.
52. Lecoutre O. Evaluation de la Fréquence des troubles du Sommeil chez les Internes en Médecine dans le Nord-Pas-de-Calais en 2015 : Etude Prospective, Descriptive et Observationnelle. [Thèse médecine]. Lille; 2017.
53. West CP, Tan AD, Habermann TM, Sloan JA, Shanafelt TD. Association of Resident Fatigue and Distress with Percived Medical Error. JAMA. sept 2009;302(12):1294-300.
54. Léon C, Chan Chee C, Equipe baromètre santé 2017. La dépression en France chez les 18-75 ans : résultats du baromètre santé 2017. BEH. 16 oct 2018;32-33:637-44.
55. Etablissements de santé. Risques psychosociaux des personnels médicaux : recommandations pour une meilleure prise en charge. Mise en responsabilité médicale: recommandations pour une amélioration des pratiques, rapport, tome I. IGAS; 2016 déc. Report No.: 2016-083R.
56. Léon C, Chan Chee C, Du Roscoät E, Equipe baromètre de santé publique France 2017. Baromètre de santé publique France 2017: tentatives de suicides et idées suicidaires chez les 18-75 ans. BEH. Fevrier 2019;3-7:38-47.
57. Suicide : connaître pour prévenir. Dimensions nationales, locales et associatives - 2e rapport / février 2016. Observatoire national du suicide;
58. Dyrbye L, Shanafelt T. A narrative review on burnout experienced by medical students and residents. Med Educ. janv 2016;50(1):132-49.
59. Cohidon C. Prévalence des troubles de santé mentale et conséquences sur l'activité professionnelle en France dans l'enquête "Santé mentale en population générale : images et réalités". InVS; 2007 Aout.

60. Décret n° 2015-225 du 26 février 2015 relatif au temps de travail des internes. 2015-225 févr 26, 2015.
61. Décret n° 2011-954 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions relatives au troisième cycle des études médicales. 2011-954 août 10, 2011.
62. ISNIH. Internes en médecine Gardes, Astreintes et Temps de travail [Internet]. 2012 [cité 29 juin 2017]. Disponible sur: <http://internat-rennes.com/wp-content/uploads/2012/09/ENQUETE-ISNIH-sept-2012.pdf>
63. OMS | Violence [Internet]. [cité 3 févr 2019]. Disponible sur: <https://www.who.int/topics/violence/fr/>
64. Verhoef Y, Gaudre N, Jeannel J, Massip P, Delobel P. Accidents d'exposition au sang (AES) chez les internes en médecine : fréquents mais faible niveau d'application des recommandations de prise en charge. Médecine et maladies infectieuses. juin 2013;43(4HS):5.
65. Buzin A, Vidal F. 15 mesures pour le bien être des étudiants en santé, dossier de presse, ministère des Solidarités et de la Santé, ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation. 2018.
66. Contacts | BIC [Internet]. [cité 17 févr 2019]. Disponible sur: <http://www.bureau-interne-caraibes.org/index.php/contacts/>
67. Association SPS [Internet]. [cité 17 févr 2019]. Disponible sur: <https://www.asso-sps.fr/>

## ANNEXES

### *Annexe 1 : Commentaires libres*

#### **Les conditions de travail**

*« Dommage je décris mon stage en métropole et pas mes stages aux Antilles qui sont vraiment catastrophique au niveau encadrement. »*

*« Peu de mise en valeur des internes, toujours beaucoup de reproches. Beaucoup d'hypocrisie entre les chefs et entre les internes - Manque d'accompagnement professoral et d'apprentissage réel en stage, l'interne est souvent livré à soi-même et après il se fait engueuler »*

*« Paradoxe médical de souffrance moral et de violences morales - déni - élitisme nocif - manque d'empathie au CHU »*

*« L'internat Antilles Guyane est loin d'être le plus difficile physiquement et moralement, mais il reste encore beaucoup de chemin à parcourir... Beaucoup de nos droits ne sont pas respectés (demi-journées de formation, récupération des astreintes, etc.). Autre point : la considération du personnel paramédical à notre égard est médiocre (notamment en comparaison avec la métropole). Merci beaucoup pour cette initiative ! »*

*« Internat avec encadrement inexistant. Auto-formation de mise. Difficultés administratives mettant la prise en charge médicale à mal. Equipes paramédicales virulentes. »*

*« J'ai l'impression que peu importe la spécialité, nous subissons moins de stress que les internes de métropole, mais les conditions de travail sont plus difficiles. »*

*« Comportement tyrannique dans certains services avec répercussions gratuites et injustifiées sur les internes et sans aucun recours possible. Pas de syndicats d'internes. Clair abus de pouvoir toléré. »*

*« Problèmes surtout de moyen empêchant de travailler correctement, donnant l'impression de mal faire son travail. »*

*« Le plus désespérant c'est souvent le manque d'organisation, de matériel et de moyens. Bon courage pour ta thèse »*

*« En Guyane l'association sportive de l'hôpital est super et permet de se défouler plusieurs fois par semaine. On rencontre des professionnels travaillant à l'hôpital mais pas que, le club est ouvert à tous. Concernant les heures de travail il est presque impossible de respecter les 48H/semaine. Santé mentale et morale : il faut se débrouiller seul côté administratif c'est parfois pesant et décourageant. A la fin des gardes en réanimation néonatale l'équipe de médecins te remercie pour la garde : c'est très bénéfique et cela valorise ton travail, c'est important pour la santé mentale. »*

*« Mes réponses sont le reflet actuel du stage chez le praticien. Si j'avais rempli ce questionnaire pendant mon stage aux urgences adulte en Martinique, les réponses auraient été différentes, car c'était le plus difficile de mes stages avec des chefs absents, l'absence de la pédagogie et la pression de l'urgence. »*

*« Les gardes de 24 heures sont inhumaines. Vécu du stage chez le praticien très positif par rapport à l'esprit déshumanisant du CHU. Très bon sujet, bonne chance !! »*

*« Organisation très médiocre, manque de médecins et locaux parfois insalubres qui rendent difficile une prise en charge optimale des patients. Epuisement physique et moral face à des structures hospitalières qui ne bougent pas, qui tournent au ralenti. Manque cruel d'apprentissage, d'heures dédiées au cours et à la formation des internes. On est typiquement la main d'œuvre qui fait tourner l'hôpital. Mais quand on aime on ne compte pas, et les conditions de vie sont tellement agréables à côté ;). »*

*« Manque de sécurité à l'accueil du CHU Guadeloupe et parking le soir. Astreintes++, absence de sentiment de sécurité, 2 agressions en 1,5 ans. »*

*« Expérience enrichissante. L'internat est une étape de vie contraignante comme toutes les études médicales en général. Il est difficile de dire lorsqu'on est malade, ou autre problème de santé particulier pas forcément grave mais qui nécessitent des examens complémentaires.*

*Très peu d'encouragement pendant l'internat avec des remarques culpabilisatrices du genre : vous n'en faites pas assez ou bien c'était plus difficile à notre époque. Les gardes aux urgences bien que passionnantes sont épuisantes et il est tabou de dormir même 1 h alors que ça devrait être la norme. »*

### **Remarques personnelles sur la santé**

*« Je viens de réaliser très récemment que j'étais déprimé dans tous les aspects de ma vie, avec anhédonie et parfois aboulie. - Cela est en train de s'améliorer tout doucement mais cela m'a coûté mon couple... »*

*« J'arrive au bout de 10 ans d'études, j'ai besoin d'arrêter la médecine pendant un an car je ne crois plus trop à l'utilité de la médecine occidentale telle qu'on nous l'apprend. J'espère reprendre une activité médicale avec une liberté d'exercice et de prescription adaptée à un épanouissement intellectuel. »*

*« Je me considère en bon état de forme physique, actuellement en Guyane aux vues des conditions géographiques, de travail, et sociales je dois avouer que mon moral est moyen. »*

*« Je vais bien globalement. »*

*« Je pense que les conséquences subies sur ma santé n'ont rien eu avoir avec le lieu de mon internat mais plutôt la pression ambiante de l'internat en lui-même et de ma propre personnalité...et du manque probable de soutien dans l'internat français. »*

*« L'essentiel de mes difficultés au cours de l'année passée sont en rapport avec mon couple, ma copine étant restée en métropole, c'est ce qu'il manque vraiment pour que je me définisse comme pleinement heureux. »*

*« À deux doigts de craquer et de changer de vie. »*

### **La santé et l'internat en général**

*« La seule santé que nous connaissons en tant qu'interne est celle de nos patients. »*

*« Grosse difficulté d'accès aux soins en Guyane. Soins réalisés en métropole quand retour pour congés au bout de 20 mois d'internat, puis en Guadeloupe. Gros problèmes de dos inexistants avant l'internat. »*

*« Si l'on retient la définition de l'OMS, la population des internes est dans un état de santé inquiétant, démontre par nombre d'études (JAMA, enquête santé mentale jeunes médecins...). Culturellement, dans le milieu universitaire et hospitalier, le médecin en formation, et la personne jeune, doivent connaître cet état pour être légitime dans la profession. »*

*« Je conseillerais un suivi psychologique plus régulier (mon co-interne a fait une TS puis abandon médecine) »*

*« Bon, globalement on boit, on fume, on se drogue et on déprime plus que la moyenne, et c'est sans aucun doute en lien direct avec l'internat... Mais je ne pense pas qu'on soit pire aux A-G - En tout cas merci de faire ce sondage ! Hâte de voir les résultats ! ;) »*

*« Je conseillerai le choix d'Antilles Guyane en fonction de l'évolution de la maquette de notre DES. Je considère mon état de santé globalement bon, mais avec beaucoup de fatigue, et cela m'empêche de bien retenir et profiter en stage, me motiver à travailler le soir, et être efficace donc passe plus de temps pour finir mes tâches. Concernant le détachement, par moment j'ai l'impression d'être détaché et de faire manque d'empathie. Mais je ne sais pas si c'est dû à ma spécialité (psy) ou l'internat. Enfin un sentiment d'être débordé et d'avoir toujours quelque chose à faire. Merci ! »*

### **L'internat Antilles Guyane**

*« Pour moi le plus grand stress de notre internat réside dans le fait de devoir déménager, trouver un logement, acheter, vendre sa voiture à chaque changement de département ... »*

*« L'internat nécessite beaucoup de sacrifices avec tous les déménagements et difficultés pour la vie personnelle qui vont avec. »*

*« C'est de la balle. J'aimerais bien travailler un peu moins pour profiter de la vie hors hôpital mais ça va on ne va pas se plaindre l'internat ici c'est mieux qu'en métropole ! »*

*« Je me plaignais quand j'étais aux Antilles mais c'est 10 fois pire en métropole. Ce n'est pas tant les horaires qui sont à peu près équivalents mais la pression psychologique et morale. Oui je recommande l'internat Antilles Guyane et je ne changerais rien. Je suis heureuse de pouvoir travailler chez moi. »*

*« Je pense que cet internat aux Antilles dépend fortement de notre état de santé physique et moral et malheureusement on tombe sur des gens et médecins déshumanisés et on se sent parfois seul. Par contre l'île est magnifique, il y a plein de choses à découvrir mais le manque de côtés culturels comme en Métropole et le fait qu'il fasse nuit tôt m'ont pesé au bout d'un moment. Si la charge de travail et la pression parfois mise était diminuée et que le dialogue au sein des équipes était revalorisé (perdre du temps pour en gagner, pour la santé de tous) cela serait une bien belle évolution. »*

*« L'internat aux Antilles-Guyane est plutôt un facteur de bonne santé comparativement à l'internat en Métropole. Je pense qu'il peut être plus dur pour les spécialités mais en ce qui concerne la médecine générale il est épanouissant sur le plan médical (beaucoup de cas intéressants) et social. »*

*« Je ne regrette pas ce choix, super qualité de vie, autre expérience médicale très enrichissante et bon encadrement par nos chefs. »*

*« Mes problèmes de Burn out je les ai vécus en métropole aux Antilles l'ambiance est plus sereine tout en étant soutenu durant les stages. »*

*« Expérience humaine au top ! Contraintes ++ relations amicales, amoureuses, déménagement à répétition ! Aucun choix sur les stages de dermato en métropole !!!!! »*

**Remarques sur le questionnaire :**

*« Le questionnaire (en particulier les dernières questions) a l'air plutôt destinés aux internes métropolitains... Et la question sur la consommation de drogue mérite à être précisée : dures ? Douces ? Déjà avant l'internat ? »*

*« Étant originaire du département je n'ai pas eu d'adaptation, donc mes réponses sur ce sujet sont sans doute biaisées. »*

*« C'est Super ! »*

*Annexe 2 : Questionnaire destiné aux IAG*

**Merci de vous intéresser à cette étude ! Prenez le temps de répondre jusqu'au  
bout**

Votre situation personnelle et familiale :

- Vous êtes : un homme / une femme
- Année de naissance : (Chiffre libre)
- Vous êtes originaire de : Métropole / Antilles-Guyane / Autre
- Votre spécialité : Spécialité médicale / Spécialité chirurgicale / Anesthésie-réanimation / Pédiatrie / Médecine du travail / Gynéco obstétrique / Gynécologie médicale / Santé publique / Biologie médicale / Psychiatrie
  - Si spécialité médicale : anatomie pathologique / Cardiologie / Dermatologie / Gastrologie / Pneumologie / Médecine interne / Néphrologie / Endocrinologie / Génétique / Hématologie / Médecine nucléaire / Médecine physique et réadaptation / Neurologie / Oncologie / Radiologie / Rhumatologie / Médecine générale.
  - Si spécialité chirurgicale : chirurgie générale/neuro chirurgie/OPH/ORL
- Département de stage actuellement : Guadeloupe / Guyane / Martinique / Métropole
- Type de structure dans laquelle vous faites votre stage actuellement : CHU / CH / Maison santé / Praticien / Clinique / Autre
- Votre année d'internat : TCEM 1 / TCEM 2 / TCEM 3 / TCEM 4 / TCEM 5
- Vous êtes : Célibataire / En couple
  - Si couple : vivez-vous dans le même département que celui de votre conjoint ? Oui / Non
- Avez-vous des enfants : Oui / Non
- Vivez-vous seul : Oui / Non

Votre accès au soin :

- Avez-vous déclaré un médecin traitant : Oui / Non
  - Si oui combien de fois l'avez-vous vu cette dernière année : Aucune / 1 à 2 / plus de 3 fois
- Au cours de la dernière année, avez-vous consulté :
  - Un chirurgien-dentiste : Oui / Non
  - Un OPH : Oui / Non
  - Un autre spécialiste : Oui / Non
- Vos vaccins obligatoires (DTP, Hep B) sont-ils à jour ? Oui / Non

Mode de vie :

- Combien d'heures dormez-vous par nuit en moyenne (hors garde) :  
<5h/ 6h-8h / >8h
- En dehors du travail pratiquez-vous une activité physique régulière : Oui / Non
  - Si oui Votre activité physique correspond :
    - Au moins 20 min d'activité physique intense 3 fois par semaine
    - Au moins 30 min d'activité physique modérée 5 fois par semaine
    - Au moins 20 min d'activité modérée à intense 5 fois par semaine
    - Aucune des trois réponses possibles
- Mangez-vous 5 fruits et légumes par jours ? Oui / Non
- A combien estimez-vous votre consommation de tabac par jour : 0/ < 1/2 paquet/ 1/2 à 1 paquet / plus d'un paquet
- A combien estimez-vous votre consommation d'alcool par semaine en verre standard : 0 / moins de 10 / 10 à 20 /plus de 20
- Avez-vous pris de la drogue depuis le début de votre internat : Oui / Non
  - Si oui : quel type de drogue ? (Texte libre)

Depuis le début de l'internat, santé physique et mentale (les questions concernent votre santé et votre ressenti depuis le début de l'internat) :

- Quel est votre poids en kg :
- Quel est votre taille en cm :
- De manière globale diriez-vous que votre état de santé est : excellent / bon / moyen / mauvais / très mauvais
- Vous êtes-vous déjà auto prescrit :
  - Des hypnotiques : Oui / Non
  - Des antalgiques palier 1 : Oui / Non
  - Des antalgiques palier 2 : Oui / Non
  - Des antalgiques palier 3 : Oui / Non
  - Des hypnotiques : Oui / Non
  - Des anxiolytiques : Oui / Non
  - Des antidépresseurs : Oui/ Non
  - Des Antibiotiques : Oui / Non
  - Des traitements au long cours : Oui / Non
- Durant les derniers 12 mois avez-vous souffert d'une douleur physique difficile à supporter : Oui / Non
  - Si oui : cela vous a-t-il perturbé dans votre travail ou votre vie privée ?  
Oui / Non
- Avez-vous été touché par l'un des 3 symptômes suivants :
  - Epuisement émotionnel : Oui / Non
  - Dépersonnalisation des relations (deshumanisation, indifférence) : Oui / Non
  - Perte d'accomplissement personnel : Oui / Non

- Avez-vous fait un épisode dépressif ? Oui / Non / Ne sait pas
- Avez-vous eu des idées suicidaires : Oui / Non
- Avez-vous souffert de trouble du sommeil (non préexistant) : Oui / Non
- Au travail, avez-vous déjà été exposé :
  - A des situations stressantes : jamais/par moment/ souvent/ tout le temps
  - A des violences physiques : jamais/par moment/ souvent/ tout le temps
  - A des violences morales : jamais/par moment/ souvent/ tout le temps
- Avez-vous consulté un psychologue ou un psychiatre ? Oui/ Non
- Avez-vous consommé :
  - Des anxiolytiques : Oui / Non
  - Des antidépresseurs : Oui / Non
  - Des hypnotiques : Oui / Non
- Avez-vous déjà eu un accident (voiture, domestique, corporel...) en sortant de garde : Oui / Non
  - Si oui de quel type : Accident de la voie publique / Accident domestique / Accident corporel / Autre
    - Si autre : Quel type d'accident ? (Texte libre)
- Avez-vous déjà eu un accident de travail ? Oui / Non
  - Si oui était-ce un AES ? Oui/Non
    - Si oui, l'avez-vous déclaré ? Oui / Non
- Avez-vous consulté la médecine du travail en dehors des consultations obligatoires à l'embauche : Oui / Non
- Avez-vous eu besoin d'un arrêt maladie : Oui / Non
  - Si oui, Pour quelle raison et quelle durée ? (Texte libre)
- Vos conditions de travail ont-elles des répercussions sur :
  - Votre vie de famille : Pas du tout / Parfois / Souvent
  - Votre vie sociale : Pas du tout / Parfois / Souvent
  - Votre intégrité physique : Pas du tout/ Parfois / Souvent
  - Votre efficacité au travail : Pas du tout/ Parfois / Souvent
  - Votre consommation de produits addictogènes ? Pas du tout / Parfois / Souvent

A propos de votre stage en cours :

- En moyenne, quel nombre d'heures travaillez-vous par semaine au cours de votre stage actuel ? (Texte libre)
- Depuis le début de votre stage :
  - Le repos de sécurité post garde est-il respecté : Oui / Non
  - Avez-vous pause d'au moins 20 min pour manger le midi : Oui / Non
- Au cours de votre stage actuel vous est-il arrivé de vous sentir :
  - Très nerveux : Jamais / Par moment / Souvent /Tout le temps
  - Désespéré : Jamais / Par moment / Souvent /Tout le temps
  - Triste : Jamais / Par moment / Souvent /Tout le temps
  - Calme et détendu : Jamais / Par moment / Souvent /Tout le temps
  - Heureux : Jamais / Par moment / Souvent /Tout le temps

- Au cours de votre stage vous êtes-vous senti soutenu par :
  - Vos chefs encadrants : Jamais / Par moment / Souvent /Tout le temps
  - Les équipes paramédicales : Jamais / Par moment / Souvent /Tout le temps
  - Vos co internes : Jamais /Par moment / Souvent /Tout le temps

#### La vie aux Antilles Guyane

- Depuis votre arrivée : Avez-vous eu des problèmes financiers : Oui / Non
  - Si oui : Quelle en est la cause ? (Texte libre)
- Depuis votre arrivée vous êtes-vous déjà senti
  - Isolé géographiquement : Oui / Non
  - Isolé socialement : Oui / Non
- Avez-vous eu des difficultés d'adaptation à la vie locale : Oui / Non / Ne sait pas
- Avez-vous regretté votre choix de département ? Oui / Non
- Conseilleriez-vous aux futurs internes de choisir le département Antilles Guyane ? Oui / Non

En ce qui concerne l'internat et votre santé :

Commentaire libre :

**Merci d'être allés jusqu'au bout !**

*Annexe 3 : Mail destiné aux IAG avec le lien du questionnaire*

Chers internes, Chers collègues,

Décrivez votre expérience dans les hôpitaux d'Antilles-Guyane !

La vie durant l'internat peut être difficile compte tenu de nos horaires et de nos conditions de travail. De nombreuses études récentes ont montré que l'état de santé physique, mental et global des internes de métropole n'était pas bon.

Qu'en est-il des internes Antilles-Guyane ?

Dans le cadre de ma thèse je me permets de vous envoyer un questionnaire destiné à tous les internes Antilles-Guyane, qui permettra de faire un état des lieux de notre santé.

Ce questionnaire comprendra des questions sur votre situation personnelle, votre santé physique et mentale, et enfin sur votre vie aux Antilles-Guyane.

Les réponses seront anonymes et confidentielles. L'enquête vous prendra environ 5 minutes.

Cliquez sur le lien pour répondre :

[https://webquest.fr/?m=36085\\_etat-de-sante-des-internes-antilles-guyane](https://webquest.fr/?m=36085_etat-de-sante-des-internes-antilles-guyane)

Peu d'études ont pu tenir compte de la population des internes d'outre-mer à cause du peu de données disponibles, une participation importante me permettrait donc d'obtenir des résultats significatifs, à comparer avec ceux de la métropole.

Merci pour votre aide,

Pour tout contact :

*Annexe 4 : Mail de relance destiné aux IAG avec le lien du questionnaire*

Bonjour à tous,

Votre santé vous intéresse, vous êtes déjà très nombreux à avoir répondu à l'enquête !

Pour ceux qui n'ont pas répondu voici le lien pour répondre à mon questionnaire de thèse "Internes Antilles Guyane : état de santé physique et mental" qui sera fermé bientôt.

[https://webquest.fr/?m=36085\\_etat-de-sante-des-internes-antilles-guyane](https://webquest.fr/?m=36085_etat-de-sante-des-internes-antilles-guyane)

Les réponses sont anonymes et confidentielles, le questionnaire vous prendra environ 5 minutes.

Pour toute question ou contact :

# UFR SCIENCES MEDICALES HYACINTHE

## BASTARAUD

### SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, en présence des maîtres de cette école et de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité qui la régissent.

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

Même sous la contrainte, je ne ferai usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients de 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 leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai influencer ni par la recherche du gain ni par la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés.

Reçu 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, sans acharnement.

Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Que je sois modéré en tout, mais insatiable de mon amour de la science.

Je n'entreprendrai rien qui ne 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 et méprisé si j'y manque.

**Nom prénom :** Gouinaud Laure

**Sujet :** État de santé physique et mentale des internes Antilles-Guyane

**Thèse :** Médecine générale

**Année :** 2019

**Numéro d'identification :** 2019ANTI0386

**MOTS-CLES :** Santé / Internat / Guadeloupe Martinique Guyane / Santé mentale / Conditions de travail

**INTRODUCTION :** La mauvaise santé des soignants et notamment des internes, est devenue un problème de santé publique bien décrit en métropole. Nous ne connaissons pas l'état de santé des internes Antilles Guyane

**METHODE :** il s'agissait d'une étude observationnelle transversale sur 262 internes Antilles-Guyane tous départements et spécialités confondus. Le recueil des données a été effectué par un questionnaire informatique entre début septembre et mi-octobre 2017.

**RESULTATS :** Depuis le début de leur internat, 12% des internes ont eu des idées suicidaires, 16% ont déclaré avoir fait un épisode dépressif. 28% des internes fumaient quotidiennement, 84% buvaient de l'alcool régulièrement et 45% ont pris de la drogue au moins une fois. Leur suivi médical était médiocre, seulement 37% ont déclaré un médecin traitant. Finalement 26% s'estimaient en moyenne ou mauvaise santé globale.

**CONCLUSION :** Tout comme en métropole, la santé des internes Antilles-Guyane est préoccupante.

**JURY :** Président : Pr NACHER Mathieu

Juges : Pr DJOSSOU Felix

Pr DUEYMES-BODENES Maryvonne

Directeur de Thèse : Dr BONIFAY Timothée